

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(鹿児島県指定 第4678200033号)

当事業所はご契約者に対して指定短期入所生活介護サービス（指定介護予防短期入所生活介護）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明いたします。

* 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定を受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 愛心会
- (2) 法人所在地 鹿児島県鹿児島市下福元町9057番地
- (3) 電話番号 099-284-6383
- (4) 代表者氏名 理事長 義山 正浩
- (5) 設立年月日 平成3年11月26日

2. 事業所の概要

- (1) 施設の種類 指定短期入所生活介護事業所 平成12年4月1日 指定
指定介護予防短期入所生活介護事業所 平成20年3月12日 指定
鹿児島県第4678200033号
当事業所は特別養護老人ホーム縄文の郷に併設されています。
- (2) 施設の目的 福祉サービスを必要とする者が、心身共に健やかに育成され、又は社会・経済・文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるとともに、その環境、年齢及び、心身の状況に応じ地域において必要な福祉サービスを総合的に提供されるように援助することを目的とする。
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 縄文の郷
- (4) 施設の所在地 鹿児島県熊毛郡屋久島町宮之浦2458番地2
- (5) 電話番号 0997-42-2820
- (6) 事業所長（管理者）名 義山 正浩
- (7) 当施設の運営方針 当施設は職員間の融和をはかり、利用者の人権・人格を尊重し常に利用者の立場に立って、基本的生活に向けての心身共に自立されるよう援助を行い、活気ある「生活の場」としての施設作りに力を注ぐことを基本とする。
- (8) 開設年月 平成9年12月5日
- (9) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	毎週月曜日～日曜日・9時00分～17時00分

- (10) 利用定員 20人

(11) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は、原則として2人部屋ですが、個室など他の種類の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。（但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。）

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	10室	床頭台・洗面所・トイレ（自動照明）
2人部屋	5室	床頭台・洗面所・トイレ（自動照明）
合計	15室	
食堂	2室	介護オーバーテーブル等
機能訓練室	1室	平行棒・プッシュアップ台等
浴室	2室	機械浴・特殊浴槽等
医務室	1室	

※ 上記は、厚生省が定める基準により、指定短期入所生活介護（指定介護予防短期入所生活介護）に設置が義務付けられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別に負担いただく費用はありません。

☆居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

(12) 利用に当たって別途利用料金をご負担いただく施設・設備

当施設に置きましたは、当分の間ご負担は考えておりません

※上記は、介護保険の給付対象とならないため、ご利用の際は、ご契約者に別途利用料金をご負担いただきます。

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定短期入所生活介護サービス（指定介護予防短期入所生活介護サービス）を提供する職員として、以下の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞ ※職員配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常 勤 換 算	指 定 基 準
1. 施設長	1 名	1 名
2. 介護職員	27 名 以上	27 名
3. 生活相談員	1 名 以上	1 名
4. 看護職員	3 名 以上	3 名
5. 機能訓練指導員	1 名 以上	1 名
6. 医師	1 名（非常勤）	1 名
7. 栄養士	1 名 以上	1 名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では
 $1名（8時間 \times 5名 \div 40時間 = 1名）$ となります。

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 医師	毎週水曜日 14:00～16:00
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人数
	1. 早朝 : 07:30～16:30 5名以上
	2. 日中 : 09:00～18:00 7名以上
	3. 夜間 : 16:30～09:00 3名以上
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人数
	1. 8:30～17:30 1名以上
	2. 9:00～18:00 2名以上
4. 機能訓練指導員	看護職員が兼務

4. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

☆利用料金については「別紙利用料金表」を参照

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）＊

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 食 事（食費は別途いただきます）

- ・ 当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びに契約者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則とします。

（食事時間）

朝 食 : 07:30～08:30

昼 食 : 11:30～12:30

夕 食 : 16:30～17:30

② 入 浴

- ・ 入浴または清拭を週2回行います。また、それに加え夏期を中心にシャワー浴も実施します。
- ・ 寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③ 排 泄

- ・ 排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥ その他自立への支援

- ・ 寝たきり防止のため、できるかぎり離床の配慮します。
- ・ 生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

☆ 送迎費用といたしまして、介護保険の範囲内で利用者負担がございます。

☆ 医師の指示に基づく療養食を提供した場合、療養食加算があります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第7条参照）*

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

<サービスの内容と利用料金>

① 食事の提供に要する費用（食材費及び調理費）

利用者に提供する食事の材料費及び調理費に係る費用です。

実費相当額の範囲内にて負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食事の金額（1日当たり）のご負担になります。

② 居住に要する費用（光熱水費及び室料）

この施設及び設備を利用し、滞在するにあたり、多床室利用の方には光熱水費相当額、個室利用の方には光熱水費相当額及び室料（建物設備等の減価償却等）を、ご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された居住費の金額（1日当たり）のご負担となります。

③ 特別な居室の提供に要する費用

当分の間ご負担はありません。

④ 特別な食事の提供に要する費用

実費相当分を頂きます。

⑤ 理髪・美容

理髪・美容は、島内の美容・理髪店の出張理髪をご利用いただけます。

利用代金は、それぞれの美容・理髪店の定められた金額（約1,500円～2,000円程度）をお支払い頂きます。

⑥ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費を頂きます。（当分の間、無料といたします。）

⑦ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担頂きます。 一枚につき10円

⑧ 利用者送迎費用

片道につき1回、184円（ご利用者負担額）

⑨ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

オムツ代は、介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。

その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払方法（契約書第7条参照）

前期（1）、（2）の料金・費用は、サービス利用終了時にご利用期間分の合計金額をお支払下さい。

(4) 利用中止、変更、追加（契約書第8条参照）

○ 利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護サービス（介護予防短期入所生活介護サービス）の利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。

この場合には、サービスの実施日前日までに事業者申し出て下さい。

○ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止を申し出された場合、取り消し料として下記の料金をお支払頂く場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金(自己負担相当分額)

○ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

○ ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

5. 事故発生時の対応

○ サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・該当ご家族に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。又、事故状況の記録等から事故再発防止のための措置を講じます。

サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。ただし、施設の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

6. 苦情の受付について（契約書第21条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

苦情受付窓口（担当者）： 中馬 三紀
職 種： 生活相談員
連 絡 先： 縄文の郷（TEL 0997-42-2820）
受 付 時 間： 毎週月曜日～日曜日／8：30～17：30

また、苦情受付ボックスを施設内に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

屋久島町役場内課 介護保険担当課	所在地：鹿児島県熊毛郡屋久島町宮之浦1593番地 電話番号：0997-42-0100 FAX：0997-42-2732 受付時間：8:30～17:15
国民健康保険 団体連合会	所在地：鹿児島県鹿児島市鴨池新町7番4号 電話番号：099-206-1029 FAX：099-206-1068 受付時間：9:00～18:00
屋久島町社会福祉 協議会（宮之浦）	所在地：鹿児島県熊毛郡屋久島町宮之浦2467番地19号 電話番号：0997-42-2711 FAX：0997-42-2361 受付時間：8:30～17:00
屋久島町社会福祉 協議会（尾之間）	所在地：鹿児島県熊毛郡屋久島町尾之間459番地1号 電話番号：0997-47-3232 FAX：0997-47-3233 受付時間：8:30～17:00

7. 身体拘束について

- (1) サービスの提供に当たっては、利用者の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。
- (2) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、利用者またはその家族に対して事前に口頭及び文書による説明を行い、併せて文書による同意を得ます。
- (3) 身体拘束廃止委員会をおよそ月に1回開催し、緊急やむを得ず行う身体拘束について判断を行うと共に常にその解消のため検討に努めます。

指定短期入所生活介護サービス（指定予防短期入所生活介護サービス）の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項説明を行いました。

令和 7 年 月 日

指定短期入所生活介護（指定介護予防短期入所生活介護）縄文の郷

説 明 者 職 名 : _____

氏 名 : _____ ⑩

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービス（指定介護予防短期入所生活介護サービス）の提供開始に同意し、重要事項説明書を受領いたしました。

利 用 者 住 所 : 屋久島町 _____

氏 名 : _____ ⑩

< 代 理 人 >

住 所 : _____

氏 名 : _____ ⑩

続 柄 : _____

※ この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第125条の規定に基づき利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

平成17年 10月 1日	改定	令和1年 10月 1日	改定
平成18年 4月 1日	改定	令和1年 12月 1日	改定
平成18年 7月 1日	改定	令和5年 1月 23日	改定
平成19年 10月 1日	改定	令和6年 4月 1日	改定
平成20年 4月 1日	改定		
平成23年 1月 4日	改定		
平成26年 2月 17日	改定		
平成27年 4月 1日	改定		
平成27年 7月 8日	改定		
平成28年 10月 1日	改定		
平成28年 11月 1日	改定		
令和1年 6月 27日	改定		