

介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

1 事業者

| | |
|-------|-----------------|
| 法人の名称 | 社会福祉法人下総会 |
| 所在地 | 千葉県成田市名木 192 番地 |
| 代表者氏名 | 理事長 富澤 誠 |
| 電話番号 | 0476-96-4165 |

2 施設概要

| | |
|----------|----------------------------|
| 施設名 | 特別養護老人ホーム 名木の里 |
| 所在地 | 千葉県成田市名木 192 番地 |
| 施設長名 | 鈴木 宗次 |
| 電話番号 | 0476-96-4165 |
| F A X 番号 | 0476-96-4166 |
| 介護保険指定番号 | 短期入所生活介護 (千葉 1271600619 号) |

| | |
|------|---|
| 定員 | 特別養護老人ホーム 90 名 短期入所生活介護 10 名 |
| ユニット | 1 ユニット 10 名 10 ユニット (内 1 ユニット短期入所専用) |
| 居室 | ユニット型個室 100 名 |

| | |
|-------|--------------------------------------|
| 医務室 | 2 箇所 |
| 共同生活室 | 10 箇所 |
| キッチン | 10 箇所 |
| 浴室 | 個別浴槽 3 箇所 リフト浴槽 8 箇所 特殊浴槽 1 箇所 |

3 職員体制

| 職 種 | 常 勤 | 非 常 勤 | 合 計 |
|----------|-----|-------|---------|
| 管 理 者 | 1 名 | | 常勤 1 名 |
| 医 師 | | 2 名 | 非常勤 2 名 |
| 生活相談員 | 2 名 | | 常勤 2 名 |
| 介護支援専門員 | 1 名 | | 常勤 1 名 |
| 機能訓練指導員 | 1 名 | 2 名 | 常勤 1 名 |
| 理学・作業療法士 | | | 非常勤 2 名 |
| 管理栄養士 | 1 名 | | 常勤 1 名 |

| | | | |
|--------------------|--|----|-----------------|
| 歯科衛生士 | 1名 | | 常勤 1名 |
| 事務職員 | 2名 | 1名 | 常勤 2名 非常勤 1名 |
| 看護職員 | 3名以上 | | 常勤 3名以上 |
| 介護職員 | 30名以上 | | 常勤 30名以上 |
| | 日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員を、夜間及び深夜については2ユニットごとに常時1人以上の介護職員等を介護に従事させるものとします。また、ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置することとします。 | | |
| 感染対策責任者 | 鈴木 郁恵 | | |
| 安全対策責任者 虐待防止担当者 | 香取 美樹 | | |

4 施設サービスの概要

(1) 介護保険の給付対象サービス

| 種 類 | 内 容 |
|----------|---|
| 排 泄 | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立へ向け身体能力を最大限活用した援助を行います |
| 食 事 | 栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮したものを提供します。 (食事時間) 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～ |
| 入 浴 | 年間を通じて週 2 回以上の入浴または清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は特殊浴槽を用いての入浴も可能です。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体残存機能の低下防止に努めます。 |
| 健康管理 | 看護職員が、健康管理を行います。 |
| レクリエーション | 入居者交流会、クラブ活動等の行事を週、月、年単位で随時行います。 |
| 生活環境整備 | 居室内の清掃整備等を状態、状況に応じて行います。 リネンの交換を定期あるいは必要に応じて行います。 |
| 栄養管理 | 利用者の栄養状態や摂取状況に応じた個別の対応を重視し、栄養ケアマネジメントによって低栄養状態の予防、改善に努めます。 |
| 口腔衛生管理 | 歯科衛生士による専門的口腔ケア、介護職員への口腔ケアの助言・指導等を行います。 |

※ 事業者は、サービスの提供にあたり、利用者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため、

緊急時やむを得ない場合を除き、車椅子やベッドに胴や四肢を縛る、ミトン型の手袋をつける、介護衣（つなぎ）を着せる、居室の外から鍵を掛ける、向精神薬を過度に使用する等の身体拘束を行いません。尚、緊急時やむを得ない場合は、その内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、時間等の説明を行い、同意を得ます。

(2) 介護保険の給付対象外サービス

| サービスの種別 | 内 容 | 料 金 |
|---------|----------------------------------|-------------------------|
| 居 住 費 | 安心して暮らすことのできる居住空間を確保できるようにつとめます。 | 利用者負担 限度毎の負 担限度額内 |
| 食 事 費 | 栄養と利用者の身体状況及び嗜好を配慮した食事を提供します。 | |
| 事務手数料 | 利用料金の自動引き落としに伴う手数料を請求させていただきます。 | 162 円/月 |
| 理 美 容 | 理美容店の出張による訪問理美容サービスをご利用いただけます。 | 実 費 |

| | | |
|-----------------|---|-----------------|
| 洗濯 | 衣類等の洗濯を行います。 繊維等の問題により色落ちや衣類が縮む恐れのあるものの洗濯はお断りしております。 | 無料 |
| 日常生活品等の 代金立替 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 個人購入希望の福祉用具費 ・ 個人希望の嗜好品購入費 ・ 行事参加に要した費用 ・ 個人希望による趣味的活動に要した実費費用 | 実費 |
| 電気料金 | 個人希望によりテレビ、ラジオ等の電化製品を持込した場合に係る電気料金。季節限定で使用する電気毛布、電気あんか等の冷暖房器具。但し外泊・入院時等居室を空けておく場合はその期間の負担はいたしません。 | 1品目につき 1日30円 |
| 通院外来 | 原則としてご家族によるかかりつけ医院への受診をお願いしていますが、緊急性が高く、生命にかかわる場合は、協力医療機関への通院介助を行います。 通院外来にかかわる付き添いの職員の人件費や車両の燃料費等については実費にて別途請求します。 | 実費 |

| | | | |
|-----------------------------|--------------|----|-------------|
| 個人選択により 利用される個人 用の日用品 | ティッシュペーパー | 1箱 | 65円（税込み） |
| | 歯磨き粉 | 1個 | 230円（税込み） |
| | 歯ブラシ | 1本 | 120円（税込み） |
| | 入れ歯洗浄剤 | 1箱 | 600円（税込み） |
| | 乾電池（単1） | 1本 | 200円（税込み） |
| | 乾電池（単2） | 1本 | 180円（税込み） |
| | 乾電池（単3） | 1本 | 100円（税込み） |
| | 乾電池（単4） | 1本 | 100円（税込み） |
| | 口腔ケア用ウェットシート | 1袋 | 800円（税込み） |
| | ポータブル消臭剤 | 1本 | 650円（税込み） |
| | ハミングッド | 1箱 | 1,550円（税込み） |
| | ワンタフト歯ブラシ | 1本 | 200円（税込み） |
| | プロペト | 1個 | 350円（税込み） |

物価の情勢により実勢金額については変動が生じることもあります、その折は請求書等でご連絡致します。

5 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) 基本料金

※地域区分4級地のため、1単位が10.66円になります。

※1日あたりの自己負担額はあくまで目安の金額になりますのでご了承ください。

| | 1日の 介護報酬額 | ご利用者様負担額 (1日/円) | ご利用者様負担額 (1日/円) | ご利用者様負担額 (1日/円) |
|--|--------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | | | | |

| | (円) | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|----------|-------|------|-------|-------|
| 要支援 1 | 5,639 | 563 | 1,127 | 1,691 |
| 要支援 2 | 6,992 | 699 | 1,398 | 2,097 |

(2) 施設の体制によって加算される料金

① サービス提供体制強化加算(II)

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である場合に加算されます。

| サービス提供 体制強化加算 (II) | 単位数 (1日) | ご利用者様負 担分(1割) | ご利用者様負 担分(2割) | ご利用者様負 担分(3割) |
|--------------------------|-------------|------------------|------------------|------------------|
| | 18単位 | 18円 | 36円 | 54円 |

① 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

介護職員の処遇全般を改善している事業者へ加算されます。

所定単位数に8.3%を乗じた単位数を加算します。

(所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は区分支給限度額の算定対象から除外されます。)

③ 介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)

経験・技能のある介護職員へ対し更なる処遇改善を行っている事業者へ加算されます。

所定単位数に2.7%を乗じた単位数を加算します。

(所定単位数は、基本サービス費に各種加算減産を加えた総単位数とし、当該加算は区分支給限度額の算定対象から除外されます。)

④介護職員等ベースアップ支援加算

介護職員等のさらなる処遇改善を目指して事業所へ加算されます。

所定単位数に 1.6%を乗じた単位数を加算します。

(所定単位数は、基本サービス日に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は区分支給限度額の算定対象から除外されます。)

(3) 個別に加算される料金

① 送迎加算

送迎介助を行った場合に片道につき算定します。

| | | | | |
|------|-------|--------|--------|--------|
| 送迎加算 | 単位数 | ご利用者様負 | ご利用者様負 | ご利用者様負 |
| | (1回) | 担分(1割) | 担分(2割) | 担分(3割) |
| | 184単位 | 184円 | 368円 | 552円 |

② 療養食加算

医師の食事箋に基づく療養食を提供した場合は1日につき3回を限度として加算されます。

| | | | | |
|-------|------|---------|---------|---------|
| 療養食加算 | 単位数 | ご利用者様 | ご利用者様 | ご利用者様 |
| | (1回) | 負担分(1割) | 負担分(2割) | 負担分(3割) |

| | | | | |
|--|------|-----|------|------|
| | 8 単位 | 8 円 | 16 円 | 24 円 |
|--|------|-----|------|------|

※通常のご請求金額は【介護報酬の月額＝全単位数の合計×地域加算】で算出しますが、当該料金表においては、便宜上「日額」を表記しているために【介護サービス費・加算の日額＝1日の単位数×地域加算】としています。その為、最終的にご請求する合計金額（月額）に多少の差異が生じる場合がございますことをご了承ください。

(4) 介護保険給付対象外料金

①食事提供に関する費用（食材料費及び調理費）

ご利用者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

実費相当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費の金額（1日あたり）のご負担となります。

②居住に要する費用 室料及び水道光熱費（建物設備等の減価償却費等）

この施設及び設備をご利用され、居住するにあたり、室料及び水道光熱費（建物設備等の減価償却費等）を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居住費の金額（1日あたり）のご負担となります。

| | | | |
|----|--------------------|--------------------|--------|
| 区分 | R6,7月まで 居住費（1日） | R6,8月から 居住費（1日） | 食費（1日） |
|----|--------------------|--------------------|--------|

| | | | |
|-------------|--------|-------|--------|
| 利用者負担 第1段階 | 820円 | 880円 | 300円 |
| 利用者負担 第2段階 | 820円 | 880円 | 390円 |
| 利用者負担 第3段階① | 1,310円 | 1370円 | 650円 |
| 利用者負担 第3段階② | 1,310円 | 1370円 | 1,300円 |
| 利用者負担 第4段階 | 2,650円 | 2650円 | 1,650円 |

注) 欠食等があった場合も1日分を徴収致します。

6 サービスの利用方法

① サービスのご利用方法

(1) 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員にご相談下さい。

(2) ご自身で、もしくはご家族様が居宅サービス計画を作成している場合は、お電話等で申し込みください。

③ サービスのご利用開始

当事業所の職員がご自宅に訪問します。ご様子を伺ったうえで介護予防短期入所生活介護計画を作成いたします。同時に契約を結びサービスの提供を開始します。

初回の利用時には施設の所定の健康診断書をかかりつけ医院で診察を受けご提出ください。

又、後期高齢者医療保険者証を初回利用時にご提出をお願いします。現在、内服されている服薬説明書もご持参下さい。

③サービスの終了

(1)お客さまのご都合でサービスを終了する場合には、サービスの終了する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

(2)人員不足等でやむを得ず、当施設の都合でサービスを終了させていただく場合がございます。その場合には、終了1ヶ月前までに文書でご通知いたします。

(3)自動終了

下記の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客さまが介護保険施設等に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客さまの要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・お客さまがお亡くなりになった場合、若しくは、被保険者資格を喪失したとき

(4)その他

- ・当施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客さまに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当施設が倒産又は事業を休止した場合にサービスを終了いたします。
- ・お客さまやご家族などが当施設のサービス従業者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書でご通知後、サービスを終了させていただきます。
- ・お客さまが、サービス利用料金の支払を1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、30日以内に支払われない場合にはサービスを終了いたします。

7 利用料金の支払い方法（契約書第8条参照）

ご利用当月の末締めで、当月ご利用料金の請求書を毎月10日頃までに発行します。

翌月の27日（27日が銀行休業日の場合は翌営業日）に利用者が指定した口座より自動引き落としを行います。又、自動引き落としの申込が完了する以前に発生した利用料金については下記口座までへ銀行振込にてお支払いください。

当施設の銀行口座

金融機関 千葉興業銀行

支店 佐原支店

口座 普通

番号 1018945

名前 社会福祉法人下総会特別養護老人ホーム名木の里施設長鈴木宗次

金融機関 佐原信用金庫

支店 下総支店

口座 普通

番号 0131962

名前 特別養護老人ホーム名木の里施設長鈴木宗次

8 当施設のサービスの特徴

① 運営の指針

『当施設をご利用の方が、可能な限りご自宅での生活復帰ができるよう、ご利用者様が有する能力に応じた生活介護と社会生活に必要な援助をおこないます。』を行動指針にし、ご利用者様の人権を尊重し、ご利用者様の立場に立ったサービスが提供できるよう研鑽に努めます。

② ユニットケア

現在の生活に合わせた介護の提供と、ご利用者様それぞれの個性・意思を尊重するためユニットケアを行います。少人数の家族的な雰囲気の中ご利用者と職員が共により密接な信頼関係を築くよう支援いたします。

③ 当施設をご利用するにあたっての留意事項

- (1) 面会時間・・・・・・・・・・午前 8：30 ～ 午後 5：30
- (2) 外出・外泊・・・・・・・・・・原則として自由、但し届出が必要です。(外泊自粛期間もあり。)
- (3) 金銭・貴重品の管理・・・・自己責任を原則とします。

多額な現金及び貴重品の持ち込みは禁止します。
- (4) 宗教活動・・・・・・・・・・原則として禁止します。
- (5) 緊急連絡先の変更・・・・速やかに届出をお願いいたします。

9 業務継続計画の策定

- ① 当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護老人福祉施設の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下

「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。

- ② 当事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとします。
- ③ 当事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

10 感染症対策の強化

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を行うこととします。

11 認知症介護基礎研修の受講の義務付け

当事業所は、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくために、介護に直接関わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者についても認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとします。

12 非常災害対策

災害時は当施設の災害対策規定に基づいた対応をします。

| | |
|------|----------------------------|
| 防災設備 | スプリンクラー設備 非常通報設備（消防署直通） |
| 防災訓練 | 夜間訓練をはじめ、年3回以上実施します。 |

| | |
|-------|-------|
| 防火管理者 | 鈴木 宗次 |
|-------|-------|

13 サービス内容に関する相談・苦情窓口

① 当施設における苦情の受付

苦情受付担当・・・・・・・・生活相談員 石井 光・高津 征宏

苦情解決責任者・・・・・・・・施設長 鈴木 宗次

電話 0476-96-4165

② 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|---------------|--|
| 成田市役所福祉部介護保険課 | 〒286-8585 千葉県成田市花崎町 760 番地 電話 0476-20-1545 (代表) |
| 香取市役所高齢者福祉課 | 〒287-8501 千葉県香取市佐原口 2127 番地 電話 0478-54-1111 (代表) |
| | 〒289-0292 |

| | |
|--------------------|---|
| 神崎町役場保健福祉課 | 千葉県香取郡神崎町神崎本宿 163 番地 電話 0478-72-2111 (代表) |
| 千葉県国民健康保険連合会介護保険課 | 〒286-8585 千葉県千葉市稲毛区天台 6 丁目 4-3 電話 043-254-7426 (代表) |
| 千葉県社会福祉協議会運営適正化委員会 | 〒260-0026 千葉県千葉市中央区千葉港 4-3 電話 043-246-0294 (代表) |

14 高齢者虐待防止に関する事項

当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る
- ① 虐待防止のための指針の整備
- ② 虐待を防止するための定期的な研修の実施
- ③ 虐待防止措置を適切に実施するための担当者の設置

当事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

15 協力医療機関・緊急時における対処方法

利用者の病状に急変が生じた場合は速やかにご家族様に連絡をとり対処します。やむをえずご家族が対応できない場合や、生命にかかわる緊急時については、ご家族様に報告し下記の協力医療機関へ外来受診する場合があります。

夜間・早朝・祝日等は症状に応じて近隣の第3次・第2次緊急指定病院に通院又は緊急搬送されることがあります。

| 医療機関名 | 住所 |
|---------------|---|
| 根本内科外科医院 | 〒289-0107 千葉県成田市猿山 1056 電話 0476-96-2829 |
| つかだファミリークリニック | 〒286-0036 千葉県成田市加良部 5丁目 7-2 電話 0476-26-4750 |
| 北総栄病院 | 〒270-1516 千葉県印旛郡栄町安食 2421 電話 0476-95-6811 |
| | 〒287-0003 |

| | |
|----------|--|
| 千葉県立佐原病院 | 千葉県香取市佐原イ 2285 電話 0478-54-1231 |
| 美浦中央病院 | 〒300-0412 茨城県稲敷郡美浦村宮地 596 電話 029-885-3551 |
| 佐倉中央病院 | 〒285-0014 千葉県佐倉市栄町 2285 電話 043-486-1311 |
| 龍ヶ崎済生会病院 | 〒301-0854 茨城県龍ヶ崎市中里 1 丁目 1 番 電話 0297-63-7111 |
| 成田病院 | 〒286-0845 千葉県成田市押畑 896 番地 電話 0476-22-1500 |

16 事故発生時の対応

- ①利用者に対する介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族様に連絡をし、必要な措置(県高齢者福祉課及び成田市介護保険課への連絡等)を講じます。
- ②利用者に対する介護福祉施設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、誠意

をもって対応し、必要に応じて損害賠償を行います。

17 個人情報の取り扱い

① 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

② 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定更新、変更のため。
- (2) 利用者にかかる施設サービス契約、栄養ケア計画、その他の計画を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- (3) 受診の際の医療機関等への連絡調整のため。
- (4) 利用者が、医療サービスを希望している場合及び主治医等の意見を求める必要がある場合。
- (5) 行政からの要請などに応える場合。
- (6) その他のサービス提供で必要な場合。
- (7) 上記各号に関わらず、緊急を要するときの連絡等の場合。

③ 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外には決して使用しません。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス利用終了後においても第三者には漏らしません。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示します。

④ 入居者に関するお問い合わせへの対応

当施設では、入居者に関する来訪や電話でのお問い合わせに対し、慎重に対応しており、入居者のプライバシーに関わる個人情報につきましては、上記の条件に適用する場合を除き、外部に対し情報提供は致しません。入居者が施設を利用されているかどうかについても情報提供は行いません。面会の制限などについてのご

18 身体拘束の廃止について

事業者は、サービスの提供にあたり、利用者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため、緊急時やむを得ない場合を除き、車椅子やベッドに胴や四肢を縛る、ミトン型の手袋をつける、介護衣（つなぎ）を着せる、居室の外から鍵を掛ける、向精神薬を過度に使用する等の身体拘束を行いません。尚、緊急時やむを得ない場合は、その内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯の説明を行い、同意を得ます。

私は、本書面に基づいて事業者から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

年 月 日


| | | |
|--------|-----|---|
| 利 用 | 住 所 | 〒 |
| | 氏 名 | 印 |

| | | |
|-----|----|---|
| 者 | | |
| 代理人 | 住所 | 〒 |
| | 氏名 | 印 |


介護予防短期入所生活介護の施設サービス提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づき、重要な事項を説明しました。

| | | | |
|-----|---|------------------------------|-------|
| 事業者 | 当事業者は、指定介護予防短期入所生活介護施設として利用者の申込を受諾し、この重要事項説明書に定める各種サービスについて誠実に責任を持って行います。 | | |
| | 所在地 | 〒289-0111 千葉県成田市名木 192 番地 | |
| | 名称 | 社会福祉法人下総会 | |
| | 代表者名 | 理事長 富澤 誠 | 印 |
| | 電話 | 0476-96-4165 | F A X |

第 1 緊 急 連 絡 先

| | | | |
|---|--|-----|--|
| 氏 名 | | 続 柄 | |
| 住 所 | | | |
|  | | | |
| 携帯電話 | | | |

第 2 緊 急 連 絡 先

| | | | |
|---|--|-----|--|
| 氏 名 | | 続 柄 | |
| 住 所 | | | |
|  | | | |
| 携帯電話 | | | |

