

# 重 要 事 項 説 明 書

( 介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護 )

◎ わたしたち（事業者）の概要は次のとおりです。

事 業 所 名	特別養護老人ホームみやまの里	法 人 名	社会福祉法人 奴奈川福祉会
所 在 地	糸魚川市大字大野 129 番地	電 話 番 号	025-552-8101
県指定年月日	平成 11 年 12 月 15 日(番号 1571500063)		入 所 定 員 24 人
本体施設種別	介護老人福祉施設		
職員の概要	医 師	2 人(非常勤)	生 活 相 談 員 2 人(本体と兼務)
	看 護 職 員	1 人	管 理 栄 養 士 1 人(本体と兼務)
	介 護 職 員	10 人(短期入所棟担当職員数)	
	送 迎 車 両	4 台	送迎従事職員 23 人
	夜 勤 職 員	5 人(本体施設と一体で勤務します。)	
主な職種の勤務体制	看 護 職 員	早番=7:30~16:30 日勤=8:30~17:30 遅番=10:00~19:00	
	医師(非常勤)	木曜日(毎週) 金曜日(第 1 週、第 3 週)	
	介 護 職 員	早番=7:20~16:20 日勤=10:00~19:00 遅番=13:00~22:00 夜勤=22:00~翌 9:00	
施設の概要	居 室 の 定 員	1~4 人	居室面積(1人あたり) 8.25 m <sup>2</sup>
	食 堂 面 積	98.01 m <sup>2</sup>	機能訓練室面積 64.0 m <sup>2</sup>
非常災害時の対策	消防訓練の実施	年 2 回	
	近隣との協力体制	地元(大野・上刈)地区に防災協力員を配置	
	非常災害設備	スプリンクラー	あり 防 火 扉 等 3 箇所
		非 常 口	5 箇所 屋内消火栓 7 箇所
		自動火災報知器	あり 非常通報装置 あり
		誘 導 灯	13 箇所 漏電火災報知器 あり
		ガス漏れ報知器	あり 非常用電源 あり
		消 火 器	22 器 屋外消火栓 1 箇所

◎ わたしたち（事業者）があなたに提供するサービスの概要は次のとおりです。

## 1 提供するサービスの内容

あなたに提供するサービスの内容は、介護予防短期入所生活介護又は短期入所生活介護です。

介護予防短期入所生活介護 及び 短期入所生活介護とは、あなたにこの施設に短期間入所していただき、その間、日常生活のお世話や機能訓練を行うものです。

なお、通常の事業の実施地域は、糸魚川市一円または特別な事情により特に施設長が認めた地域といたします。

### 【業務取扱い方針】

#### (1) <介護予防短期入所生活介護>

あなたの心身の状況やご家族の環境を踏まえ、地域包括支援センターの作成する「介護予防サービス計画」と、わたしたちの作成する「介護予防短期入所生活介護計画」に従い、心身機能の維持を図ることができるよう、介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。

#### <短期入所生活介護>

あなたの心身の状況やご家族の環境を踏まえ、居宅介護支援事業者の作成する「居宅サービス計画」と、わたしたちの作成する「短期入所生活介護計画」に従い、自立した日常生活を送ることができるよう、短期入所生活介護を提供します。

(2) わたしたちは、介護予防短期入所生活介護計画書又は短期入所生活介護計画書を作成します。

## 2 担 当 の 職 員

この事業を担当する責任者は次の者です。

( 連 絡 先 ) 電話番号 025-552-8101

管理責任者 氏名 磯野 茂

生活相談員 氏名 佐藤 美羽

ご相談や連絡したいことがある場合は、管理責任者、生活相談員、担当介護士まで遠慮なくお申し出ください。また、苦情に関しては、上記のほか、市町村や新潟県国民健康保険連合会でも受け付けています。

## 3 サービススケジュール

わたしたちがあなたに提供するサービスのスケジュールは、別紙日程表のとおりです。

## 4 利用者負担金

このサービスを利用するにあたってあなたにご負担していただく料金は、次のとおりです。

### (1) 介護保険給付対象の利用者負担金

この料金は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。

なお、介護給付費体系の改正が行われた場合は、事前に通知させていただき、利用料金等を変更いたします。

#### ① 基本料金

介護予防短期入所生活介護	要支援1	要支援2
1日につき (多床室・従来型個室)	4,510円	5,610円

短期入所生活介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日につき (多床室・従来型個室)	6,030円	6,720円	7,450円	8,150円	8,840円

#### ② 加算料金

##### ア 送迎加算

あなたやご家族の状況から、送迎を行う必要があると認められる場合に、あなたのご自宅と事業所との間の送迎を行った場合は、片道あたり1,840円の加算料金をいただきます。送迎範囲は、糸魚川市一円または特別な事情により特に施設長が認めた地域といたします。

##### イ 看護体制加算（I）（短期入所生活介護のみ）

常勤の看護師を1名以上配置していますので、1日あたり40円の加算料金をいただきます。

##### ウ 看護体制加算（II）（短期入所生活介護のみ）

常勤換算方法により入所者数が25又はその端数を増すごとに看護職員を1名以上配置していますので、1日あたり80円の加算料金をいただきます。

##### エ 夜勤職員配置加算（I）（短期入所生活介護のみ）

基準を超える介護職員数と喀痰吸引等ができる介護職員を夜間帯に配置しておりますので、1日あたり130円の加算料金をいただきます。

##### オ サービス提供体制強化加算（I）

介護福祉士を80%以上、または勤続10年以上の介護福祉士を35%以上配置していますので、1日あたり220円の加算料金をいただきます。

## 力 緊急短期入所受入加算(短期入所生活介護のみ)※あてはまる状況の人のみ算定

あなたやご家族等の事情により、介護支援専門員が、緊急にショートステイ利用が必要であると認めた場合で、かつ居宅サービス計画に位置付けられていないショートステイを緊急でご利用になられた場合、1日あたり 900 円の加算料金をいただきます。(原則 7 日を限度。ただし、ご家族の疾病等やむを得ない事情の場合は 14 日を限度。)

## キ 介護職員等処遇改善加算 (I)

介護職員等の処遇改善を図ることを目的とした加算です。

基本料金・加算・減算を合わせた単位数合計(処遇改善加算等を除く)に 14.0%を加算させていただきます。

- 介護保険負担割合証に記載されている負担割合に応じて、これらにかかる料金の合計額の 1 割、2 割、もしくは 3 割をあなたにご負担いただきます。

(2) 介護保険給付対象外の利用者負担金(介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護とも)

- ① 食 費 1日につき 1,650 円 (朝食 450 円・昼食 600 円・夕食 600 円)
- ② 滞在費 1日につき (多床室) 915 円  
1日につき (従来型個室) 1,231 円

- これらは、全額あなたのご負担になります。

※食費と滞在費に係る費用について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額となります。

【利用者負担金の算定例】

1日あたりの利用料金です。料金は単位数に単価(10円)を乗じたものです。(10円/単位)

区分	基本利用料			利用者負担金
		多床室	従来型個室	
基本料金	介護予防 短期入所 生活介護	要支援1	4,510円	各欄に表示された 金額の1割、2割 もしくは3割
		要支援2	5,610円	
		要介護1	6,030円	
		要介護2	6,720円	
		要介護3	7,450円	
	短期入所 生活介護	要介護4	8,150円	
		要介護5	8,840円	
		送迎費(片道)	1,840円	
		看護体制加算(Ⅰ) ※短期入所生活介護のみ	40円	
		看護体制加算(Ⅱ) ※短期入所生活介護のみ	80円	
加算料金	夜勤職員配置加算(Ⅰ) ※短期入所生活介護のみ サービス提供体制強化 加算(Ⅰ) 緊急短期入所受入加算 ※該当者のみ算定	夜勤職員配置加算(Ⅰ) ※短期入所生活介護のみ	130円	各欄に表示された 金額
		サービス提供体制強化 加算(Ⅰ)	220円	
		緊急短期入所受入加算 ※該当者のみ算定	900円	
		介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	上記太枠の単位数合計× 14.0%	
		滞在費	915円	
		食費	1,231円	
			1,650円	
その他実費				

※介護保険給付の支給限度を超えてサービスを利用する場合は、超えた分の全額をご負担いただくこととなりますので、ご留意ください。

## 5 キャンセル料

(1) あなたが、このサービスの利用をやめたい場合は、お手数ですが事前に次の連絡先までご連絡ください。

(連絡先) 電話番号 025-552-8101

(2) あなたの都合でサービスの利用を中止する場合、次のキャンセル料が必要ですので、できる限り早めにご連絡ください。ただし、あなたの体調の急変など、緊急やむを得ない理由により利用を中止する場合は、キャンセル料をいただきません。

### ① サービスの利用開始日前のキャンセル

連絡の時期	キャンセル料	備考
サービス利用開始日の前日まで	利用者負担金の50%の額×1日分	容態急変の場合などにはいただけません。
サービス利用開始日の当日	利用者負担金の100%の額×1日分	

### ② サービスの利用開始日以降のキャンセル

キャンセル料	備考
利用者負担金の50%の額×利用予定日数	容態急変の場合などにはいただけません。

## 6 サービスの利用にあたってあなたが留意していただきたいこと

(1) 複数の方が同時にサービスを利用するので、他の入所者のご迷惑にならないようご協力ください。

(2) 作成された介護予防短期入所生活介護計画または短期入所生活介護計画や、実施するレクリエーションの内容などについてご不満があれば、遠慮なく担当の生活相談員または介護士にご相談ください。

また、サービス提供の有無にかかわらず、それ以外にもご相談があれば、遠慮なくお申し出ください。

(3) 苦情等の取り扱いについて

① 苦情相談窓口設置場所 新潟県糸魚川市大字大野129

特別養護老人ホームみやまの里

電話番号 (025-552-8101)

ファックス (025-552-7821)

苦情受付担当者 生活相談員 佐藤 美羽

苦情解決責任者 施設長 磯野 茂

第三者委員 池原 栄一 (090-4361-3441)

大西 順子 (025-553-1868)

また、ロビーに意見箱を設置しているほか、下記でも苦情の受付をしております。

糸魚川市市民部福祉事務所 (025-552-1511)

新潟県国民健康保険団体連合会 (025-285-3072)

新潟県福祉サービス運営適正化委員会 (025-281-5609)

- ② 事業者は、苦情の申し立てがあった場合は、次の手順によりその解決を図ります。
- ア ご利用者や職員からの事情聴取等により、事実関係を把握します。
  - イ 苦情にかかる問題点を把握し、対応策を検討し、必要な改善を行います。
  - ウ ご利用者に対し、調査結果や講じた措置の内容を、納得が得られるよう説明します。なお、必要に応じて概要を記した文書を添えることとします。
- (4) 体調の変化などでサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、または当事業所(電話 552-8101)までご連絡ください。

## 7 緊急時における対応方法

事業者は、サービスの提供時に、ご利用者に急変が生じた場合やその他必要な場合は、速やかに主治医または協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、管理者及びご利用者家族に報告するものとします。

## 8 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにご利用者の家族及び市町村へ連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、事故が発生した場合には再発を防ぐための対策を講じます。

## 9 虐待の防止のための措置に関する事項

- (1) 事業者は、虐待またはその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じるものとします。
  - ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設け定期的に開催し、その結果を介護職員その他の従業者に周知徹底を図るものとします。
  - ② 虐待の防止のための指針を整備するものとします。
  - ③ 虐待の防止のための介護職員その他の従業者に対する研修を定期的に行うものとします。
  - ④ 前3項に定める措置を適切に実施するための担当者を置くものとします。
- (2) 事業者は、虐待が発生した場合は、速やかに市町村へ通報し、市町村が行う虐待等に対する調査に協力するよう努めます。

## 10 第三者評価受審状況について

- ・第三者評価実施の有無 なし
- ・実施した年月日 —
- ・実施した評価機関 —
- ・評価結果の開示状況 —

別紙 <日程表>

	共通サービス	個別サービス
4:00	排泄介助・体位交換等	
6:00	起床・洗面介助・離床等	
7:30	朝食・食後口腔ケア	与薬
9:00	排泄介助・体位交換	
10:15	水分補給・離床 行事・クラブ等 (～11:30) 一般浴 (日・水) 特浴 (随時)	
11:00		排泄介助 (随時)
11:30	昼食・食後口腔ケア	与薬
13:00	排泄介助・体位交換等 バイタルチェック	
14:00	余暇活動・水分補給・離床 特浴 (随時)・行事・クラブ等	
15:15	排泄介助・体位交換	
17:00	夕食 口腔ケア・入歯洗浄	与薬
18:30	排泄介助・体位交換等 バイタルチェック	与薬 (睡前薬) ※睡前薬は基本的に在宅での服用時間に合わせます。
21:00	消灯	
23:00		排泄介助 (随時)
0:30	排泄介助・体位交換等	
2:00		排泄介助 (随時)

※ 夜間巡回 … 19時以降は1時間おきに実施

※ 入浴 … 一般浴は日曜日・水曜日 (AM)

特浴は2泊までは1回、3泊以上は利用期間によって随時回数を調整します。

(一般浴含む)

サービスの提供に先立って、上記のとおり説明します。

令和 年 月 日

(事業者) 所在地 新潟県糸魚川市大字大野129番地

事業者名 社会福祉法人 奴奈川福祉会

代表者職・氏名 理事長 本間政一 理事長印

(説明者) ショートステイ担当職員・氏名 印

上記の内容について説明を受け、同意しました。また、この本重要事項説明書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

(利用者) ご住所 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 印

(署名代理人) ご住所 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 印

利用者との続柄（ ）