

特別養護老人ホーム阿見翔裕園
介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

当事業所は、介護保険の指定を受けています。
(茨城県指定第0873801567号)

当事業所は、ご契約者(ご利用者)に対して指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。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説明します。

◆ 目 次 ◆

1. 法人について	2
2. 事業所について	2
3. 職員の配置状況	5
4. サービスと利用料金について	6
5. 施設利用に当たっての留意事項	10
6. 苦情受付窓口	11
7. 事故発生時の対応について	12
8. 非常災害時の対策について	12

1. 事業者

法人名	社会福祉法人 長寿の森
法人所在地	茨城県稲敷郡阿見町阿見5137
法人電話番号	029-840-2881
代表者氏名	理事長 神成 裕介 (カンナリ ユウスケ)
設立年月日	平成10年3月2日
設立・運営する施設	居宅介護支援事業所 通所介護事業所(定員1日30名) 介護老人福祉施設(定員86名) ケアハウス(定員15名) 短期入所生活介護事業所 (定員1日16名※介護予防短期入所生活介護事業を含む) 訪問介護事業所

2. 事業所の概要

種類	介護予防短期入所生活介護事業
目的	介護保険法令に従い、ご利用者が可能な限り、その居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。 ご利用者の心身の状況により、若しくはその家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、又は利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減等を図る為に一時的に居宅において日常生活を営むのに支障がある者へ、サービスの提供を行います。
名称	特別養護老人ホーム阿見翔裕園 (入所86名定員に併設)

所在地	法人所在地に同じ
電話番号	法人電話番号に同じ
FAX番号	029-887-3081
管理者氏名	施設長 加川 武士 (カガワ タケシ)
開設年月日	平成18年4月1日※平成11年4月1日より町事業委託として実施
営業日、時間	年中無休 窓口対応時間 9:00～18:00
利用者定員	16名 (※但し、短期入所生活介護利用者を含みます)
運営方針	<p>○介護保険法令並びに関連する厚生労働省令、告示の趣旨並びに内容にそったサービスを提供します。</p> <p>○ご利用者の人格を尊重、ご利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、ニーズを的確に捉え、適切なサービスを提供します。</p> <p>○相当期間以上にわたり継続して入所することが予定される利用者へは、介護予防サービス計画に基づき、個別に介護予防短期入所生活介護計画を作成します。</p> <p>○利用者、家族に対し、利用期間、サービスの内容及び提供方法について分かりやすく説明します。</p> <p>○適切な介護技術をもってサービスを提供します。</p> <p>○常に提供したサービスの質の管理、評価を行います。</p> <p>○指定介護予防支援事業者へ提供したサービスの状況等を報告します。</p>

【居室等の概要】 厚生労働省が定める基準により、必置が義務付けられている施設・設備です。特別養護老人ホーム併設の為、一部共用部分がございます。

居室・設備の概要	室数等	備考
居室	16名分	新館1階 (12.65 m ² /室) (14.70 m ² /室) 1室当り
静養室	1	本館2階
食堂	2	新館1階 機能訓練室を含む
浴室	3	新館1階 一般浴室2室 機械浴室1室 脱衣室 2室
トイレ	7	新館1階
機能訓練室	2	新館1階 食堂を含む
理美容室	1	本館2階
医務室	1	本館2階
洗濯室	1	新館1階 本館1階
事務室	1	本館1階
居室は、ご利用者の心身の状況やご利用期間の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。居室は、施設長・看護職員・介護職員で決定しています。		

3. 職員の配置状況

サービスを提供する職員として以下の職種を配置しています。配置については、指定基準を遵守しています。特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設・短期入所生活介護事業)の職員が兼務にて担当しています。

職種	配置数	勤務時間他
管理者(施設長)	1	通所介護事業所、短期入所生活介護事業所、ケアハウス、居宅 介護支援事業所兼務 月～金曜 9:00～18:00
生活相談員	2	月～金曜 9:00～18:00
看護職員	4	月～日曜 8:30～17:30 <u>夜間帯は不在</u> となります。 交代勤務の為、3名体制の日もあります。
介護職員	30	早番 6:00～15:00 日勤 9:00～18:00 遅番 A 10:00～19:00 遅番 B 13:00～22:00 夜勤 22:00～ 7:00 勤務時間は 30 分前後の変動があります。
機能訓練指導員	1	看護職員兼務
管理栄養士	2	通所介護事業所、ケアハウス兼務 月～金曜 9:00～18:00

看護職員・介護職員については、交代勤務の為に実際出勤している職員数とは異なります。

嘱託医…特別養護老人ホームの利用者の回診をしています。

しほう医院 院長 遠藤拓男先生(土浦市穴塚 1998 TEL029-823-9511)

4. サービスと利用料金

ご利用者に次のサービスを提供します。提供するサービスの利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとしご利用者から本人負担分をご負担いただくものと、全額ご利用者に負担いただくものがございます。

① 介護保険の給付対象となるサービス

法定代理受領サービスで、ご利用者の日常生活上の支援をさせていただきます。

食事	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事を摂っていただくことを前提としています。
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・原則週2回実施しています。なお、ご利用者の体調・健康状態を看護職員が確認し、入浴実施を決定しています。
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄の自立を促す為、ご利用者の身体能力を最大限活用した支援を行います。
送迎	<p>阿見町内、土浦市内。ご利用者の心身の状態、家族等の事情等から送迎を行うことが必要と認められるご利用者に対して、当該ご利用者の居宅と事業所間の送迎を行います。※下記料金には介護職員等処遇改善加算(Ⅰ口)も含まれます。</p> <p>1回(片道) 2,196 円 (ご利用者負担:220 円【1割】/440 円【2割】/659 円【3割】)</p>
その他	<p>自立への援助</p> <ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止の為、できる限り離床に配慮します。 ・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。 <p>◎ サービス提供体制加算(Ⅲ)として1日61円いただきます。 (ご利用者負担:7 円【1割】/13 円【2割】/19 円【3割】)</p> <p>◎ 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)として1月間に101円いただきます。 (ご利用者負担:11 円【1割】/21 円【2割】/31 円【3割】)</p> <p>◎ <u>介護職員等処遇改善加算(Ⅰ口)</u>は、1月間に利用したサービス料金合計の <u>176/1000 にあたる金額をいただきます。</u> (ご利用者負担1割、2割、若しくは3割:ご利用毎に金額は異なります。)</p>

〈サービス利用料金(1日あたり)〉

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金をいただきます。また要介護度の更新認定・区分変更の認定により要介護度が変更になった場合は、変更契約をいただきます。

介護保険上必要とされる単位を越えて、サービスを利用される場合、全額(10割)自己負担いただきます。

	サービス基本利用料金	サービス利用に係る自己負担		
		1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
要支援1	5,583 円	559 円	1,117 円	1,675 円
要支援2	6,905 円	691 円	1,381 円	2,072 円

※基本料金とは別に利用状況に応じて加算料金がかかります詳細は別紙をご参照下さい。

まだ要介護認定を受けていない場合は、利用料金を全額お支払いいただきます。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)その際、「サービス提供証明書」を交付します。

食費・居住費は別途いただきます。

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を変更します。

② 介護保険の給付対象とならないサービス(全額自己負担いただくサービス)

食費	<p><u>1日1,950円</u> (朝食:550円、昼食:700円、夕食:700円)</p> <p>提供した食数によりご請求致します。入所・退所時間変更される場合は早めにご連絡をお願い致します。食費が変わります。本人の希望による特別な食事の提供を行った場合は、実費負担いただきます。</p>
滞在費	<p><u>1日915円</u> 1日単位でご請求致します。</p>
<p>利用時に「介護保険負担限度額認定証」をお持ちの方は、必ず事務室へ御提示下さい。御提示がありませんと給付がありません。認定証に記載されている金額を限度額としてご請求致します。超える額につきましては、介護保険からまかなわれません。</p>	

【介護保険負担限度額認定証をお持ちの方の食費・滞在費】

食費 1,445円	朝食	昼食	夕食
	345円	575円	525円
滞在費 430円			

理容・美容	実費
レクリエーション・クラブ活動	実費
持込み電化製品の使用	<u>1日につき1点当り 30 円</u>
複写物の交付	サービス提供についての記録を受付時間帯(9:00~18:00)閲覧 できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担いた だきます。 <u>1枚につき10円</u>
日常生活上必要となる 諸費用	日常生活用品の購入代等ご利用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実 費負担いただきます。
阿見町、土浦市内以外に お住まいの方の送迎	ご利用者の心身の状態、家族等の事情等から送迎を行うことが必 要と認められるご利用者に対して、当該ご利用者の居宅と事業所 間の送迎を行います。 阿見町内、土浦市内のご利用料金 2,196 円 (利用者負担: 220 円 【1割】／440円【2割】／659円【3割】)に加算していただきます。 片道 10km 未満 1 回片道 300 円。 片道 10km以上超えた場合 300 円に 1km 当たり 20 円加算。

※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。
事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 7 日前までに御説明します。

③利用料金のお支払い方法

①、②の料金・費用は、別紙料金表に基づいて計算し、月末締め、翌月に請求させていただきます。請求書が届きましたら当法人の定める支払い方法により、お支払い下さい。領収書を発行致します。

④利用の中止、変更、追加

利用予定前に、ご契約者の都合により、利用の中止又は変更、新たなサービスの追加をすることができます。サービス実施日前日までに事業者へ申し出て下さい。

利用当日になって、利用中止をされた場合、キャンセル料(700円)をお支払いいただく場合があります。但し、ご利用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。

サービス利用の変更・追加のお申し出に対して、事業所の稼働状況により、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。ご利用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、既に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。(介護料・サービス提供体制加算・滞在費は、1日単位での御請求です。)

【健康上の理由による中止】

○医療機関への受診のない病気の場合、サービスの提供をお断りすることがあります。

○集団生活となりますので、感染症のある方の御利用をお断りすることがございます。

・入所時健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスを中止することがあります。ご利用中に体調が悪くなった場合も同様です。御家族に連絡の上、サービスの確認を致します。必要に応じて速やかに主治の医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。但し、医療機関への受診や入院の際の手続きは御家族の対応にてお願い致します。

→緊急時の連絡先をご利用の度に必ず2ヶ所所定の用紙にご記入いただきます。

ご記入いただいた連絡先の方へも緊急連絡先となっていること等を良くお話して下さい。

5. 施設利用にあたっての留意事項

入所の時間	9:30～17:00の間にお願ひ致します。御予定のお時間を変更される場合はお申し出下さい。
退所の時間	9:30～夕食まで(夕食提供後)の間にお願ひ致します。御予定のお時間を変更される場合はお申し出下さい。送迎希望の方は17時30分頃迄にお願ひ致します。
事務室窓口対応時間	9:00から18:00
面会	13:30から16:00 事務室カウンターにある面会簿へお名前をご記入下さい。
外出	通院等で外出はできますが、予めお申し出をお願ひ致します。
持ち込み品について	<ul style="list-style-type: none"> ・予め「持参品チェックリスト」へのご記入をお願ひ致します。 ・持ち込みは必要最小限にお願ひ致します。 お持ち頂きたいものは別紙の通りです。 お洗濯は当園でできます。 ・貴重品の持ち込み(現金、通帳、印鑑、自宅の鍵、携帯電話等)は御遠慮願ひます。 ⇒保管金庫がございません。紛失の場合、保証できかねます。 ・危険物の持ち込みはできません。(果物ナイフ等) ・食物を持ち込まれる場合は、職員へお申し出下さい。職員管理の下でのお預かりになります。(誤嚥、食中毒等の事故防止の為) ・入所時に荷物を確認致します。 ・ご利用中に新たにお持ちいただくか、若しくはお持ち帰りになる場合は、紛失防止の為に職員へお声をおかけください。 手続きがございます。
医療受診	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関へ受診が必要とされる場合、または入院の手続きは御家族の対応にてお願ひ致します。 ・御利用日の関係でやむを得ず園内にて訪問診療を受ける場合は、事前に訪問診療の日時をお知らせ下さい。またご家族様の立会いをお願ひ致します。 ・ご利用中に疾患等についてお問い合わせいただく場合がございます。御容赦の程宜しくお願ひ致します。

宗教活動等	園内での宗教活動、他の利用者への迷惑を及ぼすような行為は御遠慮いただきます。ペットを飼うことはできません。また、館内は全面禁煙でございます。
その他	御利用前、御利用後感染症等疾患の症状のあった時は、施設へ報告下さい。また、利用前に症状のあった時は、ご利用を控えていただく場合がございます。ご了承下さい。

6. 苦情の受付について

- ① 事業所における苦情や御相談は、社会福祉法第82条の規定により体制を整えています。以下の専用窓口で受付けます。口頭・文書・電話いずれでも結構です。

苦情受付時間	月～金曜 9:00～18:00
苦情連絡先	特別養護老人ホーム阿見翔裕園 TEL029-840-2881
苦情受付担当者	生活相談員 松本知子
苦情受付責任者	施設長(管理者) 加川 武士
第三者委員	横田 健一 (社会福祉法人長寿の森評議員)
	石井 定夫 (社会福祉法人長寿の森評議員)
	河合 隆 (司法書士、行政書士)

尚、体制については、別紙の通りです。

②行政機関その他苦情受付機関

阿見町役場	高齢福祉課 介護保険係	TEL029-888-1111 (平日 8:30～17:15)
土浦市役所	高齢福祉課	TEL029-826-1111 (平日 8:30～17:15)
他の保険者	各市町村介護保険担当課	お住まいの市町村へご確認ください
茨城県国民健康保険 団体連合会	介護保険課 介護保険苦情相談室	TEL029-301-1565 (平日 9:00～12:00 13:00～17:00)
茨城県 社会福祉協議会	茨城県運営適正化委員会	TEL029-305-7193 (平日 9:00～17:00)

7.利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等について

①利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見を把握する取組の状況…なし

実施した年月日	なし
当該結果の開示状況	なし

② 第三者による評価の実施状況…なし

実施した年月日	なし
実施した評価機関の名称	なし
当該結果の開示状況	なし

8.事故発生時の対応について

- ① サービス提供中に事故が発生した場合は、ご利用者のご家族、市町村及び利用者に係る在宅介護支援事業者等へ連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- ③ 事故の状況や事故に際してとった処置については、記録を作成し、事故発生の原因究明と予防の検討を行い、再発防止に努めます。
- ④ ご利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

9. 非常災害時の対策について

①非常時の対応について

別途に定める、消防計画書(平成18年12月4日届出)により対応いたします。

②平常時の訓練について

別途に定める、消防計画書に則り、年4回の避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。

③防災設備について

以下の防災設備を備えています。

- ・ 自動火災報知機
- ・ 誘導灯
- ・ ガス漏れ報知機
- ・ 非常通報装置

- ・ 非常用電源
- ・ 消火設備(スプリンクラー、消火器、屋内消火栓、屋外消火栓)
- ・ カーテンは防炎性能のある物を使用しています。
- ・ 震災に備えての備蓄(食料・飲料水3日分)
- ・ その他(拡声器、携帯ラジオ、ロープ、懐中電灯等)

⑤ 保険の加入について

事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。

加入保険会社名 : 社会福祉法人 全国社会福祉協議会

加入保険内容 : 社会福祉施設総合損害補償

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、利用者又はその家族への重要事項説明書のために作成したものです。

重要事項の説明・同意を証するために重要事項説明書2通を作成し、説明者及び利用者明
記押印の上、各自その1通を保有することとします。

令和 年 月 日

指定介護予防短期入所生活介護の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項説明を行いました。

説明者	特別養護老人ホーム阿見翔裕園		
	職 名	生活相談員	氏 名
			印

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、指定介護予防短期入所生活
介護の提供開始に同意致しました。

()利用者	住 所		
	電話番号		
	氏 名	印	
	緊急時の 連絡先	氏名	(続柄)
		住所	
電話			

私は、利用者本人に代わり、上記署名を行いました。

私は、利用者本人の同意意思を確認しました。

代 理 人	住 所	
	電話番号	
	氏 名	印
	利用者との続柄	
	署名代理の理由	
	緊急時の代理 人の連絡先	氏名
住所		

