

特別養護老人ホームたちばな園あすか (ユニット型指定短期入所生活介護事業) 重要事項説明書

お客様に対する居宅サービス提供開始に当たり、厚生省令第 37 号第 125 条に基づいて、当事者がお客様及びご家族に説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業主体に関すること

(1) 事業主体

名 称 : 社会福祉法人 きょうなんかい 杏南会

所在地 : 三重県熊野市有馬町字中曽 3466 番 1

(2) 事業主体が行っている主な事業

○介護老人福祉施設(定員 60 名)【特別養護老人ホームたちばな園】

(併設)短期入所生活介護(定員 20 名)

○ユニット型介護老人福祉施設(定員 70 名)【特別養護老人ホームたちばな園あすか】

(併設)短期入所生活介護(定員 8 名)

(3) 代表者氏名 キタ イクオ

理事長 喜田 育男

2 施設(短期入所生活事業所)に関すること

(1) 施設の種類及びその説明

ユニット型指定短期入所生活介護事業所

(「特別養護老人ホームたちばな園あすか」併設)

事業者番号 2471100392

※ 指定短期入所生活介護事業所(以下「事業所」という。)とは、お客様の心身の状況により、若しくはご家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由、又はご家族の身体的、精神的な負担の軽減を図るため、一時的に居宅において日常生活を営むのに支障があるものを対象に、指定短期入所生活介護を提供する事業所です。利用するためには、介護保険制度における要介護認定を受けていただく必要があります。

(2) 事業所の名称及び所在地等

名 称 : 特別養護老人ホームたちばな園あすか

所在地 : 三重県熊野市飛鳥町大又 250 番地

電 話 : 0597-84-1250

F A X : 0597-84-1251

〒 : 〒519-4561

(3) 交通の便

JR熊野市駅より車で約 15 分

三重交通大又バス停から徒歩約 2 分

(4) 建物の面積及び構造

○1号館延床面積 1,310.69 m²(改修建物)

鉄筋コンクリート造2階建て

○2号館・3号館延床面積 2,562.69 m²(新築建物)

鉄骨造3階建て

(5)開設年月日 平成 27 年 2 月 1 日

(6)入所定員 0人(ユニット型特別養護老人ホームの空床利用)

3 入所に関すること

(1) 入所の条件

入所は、要介護認定の結果、要介護と認定された方(精神病や著しい性格異常、または伝染病等の病気のない方)が対象となります。

(介護保険被保険者証をご確認ください。要介護度1～5と認定された方)

初回サービス利用時には、お客様の健康状態を把握し適切な援助を行うため、かかりつけ医師の介護認定に係る意見書をご提出いただきます

(注)事業所は、医療機関ではありませんので、入院治療を必要とする方は入居できません。

(2) 持ち込み制限

入所にあたっては、感染症、害虫の館内持込防止等環境衛生保持のため、家具や衣類等の日常生活品の持ち込みについては、清潔な物に限らせていただきます。

(注)居室内への持ち込みとなりますので、危険物や生き物の持ち込みはご遠慮いただきます。

尚、長期間ご利用していただくお客様につきましては、季節によって衣類等の入れ替えをお願いすることがあります。

4 介護の場所

(1)居室の概要

1号館2階個室10室、2号館1階個室10室、2階個室10室、3階個室10室

3号館1階個室10室、2階個室10室、3階個室10室は、ユニット型特別養護老人ホーム用居室で、この居室の空床時に事業所用居室として使用します。

(2)居室の決定方法

空床居室となります。

5 職員体制(特別養護老人ホーム職員兼務)

(1)職員数(令和7年4月1日現在)

施設長兼事務長	1人
事務員	2人
生活相談員	1人(介護支援専門員兼務)
介護支援専門員	1人(生活相談員兼務)
介護職員	31人
介護補助職員	8人
看護職員	3人(うち1人機能訓練指導員兼務)
機能訓練指導員	1人(うち1人看護職員兼務)
栄養士	1人(盛付等補助職員兼務)
盛付等補助職員	5人(うち1人栄養士兼務)
用務員	2人
宿直員	3人
委託契約職員	
嘱託医	1人

(2)夜間の介護職員最大人数

介護職員 3人

(3)介護職員の専門資格の有無

有(介護福祉士29人)

(4)機能訓練にかかる専門資格の有無

無(看護職員と兼務1人)

6 認知症への対応等

(1)認知症への対応

認知症の場合も事業所内で対応しますが、お客様の状況に応じて、居室を変更する場合があります。なお、認知症になられても、拘束・抑制することはありません。

ただし、やむを得ない場合を除きます。

(2)契約上の取扱い

他のお客様の生活又は健康に重大な影響を及ぼし、通常の介護方法ではこれを防止できない等、契約上の信頼関係を著しく害するような場合に限り、契約を解除する場合があります。

7 提供するサービスと費用

(1) 介護保険給付対象サービス利用料金

ア 介護サービス利用料金

要介護度 1 の場合	日額 7,040 円
要介護度 2 の場合	日額 7,720 円
要介護度 3 の場合	日額 8,470 円
要介護と 4 の場合	日額 9,180 円
要介護度 5 の場合	日額 9,870 円

次の加算を算定いたします。

・夜間勤務職員配置加算

夜勤時間帯において、月毎の 1 日平均夜勤職員数が、夜勤職員配置基準数に加えて常勤換算 1 人以上に相当する配置。

1 日 180 円

・看護体制加算 I

看護職員において常勤の看護師を 1 人以上配置。

1 日 40 円

・サービス提供体制強化加算

介護職員における介護福祉士の占める割合が 60% 以上

1 日 180 円

・介護職員等処遇改善加算

1 か月の介護サービス利用料金総額の 14.0%

各種条件に該当する場合は、次の加算を算定いたします。

・送迎加算

入退所に際して、送迎を行った場合

1 回 1,840 円

・療養食加算

医師の指示箋に基づく療養食を提供する必要がある場合

1 食 80 円

・若年性認知症入所者受入加算

医師により若年性認知症と診断された場合

1 日 1,200 円

- ・認知症行動・心理症状緊急受入加算

医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急にショートステイを利用すべきと判断した場合

1日 2,000 円

- ・緊急短期入所受入加算

居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない状態で緊急に受け入れた場合

1日 900 円

- ・継続利用減算

連続して 30 日を超えて利用された場合

1日 300 円（減算）

連続して 60 日を超えて利用された場合

1日 40 円（減算・要介護度 1）

1日 20 円（減算・要介護度 2～5）

以上の加算等を前頁の介護サービス利用料金に加えた額の 1 割が利用者の負担となります。ただし、保険者（紀南介護保険広域連合等）発行の負担割合証に 2 割または 3 割負担とある場合には、2 割または 3 割負担となります。

イ 介護保険給付対象の主なサービス

- ・食事の介助

食事は、栄養ならびにお客様の身体状況及び嗜好を考慮します。また、自立支援のため原則、離床して共同生活室で食事を摂っていただきますが、居室で食事を摂っていただくことも可能です。

- ・入浴の介助

1週2回以上入浴していただきます。

ただし、発熱等病状に応じ、入浴を控えて清拭等となる場合があります。

- ・排泄の介助

お客様の排泄の自立を促すため、おむつをはずして生活していただくよう援助いたします。また、お客様の状態に合わせた排泄の援助をいたします。ただし、寝たきり状態等の場合はおむつを利用することもあります。

- ・その他自立への支援

寝たきり防止のため、離床に配慮します。

生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを励行します。

お客様の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助いたします。

(2) 実費負担となる（介護給付の対象とならない）サービス

次のものは実費を負担していただきます。

① 介護保険給付の支給限度額を超える短期入所生活介護サービス費

② 居住費、食費

	(居住費)	(食 費)
第 1 段階	日額 880 円	日額 300 円
第 2 段階	日額 880 円	日額 600 円
第 3-1 段階	日額 1,370 円	日額 1,000 円
第 3-2 段階	日額 1,370 円	日額 1,300 円
第 4 段階	日額 2,066 円	日額 1,445 円

※食費は、基本として朝食 305 円、昼食 570 円、夕食 570 円で計算いたしますので、上記の段階別日額に満たない場合は、その額となります。

- | | |
|-----------------------------|---|
| ③ 特別な食事費 | 実費（希望する場合） |
| ④ 理美容費 | 実費（希望する場合） |
| ⑤ 日用品費 | 実費（個人専用として使用する場合） |
| ⑥ 教養娯楽費 | 実費（個人専用の新聞、雑誌及び趣味的活動に要する物、希望者を募り実施する旅行等の場合） |
| ⑦ 預り金管理費 | 日額 50 円（希望する場合） |
| ⑧ 健康管理費 | 実費（インフルエンザ予防接種等を希望する場合） |
| ⑨ 電気器具使用費 | 1 点 1 日 50 円 |
| ⑩ ケーブルテレビ端子使用料 | 実費（テレビを持ち込みされる場合） |
| ⑪ その他、お客様が負担することが適当と認められる費用 | 実費（利用料の口座振替手数料等） |

(3) 料金改定のルール

介護給付対象のサービス利用料金については、介護給付費体系の変更があった場合変更になります。

給付対象外のサービス利用料金については、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、事前の説明をしたうえで、利用料等の変更を行う場合で、お客様が利用料等の変更を承諾する場合、利用料等変更に係る同意書に署名・捺印していただきます。

お客様が利用料等の変更を承諾しない場合、申し出くだされば、この契約を解約することができます。ただし、利用料等は全額自己負担となります。

8 利用者負担軽減制度

対象者の要件 市町村民税世帯非課税者であって、定められた要件の全てを満たす方のうち、その方の収入や世帯状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難であると認められた方（市町村にご相談ください。）

減額割合 減額割合は1/4(利用者負担第1段階の方は1/2)を原則とするとなっています。

9 支払方法

毎月 15 日までに前月分の請求をいたしますので、その月の月末までにお支払いください。

お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、銀行振込、口座自動引き落としのいずれかを選んでいただきます。現金での支払は、原則不可。

10 預り金の管理

金銭・預金等の管理については、お客様ご本人で管理していただいてもかまいませんが、事業所は一切の責任は負いません。また立替払いなどの便宜は図れません。

事業所での金銭・預金等の管理を希望されるお客様については、「預り金管理規程」に基づき、お預かりすることができます。

ご希望される場合は、「預り金管理に関する契約」を締結していただきます。この場合、管理費として1日あたり50円を頂戴します。

11 事業所の入退所

(1)入所

- ① お客様及びご家族に、ショートステイ利用についての重要事項を説明させていただきます。重要事項の説明後、契約を締結していただき入所していただきます。
- ② お客様から依頼された指定居宅介護支援事業所のケアマネージャーが作成したサービス提供表のとおり、当事業所でショートステイを利用していただきます。
- ③ 事業所は、お客様について解決すべき課題を把握し、お客様の意向を踏まえた上で、サービス計画を作成します。

(2)退所

- ・通常の退所は、サービス提供表に記載された利用予定最終日とします。
- ・お客様が被保険者資格を喪失したとき。
- ・お客様が死亡されたとき。
- ・お客様の都合で退居されるとき。
- ・お客様が入院されたとき。
- ・お客様が他の介護保険施設等を利用されるとき。
- ・お客様が負担すべき費用を2か月間滞納されたとき。
- ・お客様へのサービス提供が著しく困難と判断されるとき。
- ・事業所から契約解除の通告を受けても契約を終了しないとき
- ・やむを得ない事情により、事業所を閉鎖又は縮小するとき。

12 事業所のサービスの特徴等

(1)運営の方針

事業所は、お客様の心身の特性をふまえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、お客様の心身の機能の維持並びにお客様のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目指します。

事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連帯を図り総合的なサービスの提供に努めます。

(2)サービス利用のために

事 項	備 考
男性介護職員の有無	有り 一定数配置しています。
職員への研修の実施	研修計画に基づいて実施しています。
サービスマニュアルの作成	業務標準化マニュアルを作成し、活用しています。
身体的拘束	やむを得ない場合を除き、身体拘束は行いません。
その他	サービス等については、担当者にご依頼ください。

(3)事業所利用に当たっての留意事項

- ① 面会は、午前 9 時 00 分から午後 5 時 00 分までとします。
- ② 外出・外泊のご予定は、事前に担当職員までご連絡ください。
- ③ 外出等の際の付添、送迎はご家族でお願いします。
- ④ 多額の現金、高価な貴金属等はお持ちにならないようお願いします。
- ⑤ 飲酒については、健康管理に問題のない方に限ります。
- ⑥ 喫煙については、原則、全館禁煙となっています。
- ⑦ 所持品の持ち込みについては、清潔な物で居室に入る範囲内としてください。
- ⑧ 宗教活動については、事業所や他のお客様に影響のない範囲であれば、特に制限しません。
- ⑨ 居室出入り口の鍵については、ご希望によりお客様自身が管理することができます。ただし、緊急時や夜間等の見回りなどお客様の状態確認等が必要な場合は、マスターキーを使用して居室に入らせていただきます。(安全上重要なため。)
- ⑩ 利用期間外のお客様のお荷物等は保管いたしません。全てお持ち帰り願います。

13 秘密保持および個人情報の提供

お客様に施設サービスを提供する上で知り得たお客様およびご家族に関する秘密および個人情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。ただし、お客様のサービス計画に沿ってお客様主体のサービスを提供するために開催されるサービス担当者会議及び行政関係機関、他の介護保険サービス事業者、その他保健医療サービス事業者等との連絡調整において、お客様やご家族の個人情報を用いることができるものとします。

14 衛生管理等の対策

事業所内で感染症や食中毒が発生又はまん延しないようマニュアル等を整備し、定期的に感染症予防対策委員会や給食会議を開催すると共に、職員への定期的な研修を実施します。

15 非常災害対策

- (1) 災害時は、訓練等に基づき適切に対応いたします。
- (2) 防災設備は、消防法に基づく設備を設置しています。
- (3) 防災訓練は、訓練計画に基づき定期的の実施します。
- (4) 防火管理者は、施設長 和田勇紀 です。

16 緊急時・事故発生時の対応

お客様に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほかご家族の方に速やかに連絡いたします。

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに関係者への連絡等必要な措置を講じ、また、その事故の発生について、事業所に責があり、お客様若しくはそのご家族が損害を被った場合には、その損害の賠償を速やかに行なうよう努めます。

事業所は万が一の事故の発生に備えて、「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入しています。

17 医療機関

- (1) 医療を必要とする場合は嘱託医師又は協力病院等において診察を受けていただきます。
- (2) 医療機関へ定期受診する際の付添、送迎については、原則、ご家族の方でお願いします。但し、緊急を要する場合、または事業所内事故で生じた傷病が完治するまでの間の受診については事業所で付添・送迎いたしますが、可能な限りご家族の同行をお願いします。
- (3) 事業所の嘱託医と協力医療機関

・嘱託医師

井本泰樹医師（三重県熊野市新鹿町 669-1 井本医院）

・協力医療機関

紀南病院 南牟婁郡御浜町阿田和 4750 電話 05979-2-1333

畑中歯科 熊野市有馬町 5821-123 電話 0597-89-6611

18 サービス内容に関する相談

事業所が提供するサービスについての相談担当者は、大久保 雅史 です。ご不明な点は、なんでもおたずねください。

電話 0597-84-1250

19 苦情対応

事業所内には、苦情対応窓口及び苦情受付箱を設置し、提供したサービスに関する苦情に適切に対応します。

- | | | |
|-------------|--------------|-------------|
| ・苦情受付窓口電話番号 | 0597-84-1250 | |
| ・苦情解決責任者 | 施設長兼事務長 | 和田 勇紀 |
| ・苦情受付責任者 | 生活相談員 | 大久保 雅史 |
| ・第三者委員 | 監事 | 阪口 任紀、西垣戸 勝 |

施設外苦情対応窓口

- | | |
|--------------------|--------------|
| ・三重県国民健康保険団体連合会 | 059-222-4165 |
| ・三重県福祉サービス運営適正化委員会 | 059-224-8111 |

施設外苦情対応窓口（保険者）

- | | |
|----------------|--------------|
| ・紀南介護保険広域連合 | 0597-89-6001 |
| ・紀北広域連合 | 0597-35-0888 |
| ・新宮市健康長寿課介護保険係 | 0735-23-3333 |
| ・北山村住民福祉課 | 0735-49-2331 |
| ・下北山村保健福祉課 | 07468-6-0015 |

20 第三者による評価の実施状況等

- | | |
|-------------|----|
| 第三者評価受審の有無 | 無し |
| 第三者評価受審年度 | — |
| 第三者評価機関 | — |
| 第三者評価受審済証番号 | — |

21 表示有効期間

表示有効期間は「令和 8 年 3 月 31 日」まで。

上記の重要事項について説明したことを証するため、本書 2 通を作成し、契約者、事業者が記名捺印のうえ、各一通を保有するものとする。

【事業者】

令和 年 月 日

事業者住所 三重県熊野市有馬町字中曽 3466 番地の 1

事業者名 社会福祉法人 杏南会

代表者氏名 理事長 喜田 育男 (印)

契約者住所 _____

本人氏名 _____ (印)

代筆者氏名 _____ (印)

続 柄 _____

代筆理由 ☐ 身体的困難 ☐ 認知症 ☐ 精神障害
☐ 知的障害 ☐ その他 _____

保証人住所 _____

保証人氏名 _____ (印)

続 柄 _____