

特別養護老人ホーム往還ショートステイ(介護予防) 重要事項説明書

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人三重健寿会
- (2) 法人所在地 三重県三重郡朝日町大字柿字熊之田 564 番地
- (3) 電話番号 TEL 059-377-6011 FAX 059-377-6001
- (4) 代表者氏名 理事長 柿澤 善樹
- (5) 設立年月日 平成17年 8月 12日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護予防短期入所生活介護
- (2) 施設の目的 介護予防短期入所生活介護事業所である特別養護老人ホーム往還は、介護保険法に基づき、要支援状態にある高齢者に対し可能な限り、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、排泄、食事等の介護、支援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、利用者の心身、機能維持並びに利用者の家族の身体的精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
- (3) 施設の名 特別養護老人ホーム往還
- (4) 施設の所在地 三重県三重郡朝日町大字柿字熊之田 564 番地
- (5) 電話番号 TEL 059-377-6011 FAX 059-377-6001
- (6) 施設長 柿澤 佳世子
- (7) 当施設の運営方針
 - (1) 入所者一人一人の意思及び人格を尊重し、入所者の居宅における生活と入所中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、ユニットにおける入所者が相互に社会関係を築き、自立した日常生活を営むように支援する。
 - (2) 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、老人の福祉を増進することを行う者、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に務める。

(8) 開設年月日 平成 18 年 6 月 16 日

(9) 入所定員 10名(1ユニット)

(10) 営業日 年中無休

3. 居室の概要

当施設は家庭に近い居住空間を目指したユニット型の生活単位を構成しております。従って全室個室であり、各ユニットに食堂、浴室、トイレを配置しています。

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	10室	全室洗面・トイレ設備
共同生活室(食堂)	1 箇所	
アクティビティルーム	1 箇所	
浴室	I フロアーユニット2箇所設置	特殊機械浴室あり
医務室	1 室	

注: 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護予防短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。

4. 職員の配置状況

当事業所は、利用者に対して介護サービスを提供する職種として、表1の職員を配置しています。又、勤務体制は表2による。

表1

職種	実職員数	指定基準
1 施設長	1 名	1 名
2 生活相談員	1 名	1 名
3 介護職員	5名	3名
4 看護職員	1 名	1 名
5 機能訓練指導員	1名	1 名
6 管理栄養士(栄養士)	1 名	1 名

注: 職員配置は、法に定める指定基準を厳守します。

表2 主な職員の勤務体制表

職種	勤務体制
1 施設長	8:30～17:30
2 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員
3 看護職員 日勤=8:30～17:30 遅出=10:00～19:00	早出=6:30～15:30 1名 日勤=8:30～17:30 1名 遅出=13:00～22:00 1名 夜勤=21:45～6:45 1名
4 生活相談員・管理栄養士・機能訓練指導員	8:30～17:30

5. 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) 利用料金の全額を契約者に負担いただく場合 |
|--|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスにはついては、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

イ 当施設では、栄養士(管理栄養士)の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

ロ ご契約者の自立支援のため離床して共同生活室にて食事を取っていただくことを原則としています。

(食事時間)・・・下記の時間帯を目安とし、ご契約者の生活リズムを考慮します。

朝食;7:30～9:00 昼食;11:30～13:00 おやつ;15:00～
夕食;18:00～19:30

② 入浴

イ 入浴又は清拭を1週間に2回以上行います。毎日行っておりません。

ロ 寝たきりの方でも特殊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 健康管理

看護職員が、健康管理を行います。

⑤ その他自立への支援

- イ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ロ 生活のリズムを考え、毎朝夕着替えを行うよう援助します。
- ハ 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。

⑥ 移送サービス

- イ 要支援度に拘わりなく、ショートステイを利用する際にご自宅から施設、施設からご自宅への送迎をいたします。但し、配車の関係がありますので、利用可能な日時についてはその都度、ご確認ください。
- ロ 送迎実施日：土日祝、年末年始(30日から4日)を除く毎日
- ハ 送迎時間帯；9:00～17:00の間
(サービス利用料金〈一日あたり〉)
下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払ください。
(サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

表3 利用料金表

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援1 5,207円	要支援2 6,468円	要介護1 6,935円	要介護2 7,617円	要介護3 8,359円	要介護4 9,041円	要介護5 9,722円
2. うち、介護保険から給付される金額 (負担割合2割)	4,686円 (4,165円)	5,821円 (5,174円)	6,241円 (5,548円)	6,855円 (6,093円)	7,523円 (6,093円)	8,136円 (7,232円)	8,749円 (7,777円)
3. サービス利用に係る自己負担額 (1-2) (負担割合2割)	521円 (1,042円)	647円 (1,294円)	694円 (1,388円)	762円 (1,524円)	836円 (1,672円)	905円 (1,810円)	973円 (1,946円)
4. 居室にかかる自己負担額	表1による						
5. 食事にかかる自己負担額	表1による						
6. 移送サービス	片道につき187円 四日市北警察管内 桑名(多度・長島地区を除く) 実施地区を越えての料金 1km当たり100円						
7.その他	・電気製品 1 つにつき1コード1日50円(テレビを除く) ・処置代 ・水分とろみ・食事とろみ代 各 1 日100円						

注1； 市町村等が発行する介護保険負担限度額認定証を受けている場合は、その認定証に記載されている減額認定事項による。

注2； 市町村等が発行する社会福祉法人等利用負担減額対象認定証を受けている場合は、その確認証に記載されている減免内容による。

1 利用料金負担段階別の居住日及び食費の負担額表(1日あたり)

区分	居住費	食費	その他
利用者負担第1段階	820 円	300円	機能訓練体制加算(13円) 夜勤職員配置加算(19円) 介護職員処遇改善加算 I
利用者負担第2段階	820 円	390円	
利用者負担第3段階	1,310円	650円	
利用者負担第4段階	1, 980円	1, 380円	

注1； 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)。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。

注2； 食費の1, 380円の内訳は、朝230円、昼650円、夜500円です。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

(サービスの概要と利用料金)

① 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、超えた分サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

② 理容サービス

[理髪サービス]

理容師の出張による理髪サービス(散髪のみ)をご利用いただけます。

出張日は毎月第1水曜日です。

利用料金;散髪 1,500 円

③ 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;内容によっては、材料代等実費をいただく場合があります。

④ 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係る実費を負担いただく場合もあります。

(おむつ代、洗濯代はサービス料金に含まれています)

⑥ 通常の事業実施区域外への移送サービス

朝日町・川越町・四日市(四日市北警察署管内)・桑名(長島・多度地区を除く)以外にお住まいの方で、ご自宅と当事業所間の送迎をご希望される場合、送迎費用とは別に下記の料金が、かかります。

実施地区を越えての料金;1km 当たり100円

(3) 利用料金のお支払い方法

前期(1)(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、翌月10日前後にご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア. 窓口で現金払い

イ. 下記指定口座への振込み

三重銀行 朝日支店 普通預金口座 1138749

社会福祉法人 三重健寿会

特別養護老人ホーム往還ショートステイ

理事長 柿澤善樹

ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関: 三重銀行

(4) 施設利用の留意事項

- ① 利用予定日の前に、利用者ご本人の都合により、サービスの利用を中止又は変更、若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、利用予定日までに、担当の介護支援専門員を通じて、事業所に申し出て下さい。
- ② 利用予定日の前日17時までには申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、利用予定当日の昼食代(650円)をいただきます。
- ③ 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ご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間または日時をご利用者に提示して協議します。
- ④ 面会 8:30~17:30
※来訪者は、必ずその都度職員に届け出て下さい。
※面会時間をお守りください。

6. 健康管理

ショートステイ利用中の医療の提供について

ショートステイ利用中の医療は利用者様のかかりつけ医となりますので、受診をお願いすることがあります。

7. サービス利用にあたっての留意事項

利用日にご持参いただくもの

- ①介護保健証及び健康保険証(初回及び保険更新時)
- ②内服薬及び処置に必要な医療材料
- ③履物(転倒防止のためスリッパはご遠慮ください)靴等にしてください
- ④衣類(着替え等持ち物には名前を記入してください)
- ⑤洗面道具等
- ⑥ティッシュ等日用品
- ⑦本人が希望するもの
- ⑧詳しくは別紙を参照ください。

8. 施設・設備の使用上の注意

- 当施設は、夜間帯 22:00～翌 6:30 まで 20 床のお部屋を 1 人のスタッフが勤務しておりますので夜間お部屋の中で急変があった場合発見が遅れることがありますのでご理解下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- 当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- 全館喫煙は禁止です。
- 貴重品等の管理は自己責任とさせていただきます。当施設では一切責任を負いません。

9. 事故発生時の対応

状況に応じた措置を講じる(家族等への連絡、救急車対応など)

10. 身体拘束等の禁止へむけての取り組みを行います。

ただし利用者様の身体及び生命に重大な危険を及ぼす可能性が著しく高い場合においては、緊急やむを得ない処置として、家庭の同意の下、必要最小限度の身体拘束を行う場合があります。

11. 秘守義務の遵守

個人情報保護に関する法令等に基づいて遵守いたします。

12. 苦情受付について

- ① 当施設における苦情の受付
 1. 苦情受付担当者 : 生活相談員 水谷 敦子
 2. 苦情解決責任者 : 施設長 柿澤 佳世子

3. 受付時間 : 毎日 8:30～17:15

苦情の受付は、口頭又は文書にて受け付けます。

② 当施設以外の苦情の受付

1. 第三者苦情処理委員

元朝日町民生委員

長井 愛子

朝日町民生委員

小川 笑子

2. それぞれが利用されている保険者

朝日町役場 町民福祉課 電話 059-377-5659

川越町役場 福祉課 電話 059-366-7115

四日市市役所 介護高齢福祉課 電話 059-354-8170

桑名市市役所 介護高齢課 電話 0594-24-1170

東員町役場 長寿福祉課 電話 0594-86-2823

3. 三重県国民健康保険団体連合会

介護保険課苦情処理係 電話 059-222-4165

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム往還のサービス提供の開始に際し、本書面に基づき
重要事項の説明を行いました。

特別養護老人ホーム 往還

担当者名

印

私は、本書面に基づいて事業者から特別養護老人ホーム往還について、
重要事項の説明を受けました。

契約者 住所

(利用者)

氏名

印

代理人 住所

氏名

印