

指定短期入所生活介護
(指定予防短期入所生活介護)

特別養護老人ホームすわ苑

重要事項説明書

当すわ苑はご契約者に対して短期入所生活介護サービスを提供します。施設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次のとおり説明します。

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人ひみ福祉会 (認可:昭和61年8月1日・厚生省第689号)
事業者の所在地	富山県氷見市柳田字諏訪野3892番地の1
代表者名	理事長 布尾英二
設立年月日	昭和60年8月26日
電話番号	0766-91-2627

2. ご利用施設

施設の目的	介護保険法令に従い、ご契約者(利用者)が、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とし、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。 当施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。
施設の運用方針	①利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。 ②利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。 ③利用者にサービス内容等を説明し、利用者の同意をもってサービスを提供する。 ④適切な介護技術をもってサービスを提供する。 ⑤常に提供したサービスの質の管理、評価を行う。
施設の所在地	富山県氷見市柳田字諏訪野3892番地の1
施設長(管理者)名	川田 優
開設年月日	昭和61年4月7日
併設	介護老人福祉施設(特別養護老人ホームすわ苑)に併設
施設の種類	指定短期入所生活介護施設 (平成12年2月14日指定・富山県第1670500097号)
施設の名称	特別養護老人ホームすわ苑
利用定員	10名
営業日	年中無休
電話番号	0766-91-2627 FAX 0766-91-2628

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では、以下の居室・整備をご用意しています。入居されている居室は、個室など他の種類への入居をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。ただし、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況により、ご希望に添えない場合もあります。

居室の種類	室数	備考
2人部屋	7	一人当たり 10.11㎡
4人部屋	17	〃 8.44㎡
合計	24	〃 8.76㎡
食堂	1	兼機能訓練室
一般浴室	1	
特別浴室	1	ストレッチャー昇降式浴槽、チェアインバス
医務室	1	兼静養室

(2) 居室の変更

ご契約者からの居室の変更の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により、居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等との協議のうえ決定するものとします。

4. 職員体制(指定基準上の職員)

ご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供する職員として、指定基準を遵守し、以下の職員を配置しています。

(職員の配置状況)

[平成 25 年 7 月 1 日現在]

職種	常勤換算	事業所の指定基準	備考
施設長(管理者)	1名	1名	短期入所生活介護事業兼務
副施設長	1名	1名	〃 事務長を兼務
生活相談員	1名	1名	〃 介護支援専門員兼務
介護職員	33名	3:1 28名	
看護職員	3.4名		
機能訓練指導員	1名		〃 (看護職員兼務)
介護支援専門員	1名		〃 (介護職員兼務)
医師(嘱託)	1名	1名	〃
管理栄養士	1名	1名	〃

(主な職種の勤務体制)

職種	勤務体制
生活相談員	正規の勤務時間(8:15~17:15)
介護職員	・早番(7:30~16:15) 標準配置職員 5名
看護職員	・遅番(10:15~19:00) 〃 7名
	・夜勤(17:15~ 9:15) 〃 4名
機能訓練指導員	看護職員勤務に準ずる
介護支援専門員	介護職員勤務に準ずる
医師	月6回(水・土曜日) ※緊急時対応
管理栄養士	正規の勤務時間(8:15~17:15)

日曜日は上記と異なる場合があります。

5. 提供サービスと利用料金

(1)介護保険の給付の対象となるサービス(契約書第4条参照)

以下のサービスに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】

種 類	内 容	利用料
①食事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養士の立てる献立表により、栄養と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。 ・ 利用者の自立支援のため離床して食堂に食事をとっていただけるよう配慮します。 (食事時間) 朝食 7:15～ 昼食 11:30～ 夕食 17:30～ 	介護報酬の告示上の額 (契約書第8条参照) ↓ 別紙料金表参照
②排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立にむけて適切な援助を行います。 ・ おむつを使用する方に対しては、1日6回の交換を行うとともに、必要な場合はこれを超えて交換を行います。 	
③入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 週2回の入浴又は清拭を行います。 ・ 寝たきり等で座位のとれない方は機械浴槽を使用して入浴することができます。 	
④機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・ 機能訓練指導員(看護資格)により、利用者の身体の状況に応じた機能訓練を行い、生活機能の維持、改善に努めます。 	
⑤健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 嘱託医師、看護職員により健康管理を行います。また、緊急時必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に引き継ぎます。 	
⑥相談援助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者及びそのご家族からの相談について、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 	
⑦自立への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・ 生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・ 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。 ・ その他、日常生活動作能力に応じて必要な援助を行います。 	

※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。

※介護保険からの給付額に変更があった場合は、変更された額に合わせて、ご契約

者の負担額を変更します。

(2)介護保険給付対象外サービス(契約書第5条、第8条参照)

以下のサービスについては、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＞

種類	内容	利用料
①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提供することができます。	サービス利用料の全額
②食費	食材と調理に係る費用(1日3食)	料金表参照
③滞在費	光熱水費相当の額	料金表参照
④理髪	毎月2回、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。	丸刈り 1,800円 調髪 2,300円
⑤複写物の交付	利用者は、サービス提供の記録をいつでも閲覧できます。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。	1枚につき 10円
⑥日常生活上必要となる諸費用実費	日常生活用品の購入代金等をご契約者の日常生活に要する費用で利用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負担いただきます。ただし、おむつ代は介護保険給付対象です。ご負担の必要はありません。	個人に要した 実費

*ご契約者から負担いただくサービスについては、事前に連絡し、ご契約者(家族)の了解を得たものを提供します。

(3)利用料金の支払い方法

前記の(1)、(2)の料金・費用はサービス終了時にご請求しますので、その都度お支払いください。

ア、原則として窓口での現金支払いをお願いします。

《その他》

イ、下記指定口座への振込み

・北陸銀行氷見支店 普通預金 2709640

名義人:特別養護老人ホームすわ苑(トクベツヨウゴロウジンホームスワエン)

※振込手数料は、利用者のご負担となります。

ウ、金融機関口座からの自動引き落とし

・口座振替依頼書(当苑にあります)のご提出をお願いします。

6. 通常の事業の実施地域

氷見市内とします。

7. 利用の中止、変更、追加(契約書第9条参照)

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、も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、利用予定日の前日までに施設に申し出てください。
- 利用日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をいただく場合があります。ただし、ご契約者の体調不調等、正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の自己負担額相当

- サービス利用の変更、追加の申し出に対して、施設の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は、日時をご契約者に示して協議します。

8. 契約終了

当施設との契約では契約満了の2日前までに契約終了の申し入れがない限り、更新されます。したがって、契約書第18条第1項の事由がない限り、継続してサービスを利用することができます。

しかし、以下の事項により契約の中途解約ができる又は解除していただく場合があります。

(1)ご契約者からの退所の申し出(契約書第19条、第20条参照)

契約の有効期間であっても、ご契約者から退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する7日前までに申し出て下さい。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解除・解約し、退所することができます。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">①介護給付対象外のサービスの利用料金の変更に同意できない場合②施設の運営規程の変更に同意できない場合③ご契約者が入院された場合④ご契約者に係る居宅サービス計画が変更された場合⑤事業者もしくはサービス従事者が正当な理由がなく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しなかった場合⑥事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合⑦事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合⑧他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合 |
|--|

(2)事業者からの申し出により退所していただく場合(契約書第21条、22条参照)

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等について、故意にこれを告げないで、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払が3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご契約者が、故意又は過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

※①の事情が生じないよう、新規利用の場合その他必要時、診断書(別途様式)の提出をお願いします。

9. 苦情の受付け(契約書第25条参照)

(1)当施設における苦情の受付け

窓口担当者	河原 博樹 (生活相談員) 馬場 しのぶ (統括介護支援専門員)
利用時間	8:15~17:15 (通常 毎週月曜日~金曜日)
利用方法	面接・電話(91-2627)・苦情箱(正面玄関に設置)

(2)その他苦情受付機関

機 関 名	住 所	電 話
氷見市福祉課介護保険担当	氷見市中央町 12-21	0766-74-8066
国民健康保険団体連合会	富山市下野字豆田 955 番地の 3	076-431-9833
富山県福祉サービス適正化委員会	富山市安住町5番地の 21	076-432-3280

10. 事故等の対応(契約書第 11 条参照)

サービス利用時において、ご契約者に病状の急変又は事故等が生じた場合は、速やかにご家族、当苑嘱託医又は下記の協力機関へ連絡する等、必要な対応を行います。

協力医療機関の名称	診療科	住 所	電 話
福老館クリニック	内科・外科・胃腸科 肛門科・リハビリ科	氷見市堀田 465-2	0766-91-7720
金沢医科大学 氷見市民病院	総合	氷見市鞍川 1130	0766-74-1900

※協力医療機関について…上記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、上記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。

11. 非常災害対策

サービス利用中に天災その他の災害が発生した場合は、管理者の指揮のもと速やかに契約者を避難させる等、適切な対応を行います。また、非常災害に備え、定期的に避難訓練を行うこととします。

12. 損害賠償(契約書第 15 条、第 16 条参照)

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

【別紙1】

短期入所生活介護(予防短期入所) 利用料金表

(平成24年4月1日より)

特別養護老人ホームすわ苑

1. 介護保険給付対象サービス費

①介護(基本)サービス費…ご利用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の額を除いた金額【自己負担分(1割分)】をお支払い下さい。

	予防短期入所		短期入所生活介護				
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護サービス費	4,990	6,140	6,820	7,510	8,220	8,910	9,590
機能訓練加算	120	120	120	120	120	120	120
サービス提供体制強化加算	120	120	120	120	120	120	120
夜間職員配置加算			130	130	130	130	130
計	5,230	6,380	7,190	7,880	8,590	9,280	9,960
うち介護保険から給付される金額	4,707	5,742	6,471	7,092	7,731	8,352	8,964
自己負担分(1割分)	523円	638円	719円	788円	859円	928円	996円

②その他のサービス加算…下記の表により、該当する方は【自己負担額(1割分)】をお支払い下さい。

	内 容	自己負担額(1割分)
送迎加算	入退所時において、苑、自宅への送迎サービスを行った場合	184円/片道
療養食加算	医師の指示に基づく療養食(糖尿病食等)を提供したとき	23円/日
認知症加算	医師の指示に基づき、認知症の方を緊急に受け入れ、サービスを提供したとき(7日を限度)	200円/日
若年性認知症加算	若年性認知症の方を受け入れ、サービスを提供したとき	120円/日

③介護職員処遇改善加算

①介護(基本)サービス費と、②その他のサービス加算を加え、サービス別加算・減算率(当施設は2.5%加算)を乗じた金額【自己負担額(1割分)】お支払い下さい。

2. 介護保険給付対象外サービス費

①食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費)

	通常 第4段階	介護保険減額認定証に記載されている金額		
		第1段階	第2段階	第3段階
食費	1,380円	300円	390円	650円

※第1段階から第3段階の減額を受けられる方は「介護保険負担限度額認定証」の提出をお願いします。

②居住に要する費用(高熱水費及び室料)

	通常 第4段階	介護保険減額認定証に記載されている金額		
		第1段階	第2段階	第3段階
多床室	320円	0円	320円	320円

※第1段階から第3段階の減額を受けられる方は「介護保険負担限度額認定証」の提出をお願いします。

③その他の費用

サービス	内 容	利用負担額
特別な食事の提供	ご利用者個人の希望により、特別な食事を提供したとき	個人要した実費
理髪	毎月第2・第4月曜日(理容師の出張による)	丸刈 1,800円 調髪 2,300円
レクリエーション・日用品費	レクリエーション・日常生活用品のうち、ご利用者の希望により提供し、負担いただくことが適当であるもの	個人要した実費

*利用料金、サービス内容等について、ご不明な点、質問がございましたらお気軽にお尋ね下さい。

重要事項説明書【付記】(短期入所生活介護)

特別養護老人ホームすわ苑

機能訓練体制加算 (加算 12円/日)

当施設では、ご利用者の身体機能の維持・回復にむけて機能訓練を行います。

◎機能訓練指導員 看護職員が担当

1. 機能訓練計画の作成

ご利用者ごとに生活自立度に関する解決すべき課題を把握し、関係職員が共同して取り組むべき事項等を記載した計画を『施設サービス計画書』において明記します。その内容等については、ご利用者又はご家族に説明し、同意を得ることとします。

サービス提供体制強化加算 (加算 12円/日)

当施設では、介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が半数以上であり、より専門的なケアを提供します。

夜勤職員配置加算 (加算 13円/日) ※予防は除く

当施設では、ご利用者への十分なケア体制を整えるために、夜間帯において基準より手厚く職員を配置しています。

介護職員処遇改善加算 (加算 介護保険給付対象サービス費の2.5%)

平成24年度の介護報酬改定により、平成27年3月31日まで介護職員処遇改善加算が創設されます。

加算は、基本サービス費に各種加算、減算を加えた1日あたりの総単位数にサービス別加算・減算率(当施設は2.5%加算)を乗じた単位数で算定された金額【自己負担額(1割分)】をご負担いただきます。

平成 年 月 日

短期入所生活介護(予防短期入所生活介護)サービスの提供に際し、本書面に基
づき重要事項の説明を行いました。

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、短期入所生活介護サービス(予
防短期入所生活介護)の提供に同意しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

利用者家族等

住所 _____

氏名 _____ 印