

重要事項説明書

(ユニット型短期入所生活介護及びユニット型介護予防短期入所生活介護)

社会福祉法人 東益津福祉会(以下「事業者」という。)が運営するユニット型特別養護老人ホーム高麓(以下「事業所」という。)があなたに提供するサービスの重要事項について次のとおり説明します。

1 事業者の概要

| | |
|---------|-----------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 東益津福祉会 |
| 事業者の所在地 | 焼津市坂本 385 番地の 1 |
| 電話番号 | 054-628-0070 |
| 代表者職 | 理事長 |
| 代表者氏名 | 村松 幹子 |

| | |
|------------|---|
| 事業所の名称 | ユニット型特別養護老人ホーム高麓 |
| 事業所の所在地 | 焼津市坂本 385 番地の 1 |
| 電話番号 | 054-628-0070 |
| 介護保険事業所番号 | 2275101281 |
| 指定年月日 | 平成 27 年 4 月 16 日 |
| 交通の便 | JR 焼津駅下車、静鉄バス朝比奈線坂本バス停 下車徒歩 2 分 東名焼津 I.C から 1.5km |
| 通常の送迎の実施地域 | 焼津市、藤枝市の区域 |

2 事業所の職員の概要

(令和 6 年 4 月 1 日現在)

| 職種 | 資格 | 員数 |
|----------------------|--------------------|--------|
| 管理者 | | 1 人 |
| 医師 | 内科 医 | 1 人 |
| 生活相談員 (介護支援専門員兼務) | 介護福祉士 | 1 人以上 |
| 介護職員 | 介護福祉士 介護職員初任者研修 | 26 人以上 |
| 機能訓練指導員 | 看護 師 | 1 人以上 |
| 看護職員 | 看護 師 | 2 人以上 |
| 栄養士 | 管理栄養士 | 1 人以上 |
| | 栄養士 | 1 人以上 |

3 施設の設備の概要

| | |
|--------|---|
| 定員 | 10人 |
| 居室 | 居室1人部屋54室(1室あたり10.76㎡)うちシャフト9室 居室1人部屋6室(1室あたり11.58㎡)うちシャフト1室 |
| 浴室 | 浴室9室(機械浴室3、個別浴室6うちシャフト1室) |
| 共同生活室 | 6室(1室あたり35.28㎡)うちシャフト1室 |
| その他の設備 | 便所18ヶ所うちシャフト3ヶ所 洗面台 居室内設置 医務室1室(14.6㎡)※既設本館内 面談室1室(19.5㎡)1室(10.75㎡) 調理室1室(既設93.53㎡+増築21.06㎡) 汚物処理室3室(7.60㎡)3室(8.01㎡)うちシャフト1室 介護材料室2室(11.18㎡)1室(5.46㎡)1室(6.55㎡) 2室(9.28㎡)うちシャフト1室 ①消火器具 ②スプリンクラー ③自動火災報知設備 ④(煙感知器連動)特定防火設備 ⑤ガス漏れ火災警報機 ⑥非常通報 ⑦非常放送 ⑧避難誘導灯 ⑨避難器具(すべり台)⑩連結送水管 ⑪防災倉庫(簡易トイレ、小型発電機、テント2張) |

4 運営の方針

利用者の心身の特性を踏まえて居宅介護の困難な状況にある利用者に一時的に入所いただき入浴、排泄、食事等の日常生活の介護サービス等を行い健全で安定した居宅生活の助長、社会的孤立の解消、心身機能の維持向上を図るとともに介護者の身体的精神的負担の軽減を図ります。

5 利用料金

(1) 介護保険適用部分

事業所のユニット型短期入所生活介護又はユニット型介護予防短期入所生活介護の利用に際し、下記の単位数に10.17円を乗じた金額の1割から3割(介護保険負担割合証に記載された割合)が自己負担となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

1日あたり

(単位:単位数)

| 区分 | 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 |
|---------------------------|---|------|------|------|------|------|--------|
| ユニット個室 | 529 | 656 | 704 | 772 | 847 | 918 | 987 |
| 加算 ① (次のサービスを利用した場合加算します) | | | | | | | |
| 送迎加算 | 送迎サービスを利用した場合。 | | | | | | 184/片道 |
| 療養食加算 | 医師による食事箋に基づき、栄養士により管理された療養食の提供を受けた場合。1食を1回とする(1日3回を限度とする) | | | | | | 8/食 |
| 加算 ② (次の要件に合致した場合加算します) | | | | | | | |
| サービス提供体制強化加算(I) | 事業所の介護職員の内介護福祉士の割合が80%以上の場合。勤続10年以上の介護福祉士の割合が35%の場合。 | | | | | | 22/日 |

| | | |
|-----------------|--|-------|
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 事業所の介護職員の内介護福祉士の割合が60%以上の場合。 | 18/日 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 事業所の介護職員の内介護福祉士の割合が50%以上の場合。常勤職員が75%以上の場合。勤続7年以上の介護職員が30%以上の場合。 | 6/日 |
| 看護体制加算(Ⅰ) | 常勤の看護師を1名以上配置している場合。 | 4/日 |
| 看護体制加算(Ⅱ) | 看護職員を1名以上配置し、看護職員との24時間の連絡体制を確保している場合。 | 8/日 |
| 看護体制加算(Ⅲ)イ | 常勤看護師を本体とは別に1名以上配置した場合。前年度又は算定日が属する月の前3ヶ月の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の割合が100分の70以上であること。 | 12/日 |
| 看護体制加算(Ⅳ)イ | 看護職員合算で常勤換算+1名以上配置した場合。前年度又は算定日が属する月の前3ヶ月の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の割合が100分の70以上であること。 | 23/日 |
| 医療連携強化加算 | 急変の予測や早期発見等のため、看護職員による定期的な巡視を行っていること。主治の医師と連絡が取れない等の場合に備えて、予め協力医療機関を定め、緊急時の対応に係る取り決めを行っていること。急変時の医療提供の方針について医療連携体制を確保している場合。 | 58/日 |
| 夜勤職員配置加算 | 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準の介護職員の数に1を加えた数以上の介護職員を配置している場合。加えて夜勤時間を通じて喀痰吸引の実施が出来る介護職員を配置していること。 | 20/日 |
| 機能訓練体制加算 | 常勤の機能訓練指導員を配置している場合。 | 12/日 |
| 個別機能訓練加算 | 機能訓練指導員を1名以上配置し、計画的に機能訓練を行っている場合。 | 56/日 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 利用者のうち、認知症の利用者の割合が50%以上であり、認知症介護実践リーダー研修修了者を一定数配置し職員間で認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を定期的開催している。 | 3/日 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | (Ⅰ)の要件を満たし、かつ認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置し看護・介護職員毎の研修計画を作成し、研修を実施または予定している。 | 4/日 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 自立支援、重度化防止に資する介護を推進するため外部のリハビリテーション専門職等と助言を受けられる体制を構築し、機能訓練指導員が個別計画を作成する場合。 | 100/月 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | (Ⅰ)の要件を満たし評価した場合。 | 200/月 |

| | | |
|--------------------|---|------------------|
| 認知症行動緊急対応加算 | 医師が認知症の症状のために緊急にサービスを利用する必要があると判断し、サービスを緊急に利用した場合。 ※7日間限度 | 200/日 |
| 緊急短期入所受入加算 | 利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が、緊急でサービスが必要と認めた者に対し、居宅サービス計画に位置付けられていないサービスを緊急に行った場合。 ※7日限度(利用者の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日限度) | 90/日 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、サービスを行なった場合。 | 120/日 |
| 口腔連携強化加算 | 口腔状態の評価を実施し、歯科医療機関及び介護支援専門員に情報提供した場合。口腔評価を行うに当たって歯科医師または歯科衛生士が事業所からの相談等に対する体制を確保していること | 50/回 (月1回を限度) |
| 生産性向上促進体制加算 (Ⅰ) | Ⅱの条件を満たし、業務改善の成果が確認され、見守り機器等を複数導入し職員間の適切な役割分担の取り組みを行っていること | 100/月 |
| 生産性向上促進体制加算 (Ⅱ) | 利用者の安全、介護サービスの質の確保、職員の負担軽減を検討する委員会の開催や、改善活動を継続的に行い、見守り機器を1つ以上導入し、定期的業務改善の取り組みの効果を示すデータの提供を行うこと。 | 10/月 |
| 看取り連携体制加算 | 看護体制加算(Ⅱ)または(Ⅳ)を算定しているか、看護体制加算(Ⅰ)または(Ⅲ)を算定し看護職員と24時間連絡できる体制を確保し、看取り期の対応方針を定め説明し同意を得ていること。 | 64/日 |
| 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) | (Ⅱ)～(Ⅳ)の要件に加えて、経験技能のある介護職員を一定割合以上配置すること | 合計単位数 の14.0% |
| 介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ) | (Ⅲ)(Ⅳ)の要件に加えて、改善後一定年額以上の職員がいること、職場環境の改善を行うこと | 合計単位数 の13.6% |
| 介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ) | (Ⅳ)の要件に加えて、資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備を行うこと | 合計単位数 の11.3% |
| 介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ) | 加算で得た収益の1/2以上を月額賃金で配分し、職場環境の整備、研修の実施を行うこと | 合計単位数 の9.0% |

※サービス提供体制強化加算は(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを加算します。

※看護体制加算、夜勤職員配置加算は短期入所生活介護(要介護1～5)利用時のみ加算されます。

(2) その他の費用

事業所の通常の送迎の実施地域以外の送迎に要する費用（通常の送迎の実施地域を越えて1kmを増すごとに、1回につき200円）はあなたの負担となります。また、食費、滞在費については、次の通りとします。ただし、市町から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受け提出いただいた方は、その月から認定証に記載された負担限度額が利用者負担額となります。

（食費） 朝食 439円 昼食 687円 夕食 489円

（滞在費） 日額 2,450円

（スキンケアサポート） 日額 150円

バスタオル・フェイスタオル・入浴時洗身タオル・シャンプー・リンス・ボディソープ・入浴時保湿剤（ボディ・ハンド）・綿棒・拭綿・ガーゼ・入浴時綿球・ウェットティッシュ・個人用ティッシュペーパー

（デンタルサポート） 日額 50円

歯ブラシ・歯磨き粉・コップ・義歯ケース・義歯洗浄剤・義歯接着剤・スポンジブラシ

（ウェアサポート） 日額 120円

施設内衣類（施設内で着用する衣類、肌着、パジャマ等）

(3) 料金の支払方法

あなたが事業所に支払う料金の支払方法については、月毎の精算とします。支払い方法は口座自動引き落としとしてお願いします。毎月18日頃までに前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をします。26日までに通帳にご入金下さい。

6 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- ア あなたが居宅サービス計画及び介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所にご相談下さい。
- イ この説明書によりあなたからの同意を得た後、事業所がユニット型短期入所生活介護計画又はユニット型介護予防短期入所生活介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。（入所期間が短い場合は作成しない場合があります。）

(2) サービスの終了

- ア あなたの都合でサービスを終了する場合
サービスの終了を希望する日の2週間前までに文書で申し出て下さい。
- イ 事業所の都合でサービスを終了する場合
人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の15日前までに、文書によりあなたに通知します。
- ウ 自動終了
次の場合は、サービスは自動的に終了となります。
 - ① あなたが介護保険施設に入所した場合
 - ② あなたの要介護区分が非該当（自立）と認定された場合。
 - ③ あなたが亡くなった場合。

エ その他

- ① 事業所が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、事業所が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ② あなたがサービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが事業所に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

7 サービス利用にあたっての留意事項

(1) サービスの中止・変更

体調不良の場合はご自宅で休養をお取り下さい。サービス利用中止の場合は前日又は当日、午前8時30分までにご連絡下さい。また以下の場合には、利用者又は家族に連絡の上、サービスを中止又は変更するか、受診についてご相談させていただく場合がございます。

ア 利用者及び同居される家族が感染症(感染性胃腸炎、インフルエンザ等)を発症した場合には、症状が治まり医師の許可がでるまでは利用を中止させていただく場合があります。

イ 体調が悪くサービスを継続することが困難な時。

ウ 天候不順(降雪・台風等)又は災害等によりサービスの実施、継続が困難なとき。

(2) 緊急連絡先の変更について

緊急連絡先の変更があった場合は随時ご連絡下さい。また外出等で一時的に緊急連絡先が変更となる場合も当日送迎職員にお知らせ下さい。

(3) 金銭・貴重品の持ち込み

人の出入りの多い場所です。多額の金銭・貴重品の持ち込みはご遠慮下さい。

(4) 面会

面会は出来ます。但し、感染症発生状況や感染対策により変更する場合があります。

(5) 外出

生活相談員にお申し付け下さい。

(6) 宗教活動

施設内での活動はご遠慮願います。

(7) ハラスメント等

利用者及び代理人並びに家族等が事業者や事業所の職員に対して禁止行為を繰り返す等、契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、事業者は文書で契約を通知することにより、即座にサービスを終了することができます。

*サービス利用にあたっての禁止行為

ア 事業所の職員に対して行う暴言・暴力・いやがらせ、誹謗中傷等の迷惑行為

イ セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメント等の行為

ウ サービス利用中に利用者本人以外の写真や動画の撮影、また録音等をインターネット等に掲載すること。

8 サービスの内容

事業所があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

| | |
|------|---|
| 送迎 | 身体的事情等から必要な方にリフト付き送迎車で送迎を行います。 |
| 機能訓練 | 利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を行います。 |
| 入浴 | 入浴又は清拭を行います。寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。※体調不良等で入浴できない場合もございます。 |
| 食事 | 朝食午前7時30分、昼食正午、夕食午後6時、食事はできるだけ離床し共同生活室でとっていただけるよう配慮します。 栄養士の立てる献立表により、栄養並びに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。 |
| 健康管理 | 看護職員による日々の健康チェックを行います。 |
| 生活相談 | 相談、苦情等窓口を設け随時対応します。 |
| 排泄 | 排泄の自立を促すため、身体能力を最大限に活用した援助を行います。 |

- (1) サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。
- (2) サービスの提供に用いる設備、器具については安全、衛生に常に注意を払い、特にあなたの身体に接触する設備、器具についてはサービス毎に消毒したものを使用します。

9 事故発生の防止 発生時の対応 (契約書第10条参照)

事業者は安全対策担当者を定め、組織的な安全対策体制を整備します。委員会の設置、安全対策活動の展開、知識の向上を図る定期的な研修等必要な措置を講じます。

10 身体拘束の廃止 (契約書第11条参照)

利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束、行動を制限する行為を行いません。委員会の開催、指針の整備、知識の向上を図る定期的な研修等の必要な措置を講じます。

11 虐待防止 (契約書第12条参照)

利用者の人権の擁護、虐待防止等のため担当者を定め、委員会の開催及び委員会の内容の従事者への周知、指針の整備、知識の向上を図る定期的な研修等の必要な措置を講じます。

12 感染症の予防、発生時の対応 (契約書第13条参照)

事業者は感染症が発生し、又はまん延しないように、委員会を設置、指針の整備、事業継続計画の策定、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。

13 非常災害対策 (契約書第14条参照)

事業者は非常災害に関する具体的な防災計画及び事業継続計画を立てておくとともに定期的に必要な訓練を実施します。

14 緊急時の対応方法

ご利用中に容態の変化等があった場合は、容態により救急車の手配を行なうほか、事前の打ち合わせにより、緊急連絡先、主治医、居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所へ連絡いたします。

15 福祉サービス第三者評価事業について

第三者評価の実施なし

16 苦情処理

あなたは、事業所の短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護の利用について、いつでも苦情を申し立てることができます。あなたは、事業所に苦情を申し立てたことにより、何ら差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担当 長田伯志 電話番号 054-628-0070

この他、市町や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申し立てることができます。

| | | |
|-------------|------|---------------|
| 焼津市 | 担当窓口 | 介護保険課保険給付担当 |
| | 電話番号 | 054-626-1159 |
| 藤枝市 | 担当窓口 | 藤枝市 地域包括ケア推進課 |
| | 電話番号 | 054-643-3225 |
| 国民健康保険団体連合会 | 担当窓口 | 介護保険課 苦情相談窓口 |
| | 電話番号 | 054-253-5590 |

令和 年 月 日

ユニット型短期入所生活介護及びユニット型介護予防短期入所生活介護の提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

<事業所> 所在地 焼津市坂本385番地の1
名 称 ユニット型特別養護老人ホーム高麓
説明者 _____ 印

この説明書により、ユニット型短期入所生活介護及びユニット型介護予防短期入所生活介護に関する重要事項の説明を受け、同意しました。

<利用者> 住 所 _____
氏 名 _____ 印

<身元引受人(保証人)> 住 所 _____
氏 名 _____ 印

<上記代理人(代理人を選任した場合)>
住 所 _____
氏 名 _____ 印

介護保険給付対象外サービス料金 同意書

社会福祉法人東益津福祉会
 ユニット型特別養護老人ホーム高麓 御中

介護保険給付対象外サービス料金について以下のとおり同意します。

| 品名 | 備 考 | 料 金 | チェック |
|---------------|--|---------|------|
| スキンケア サポート | バスタオル・フェイスタオル・入浴時洗身タオル・シャンプー・ボディソープ・入浴時保湿剤（ボディ・ハンド）・綿棒・拭綿・ガーゼ・入浴時綿球・ウエットティッシュ・個人用ティッシュペーパー | 150 円/日 | |
| デンタル サポート | 歯ブラシ・歯磨き粉・コップ 義歯ケース・義歯洗浄剤・義歯接着剤・スポンジブラシ | 50 円/日 | |
| ウェアサポート | 施設内衣類（施設内で着用する衣類、肌着、パジャマ等） | 120 円/日 | |
| 合計金額 | | 円/日 | / |

令和 年 月 日

<利用者> 住 所 _____
 氏 名 _____ 印

<身元引受人(保証人)> 住 所 _____
 氏 名 _____ 印

<上記代理人(代理人を選任した場合)>
 住 所 _____
 氏 名 _____ 印