

指定短期入所生活介護 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な短期入所生活介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業者の内容

(1) 事業者

施設名 特別養護老人ホーム アパティア長島苑
管理者 三木 久美子
指定番号 三重県第2472000070号
所在地 三重県桑名市長島町西外面1070
電話番号 0594-42-1600
FAX番号 0594-42-2701

(2) 施設の従業者体制

当事業所では、ご利用者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。なお職員は介護老人福祉施設と兼務しております。

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員
管理者	業務の一元的な管理	1名
医師	健康管理及び療養上の指導	3名（常勤 1名、非常勤 2名）
生活相談員	生活相談及び指導	1名（常勤 1名、非常勤 0名）
介護支援専門員	介護計画の作成	2名（常勤 2名、非常勤 0名）
介護職員	介護業務	39名（常勤 24名、非常勤 15名）
看護職員	心身の健康管理、保健衛生管理	4名（常勤 4名、非常勤 0名）
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導	2名（常勤 1名、非常勤 1名）
栄養士（管理栄養士）	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	2名（常勤 2名、非常勤 0名）

(3) 職種の勤務体制

・早 出（介護職員）	6：30～15：30	1名
	7：00～16：00	3名
	8：00～17：00	1名
（看護職員）	8：00～17：00	1名
・日 勤（介護職員）	8：45～17：45	1名
	10：00～19：00	1名
（看護職員）	8：45～17：45	1名
（機能訓練指導員）	8：45～17：45	1名

・遅 出（常勤）	11：00～19：00	2名
	13：00～22：00	3名
・夜勤	22：00～ 8：00	3名

(4) 設備の概要

利用定員 12名

○居室

4人部屋（多床室） 14室

個室 14室

ご利用者の居室は、ベッド・コールボタンを備品として備えます。

○食堂 1室（2階、一部1階）

ご利用者が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、ご利用者が使用できるテーブル・いすなどの備品類を備えます。

○浴室 1室

浴室には一般浴槽の他に要介助者のための特殊浴槽を設けます。

○機能訓練室 1室

主な設置機器：平行棒、歩行器、つえ等

○医務室 1室

○静養室 1室

3. サービスの内容

(1) 基本サービス

① 短期入所生活介護計画の立案

利用期間が4日間以上の場合、利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、短期入所生活介護計画を作成します。その内容をご利用者及びその家族に説明し同意を得ます。

短期入所生活介護計画を作成した際は、当該計画を利用者に交付します。

② 食事

- ・食事はご利用者の心身の状態、嗜好を考慮し適切な時間に合わせて調理します。
- ・医師の指示による食事の提供を行います。
- ・栄養士による献立により、身体状況、疾病状況及び嗜好等を考慮しながら、食事の提供に努めます。ご利用者の自立支援のために離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間)

朝食： 7時45分～ 9時45分

昼食：12時00分～14時00分

夕食：18時00分～20時00分

*上記時間内で、ご希望の時間に合わせて食事の提供ができます。

*施設及びご利用者の事情により、多少時間が前後することもあります。

③ 入浴

週に2回～3回入浴していただけます。ただし、ご利用者の体調等により、回数減又は清拭となる場合があります。

④ 介護

短期入所生活介護計画に沿った介護を行います。

- ・更衣、排泄、食事、入浴等の介助
- ・体位交換、シーツ交換、事業所内の移動の付き添い等

⑤ 機能訓練

日常生活動作の維持又は向上を日頃の生活の中で実施します。

⑥ 生活相談

生活相談員をはじめ職員が、日常生活に関すること等の相談に応じます。

⑦ 健康管理

利用中の医療機関の受診は、基本にご家族に対応いただきます。ただし、利用開始後必要に応じ、健康状態を把握するため、嘱託医へ外来し受診する場合がございます。

(2) その他のサービス

① 理美容

毎月、理美容の機会を設けておりますので、利用期間中に行われる場合で、ご希望の方は申し出ください。(料金は理美容事業者へ直接お支払いいただきます。)

② 所持品の管理

保管できるスペースに限りがございますので、事前のご連絡をお願いいたします。

③ レクリエーション

年間を通して事業所内外の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかる場合がございます。(利用期間中に行われる場合)

4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該短期入所生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

□介護報酬告示額

(1) 基本料金(1日当たり)

	介護サービス費用
要介護1	6,229円(603単位)
要介護2	6,942円(672単位)
要介護3	7,696円(745単位)
要介護4	8,419円(815単位)
要介護5	9,132円(884単位)

(2) 加算料金等

		介護サービス費用
ア 送迎加算	片道につき	1,900円(184単位)
イ 機能訓練体制加算	1日につき	123円(12単位)

ウ	個別機能訓練加算	1日につき	578円 (56単位)
エ	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	1月につき	1,033円 (100単位)
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)		2,066円 (200単位)
オ	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1日につき	227円 (22単位)
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1日につき	185円 (18単位)
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1日につき	61円 (6単位)
カ	看護体制加算(Ⅰ)	1日につき	41円 (4単位)
	看護体制加算(Ⅱ)	1日につき	82円 (8単位)
	看護体制加算(Ⅲ) イ	1日につき	123円 (12単位)
	看護体制加算(Ⅳ) イ	1日につき	237円 (23単位)
キ	看取り連携体制加算	1日につき	661円 (64単位)
ク	口腔連携強化加算	1回	517円 (50単位)
ケ	医療連携強化加算	1日につき	599円 (58単位)
コ	夜勤職員配置加算(Ⅰ)	1日につき	134円 (13単位)
	夜勤職員配置加算(Ⅱ)	1日につき	154円 (15単位)
サ	若年性認知症入所者受入加算	1日につき	1,239円 (120単位)
シ	認知症行動・心理症状緊急対応加算	1日につき	2,066円 (200単位)
ス	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	1日につき	30円 (3単位)
	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	1日につき	41円 (4単位)
セ	療養食加算	1日につき	237円 (23単位)
ソ	緊急短期入所受入加算	1日につき	927円 (90単位)
タ	生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	1月につき	1,033円 (100単位)
	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	1月につき	103円 (10単位)
チ	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	基本料金+加算料金の14.0%を 上限として算定	

上記加算につきましては、該当する場合に必要となります。

また、利用料金については、実際の利用日数と地域区分ごとの単価(1単位＝10.33円)を乗じて計算しますので参考額になります。

自己負担額については、負担割合証に記載のある割合での計算となります。

□その他の費用

(1) 食事の提供に要する費用

ア 基本料金 1日当り 1,445円です。

食費の内訳(朝食345円 昼食550円 夕食550円 *おやつは含まれておりません)

イ 入所・退所時等における食費の負担額

入所・退所の日においては、実際に摂った食事ごとの料金とします。なお、終日利用する場合には、特別な場合を除いて実際に摂った食数にかかわらず1日当りの額とします。(全ての食事を摂らない場合を除く。)

(2) 滞在に要する費用

ア 基本料金	入所・退所の時間にかかわらず 1 日 当り	個室	1, 2 3 1 円
		多床室	9 1 5 円

イ 個室について

- 1 多床室が満室のため、個室をご利用された場合は個室扱いになります。
- 2 医師の判断により個室をご利用された場合は多床室扱いになります。

※(1)、(2)の食費・滞在費について

介護保険負担限度額の認定証を提示された方は、その認定証に記載された金額が 1 日あたりの料金となります。

(3) 理美容代 実費（理美容事業者へ直接お支払いください。）

(4) 電気製品使用料

テレビ、ラジオ等の電気製品を個人で使用する場合・・・・・・ 1 週間 2 7 0 円

(5) レクリエーション費用、外出先での物品購入、食事代、日用品、

クラブ活動での材料費等・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 実費

5. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 居室及び共用施設、敷地はその本来の用途に従って利用して下さい。
- ② 故意又は過失により、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者の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ございます。
- ③ ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上、必要があると認められる場合には、ご利用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、ご利用者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。
- ④ ご利用者は、施設内の機械及び器具を利用される際、必ず職員に声をかけてください。
- ⑤ 施設内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ⑥ 職員に対する贈物や飲食の提供は一切不要です。
- ⑦ 個人の信仰、思想は尊重しますが、当施設の職員や他のご利用者に対しての宗教活動、政治活動を行うことは禁じます。
- ⑧ 飲酒、喫煙はご利用者の健康を害する可能性がありますので、お酒、たばこ、ライター、マッチ等は施設でお預かりさせていただきます。
- ⑨ 飲酒、喫煙をする際には、当施設の職員に申し出、所定の時間と場所をお願いします。

6. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、年 2 回ご利用者及び職員等の訓練を行います。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を行います。

9. 守秘義務に関する対策

事業者及び職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

10. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

11. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

12. 介護現場におけるハラスメント対策について

当施設では職員による利用者への虐待行為禁止の取り組みと同様に、介護現場における職員へのハラスメント対策にも取り組んでいます。ハラスメント行為が発生した場合は、その原因や経過等について明らかにし再発を防ぐための対策を講じます。

13. カスタマーハラスメント対策について

当施設ではカスタマーハラスメント対策にも取り組んでいます。入所者の身元引受人ないしご家族、その他関係者により、職員に対してカスタマーハラスメント行為が発生した場合は、法人の行動指針に則り対応します。原因や経過等について明らかにした上で、健全な信頼関係の構築および円滑なサービスを提供が困難と判断した場合は、サービスの中止や契約を解除する場合があります。

14. 苦情相談窓口

① 当施設における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

特別養護老人ホーム アパティア長島苑

電話番号： 0594-42-1600

○苦情相談窓口担当者： 生活相談員 渡邊 扶美子

受付時間： 8時45分～17時45分

○苦情解決担当者： 施設長 三木 久美子

受付時間： 8時45分～17時45分

② 行政機関その他苦情受付機関

桑名市役所 地域介護課

電話番号：0594-24-1170

桑名市役所 長島総合支所

電話番号：0594-42-2111

三重県国民健康保険団体連合会

電話番号：059-222-4165

三重県福祉サービス運営適正化委員会

電話番号：059-224-8111

15. サービス利用中の医療の提供について

ご利用者の医療については、下記についてご協力をいただきますようお願いいたします。

- ① 初回ご利用時、かかりつけ医療機関からの診療情報提供書の提出を求めます。状態が著しく変化したときや、1年以上のご利用がなかったあとの再利用の場合、あらためて提供を依頼します。
- ② ご利用中、体温、血圧、排泄状況、食事摂取状況等、必要とされる健康状態の確認を行います。
- ③ ご持参された薬の投与を行います。内服薬以外の、ガーゼ、消毒薬、カテーテル等の医療材料についてもご持参ください。
万一お預かりする医薬品に不足が生じた場合は、早急に手配をお願いします。
- ④ ご利用者本人からの要望ある時、薬の不足した時、医療面での急変・状態の深刻な悪化、意識不明等緊急対応を要する状況などの場合、ご家族またはそれに準じる身元引受人（以下家族）に連絡します。
- ⑤ ご家族は、施設から④に示す依頼があった場合、適切な医療を受けさせるため、遅滞なく対応をして下さい。
- ⑥ ④の状態において万一、ご家族と連絡が取れない場合には、施設の判断で必要な措置をとります。
- ⑦ ご家族は、⑥に示す状態が発生した場合は、一刻も早く施設または搬送先病院等の、施設の指定する場所へ急行して下さい。ご家族で対応できない場合、ご家族の責任において代替者を急行させてください。
- ⑧ ご家族は、⑥の措置においては、医療保険の使用及び他医療機関への個人情報の提供に同意するものとします。
- ⑨ ご家族は、⑥の措置においては、後刻に説明を受けることにより、その内容、経過、結果について一切異議申し立ては行いません。受診の結果により、継続利用または退所について、検討させていただくことがあります。
- ⑩ 万一、施設内で呼吸停止、心停止等の状態になった場合は、ご家族の責任において主治医師を招き、死亡診断を行い、早急に遺体の引き取りをお願いします。

※ご利用期間中も、基本的にはかかりつけ医療機関の医療管理の下にあるものですが、医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、協力医療機関において診療を受けることができます。ただし、優先的な診療を保証するものではありません。また、協力医療診療を義務づけるものでもありません。

1 6．協力医療機関等

医療を必要とする場合は、入所者のご希望により、下記協力医療機関において診察を受けることができます。但し、下記医療機関での優先的な診療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診察を義務づけるものでもありません。

- ・協力医療機関

- ・桑名クリニック

- 三重県桑名市長島町横満蔵 5 7 3 番地

- ・桑名市総合医療センター

- 三重県桑名市寿町三丁目 1 1 番地

- ・協力歯科医療機関

- ・桑名歯科

- 三重県桑名市長島町出口 6 3 番地

1 7．損害賠償について

当施設において、施設の責任により入所者に生じた損害については、施設はその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、入所者に故意又は過失が認められた場合には、入所者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

1 8．代理人等について

(1) 施設では、契約締結に当たり、代理人、連帯保証人及び身元保証人の設定をお願いしています。

① 代理人は、入所者のご家族又は縁故者若しくは成年後見人等の中から選任していただくものとします。

② 代理人は原則として連帯保証人を兼ねることとします。但し、施設と代理人と協議の上、代理人とは別の者を連帯保証人とすることができるものとします。

③ 連帯保証人は身元保証人を兼ねるものとします。

(2) 代理人の職務は、次の通りとします。

① 入所者に代わって又は入所者とともに、契約書第 3 条に定める同意又は要請、第 13 条 1 項に定める解約・解除の意思表示及び手続き、その他入所者を代理して行う意思表示、施設の意思表示や報告・通知の受領、施設との協議等を行うこと。

② 入所者を代理して、又は入所者に代わって、サービス利用料等を支払うこと。

(3) 連帯保証人の職務は次の通りとします。

入所者と連帯して、本契約から生じる入所者の債務を負担すること。

(4) 身元保証人の職務は、次の通りとします。

利用契約が終了した後、施設に残された入所者の所持品（残置物）を入所者自身が引き取れない場合の受取り及び当該受取り又は処分にかかる費用を負担すること。

(5) 連帯保証人の負担する保証債務の内容は以下のとおりとします。

- ① 連帯保証人の負担は、利用料 1 年分を限度とします。
- ② 連帯保証人が負担する債務の元本は、入所者、代理人又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。
- ③ 施設は、連帯保証人から請求があったときは、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、入所者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。
- ④ 連帯保証人が死亡又は破産手続開始決定を受けた場合、もしくは連帯保証人について成年後見が開始された場合は、入所者又は代理人は別の連帯保証人を選任するものとします。

年 月 日

指定短期入所生活介護サービスの開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者>

(事業所所在地) 三重県桑名市長島町西外面 1 0 7 0 番地

(法人名) 社会福祉法人アパティア福祉会

(事業所名) 特別養護老人ホーム アパティア長島苑

(代表者名) 理事長 桑名 良輔 印

(説明者) 印

年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定短期入所生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

(住所)

(氏名) 印

<代理人>

(住所)

(氏名) 印

(利用者との関係)

<連帯保証人兼身元保証人>

(住所)

(氏名) 実印

(利用者との関係)