

特別養護老人ホーム さくら

「指定介護予防短期入所生活介護」重要事項説明書

令和6年4月1日現在

当施設は介護保険の指定を受けています。
(福島県指定 第0770303345号)

当事業所はご契約者に対して指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供するサービスの内容、ご契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◆ 目 次 ◆

1. 経営法人.....	1
2. ご利用施設.....	2
3. 居室等の概要.....	2
4. 職員の配置状況.....	3
5. 当施設が提供するサービスの概要と利用料金.....	4
6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）.....	8
7. 残置物引取について.....	9
8. 事故発生の対応について.....	9
9. 緊急時の対応について.....	9
10. 非常災害対策について.....	9
11. 苦情の受付について.....	10
<付属文書>	
・施設の概要 ・職員の配置状況 ・契約締結から提供までの流れ	
・サービス提供における事業者の義務 ・施設利用の留意事項 ・損害賠償について	

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 桜福社会
- (2) 法人所在地 福島県郡山市田村町岩作字梅木平12番地
- (3) 電話番号 024-955-4271
- (4) 代表者氏名 理事長 佐藤 光一
- (5) 設立年月日 平成19年11月27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事業所
平成21年3月1日指定
- (2) 施設の目的.....介護保険法令の趣旨に従い、契約者がその有する能力に応じ、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し、又必要な居室及び共用施設等を使用させ、介護予防短期入所生活介護に係る介護保険給付対象サービス及び対象外のサービスを提供します。
- (3) 施設の名称.....特別養護老人ホーム さくら
- (4) 施設の所在地.....福島県郡山市田村町岩作字梅木平12番地
- (5) 電話番号.....024-955-4271
- (6) FAX番号.....024-955-2840
- (7) 施設長(管理者).....渡邊 元博
- (8) 施設理念.....安全・安心・快適
- (9) 開設年月日.....平成21年3月1日
- (10) 入所定員.....合計10床(空所利用60床)
- (11) 第三者評価の実施状況.....無

3. 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は全室個室で洗面台を備え、冷暖房完備です。日常生活は、10人ずつのユニットケアを基本にしています。ユニットごとに、食堂・リビング・浴室があり、トイレ3か所を設置しています。

居室・設備の種類	室数	備考
1人部屋	10室	ユニット型個室
トイレ	3か所	
共同生活室(食堂・リビングほか)	1室	
浴室	2室	個浴・機械浴
医務看護室	1室	医務室(診療所)

※居室の変更について

ご契約者から居室の変更希望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、契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護予防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。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、国が定めた指定基準を遵守しています。

令和3年4月1日現在

1. 施設長（管理者）	1名（常勤1名）
2. 事務職員	1名以上（常勤1名以上）
3. 生活相談員	1名以上（常勤1名以上）
4. 介護支援専門員	1名以上（常勤1名以上）
5. 介護職員	4名以上（常勤換算4名以上）
6. 看護職員	1名以上（常勤換算1名以上）
7. 機能訓練指導員	1名以上（常勤1名以上）
8. 嘱託医師	1名以上（非常勤1名以上）
9. 管理栄養士	1名以上（常勤1名以上）

☆本重要事項説明書の説明後、上記の職員配置状況が指定基準を下回らない範囲で増減する場合があります。

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤務時間帯
1. 介護職員	標準的な勤務時間 早 番： 6：30～15：30 日 勤： 8：30～17：30 遅番①： 10：00～19：00 遅番②： 13：00～22：00 夜 勤： 21：45～ 6：45
2. 看護職員	標準的な勤務時間 早 番： 7：00～16：00 日 勤： 8：30～17：30 遅 番： 10：00～19：00
3. 生活相談員	標準的な勤務時間 日 勤： 8：30～17：30

5. 当施設が提供するサービスの概要と利用料金

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。

(利用料金は、別紙料金表をあわせてご参照ください)

①食事

- ・当施設では、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、生活習慣及び嗜好などを考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため、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…7：30～ 昼…12：00～ 夕食…18：00～

②入浴

- ・入浴又は清拭を一週間に最低2回行います。
- ・寝たきりでも機械浴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機能訓練

- ・機能訓練指導員及び担当者により、ご契約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実施します。

⑤健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥理美容

- ・理容師・美容師による理美容サービス（調髪・顔剃り・パーマ・毛染め）をご利用いただけます。

利用料金：実費負担をお願いいたします。

⑦複写物の交付

- ・ご契約者は、サービス提供についての記録をご希望により閲覧できますが、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）

⑧家電製品等の持込による電気料金

- ・ご契約者の希望による、家電製品等の持ち込みは、電気料金の実費相当をご負担いただきます。（家電製品1個につき50円/日）

⑨日常生活上必要となる諸費用

- ・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、ご契約者にご負担いただくことが適当であるもの（衣類・嗜好品等）にかかる費用をご負担頂きます。
- ・おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

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いったん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な事項を記載した「サービス利用証明書」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、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。

⑩レクリエーション

- ・当施設では、お花見や敬老会等の入居者交流の行事をおこないません。行事によっては別途費用がかかるものもございます。

■利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記の料金・費用は、サービス利用終了時に、ご利用期間分の合計金額をお支払いください。

■利用の中止、変更、追加（契約書第7条、第8条参照）

○利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護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。この場合には、サービスの実施日前日までに事業所に申し出てください。

○利用予定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お支払いいただく場合があります。但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、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	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

○サービスの利用の変更・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、他の利用可能期間を契約者に提示して協議します。

○ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

■利用料金表■

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額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度・負担割合に応じて異なります。）

（単位 円/日 ⑤～⑧を除く）

	項目	要支援1	要支援2
①	基本利用料	529	656
②	機能訓練体制加算		12
③	夜勤職員配置加算Ⅱ		18
④	サービス提供体制強化加算Ⅲ		6
⑤	口腔連携強化加算		50（月額）
⑥	介護職員処遇改善加算Ⅰ	①+②+③+④の1カ月の総額×0.083相当数	
⑦	介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	①+②+③+④の1カ月の総額×0.027相当数	
⑧	介護職員等ベースアップ等支援加算	①+②+③+④の1カ月の総額×0.016相当数	
⑨	※居住費		2,006
⑩	※食費		1,445

該当する方のみいただく主な加算（上記の基本料金に以下の料金が加算されます）

加算の内容	料金（日額）
送迎加算（郡山市及び須賀川市内にお住まいの方）	184（片道）
療養食加算	8（1食あたり）

※郡山市及び須賀川市以外にお住まいの方は、上記加算に加え別途送迎費用（20円/km）が発生いたします。

実費負担

医療費、私物品購入にかかる支払業務代行 （貴重品管理をされていない方）（1件につき）	50
電気使用料（1日につき/個数毎）	50
理美容	実費

※その他…上記の表以外に、都度必要経費を実費でいただくことがあります

※利用者負担は保険給付部分の自己負担割合に応じた額をご負担頂きます。

※サービス利用料金は、ご契約者の要介護度・負担割合に応じて異なります。

<居住費・食費について>

※特定入所者介護サービス費…ご利用者の所得に応じ、滞在費と食費が軽減されます。このサービスを受ける場合には、必ず各市町村に申請し「介護保険負担限度額認定証」を提示していただきます。

- ・第1段階（例）生活保護受給者など
- ・第2段階（例）市町村民税非課税世帯で年金等の収入が年80万円以下の方でかつ、預貯金等の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下の方
- ・第3段階①（例）市町村民税非課税世帯で年金等の収入が年80万円超120万円以下の方でかつ、預貯金等の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下の方
- ・第3段階②（例）市町村民税非課税世帯で年金等の収入が年120万円超の方でかつ、預貯金等の合計が500万円（夫婦は1,500万円）以下の方

※配偶者が市町村民税を課税されているかどうかを確認し、課税されている場合には負担軽減の対象外とする（世帯が同じかどうかは問わない）。

※令和3年8月1日より次の要件が変更となります。

- ・預貯金等について、本人の収入等に応じた金額によって各段階別で負担軽減の対象が異なる（上記参照）

※「預貯金等」には、以下のものが含まれます。

- ・預貯金（普通・定期）、有価証券（株式・国債等）、金・銀などの貴金属、投資信託、タンス預金（現金）等

介護予防短期入所利用中の1食あたりの料金は以下のとおりです。

朝食 440円（10時の飲み物代を含む）

昼食 565円（15時のおやつ代を含む）

夕食 440円

※利用者負担軽減後の日額

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	左記以外の方
居住費	820	820	1,310	1,310	2,006
食費	300	600	1,000	1,300	1,445

なお、「特定入所者介護サービス費」支給対象の場合、上記表の日額の以上の食費請求はありません。

■サービス利用中の医療の提供について■

医療を必要とする場合は、下記協力医療機関において診察や入院治療を受けることができます。

<協力医療機関>

①嘱託医

医療機関の名称	医療法人 郡山病院
所在地	郡山市清水台2丁目7番4号

②協力医療機関

医療機関の名称	ニコニコ歯科医院
所在地	郡山市安積町成田高田73番1号

医療機関の名称	寿泉堂総合病院
所在地	郡山市駅前1丁目1番17号

6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から文書による契約終了の申し入れが無い場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由が無い限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第7条参照）

1. ご契約者が死亡した場合
2. 要支援認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
3. 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
4. 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
5. 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
6. ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下（1）をご参照ください）
7. 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下（2）をご参照ください）

（1）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第8条、第9条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出下さい。

但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

1. 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
2. ご契約者が入院された場合
3. ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
4. 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める短期入所生活介護サービスを実施しない場合
5. 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
6. 事業者もしくはサービス従事者が故意また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、その他の本契約を継続し難い重大な事情が認められる場合
7. 他の利用者のご契約者の身体・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) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第10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の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、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いが1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、故意又は重大な過失により、事業所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を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

7. 残置物引取について

入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」として契約代理人を定めていただきます。

当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。また、引渡しにかかる費用については、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

8. 事故発生時の対応について

サービス提供により事故が発生した場合は、ご家族・市町村及び関係諸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は、損害賠償を速やかにおこないます。

9. 緊急時の対応について

ご契約者の病状に急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに家族及び主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関に連絡します。

10. 非常災害対策について

- ① 非常災害にそなえ、防災委員会を設置し防災計画に基づく訓練を定期的を実施いたします。
- ② 訓練は、日中及び夜間体制の避難訓練・通報訓練・救護訓練・消火訓練・搬出訓練等をおこないます。
- ③ 消防署等による定期的な査察及び、訓練指導を受けます。
- ④ 建物には、スプリンクラー及び防火シャッター・屋内外消火栓を設置しております。
- ⑤ 非常食は約3日分を備蓄しています。
- ⑥ 各設備等の定期的な保守点検を実施します。（建物・火気・電気配線等・危険物・機械設備・消防用設備）
- ⑦ 地震災害に備え、個室内の家具・電気製品等の耐震対策を各自講じていただきます。

11. 苦情の受付について（契約書第14条参照）

（1）当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

【職氏名】 生活相談員 遠山 涼介
【受付電話番号】 024-955-4271
【FAX番号】 024-955-2840
【受付時間】 8:30 ~ 17:30

○苦情解決責任者

【職氏名】 施設長 渡邊 元博

（2）第三者委員

ご契約者は、当施設への苦情やご意見を第三者委員に相談することもできます。

○第三者委員

【委員氏名】 柴山 進
三坂 朋子

（3）行政機関その他苦情受付機関

郡山市 保健福祉部 介護保険課	所在地	郡山市朝日1丁目23-7
	電話番号	024-924-3021
	受付時間	8:30~17:15
福島県 国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口	所在地	福島市中町3-7
	電話番号	024-528-0040
	受付時間	9:00~16:00
福島県社会福祉協議会 福島県運営適正化委員会	所在地	福島市渡利字七杜宮111
	電話番号	024-523-2943
	受付時間	9:00~16:30

<重要事項説明書付属文書>

1. 施設の概要

- | | | |
|----------------|-------------|----------------|
| (1) 建物の構造 | 鉄骨鉄筋コンクリート造 | 2階建 |
| (2) 建物の延べ床面積 | 4,071.12 | m ² |
| (3) 敷地面積(駐車場込) | 7,239.00 | m ² |

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

介護職員.....ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言をおこないます。

生活相談員.....ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援をおこないます。

看護職員.....主にご契約者の健康管理や療養上又は、日常生活上の支援をおこないます。

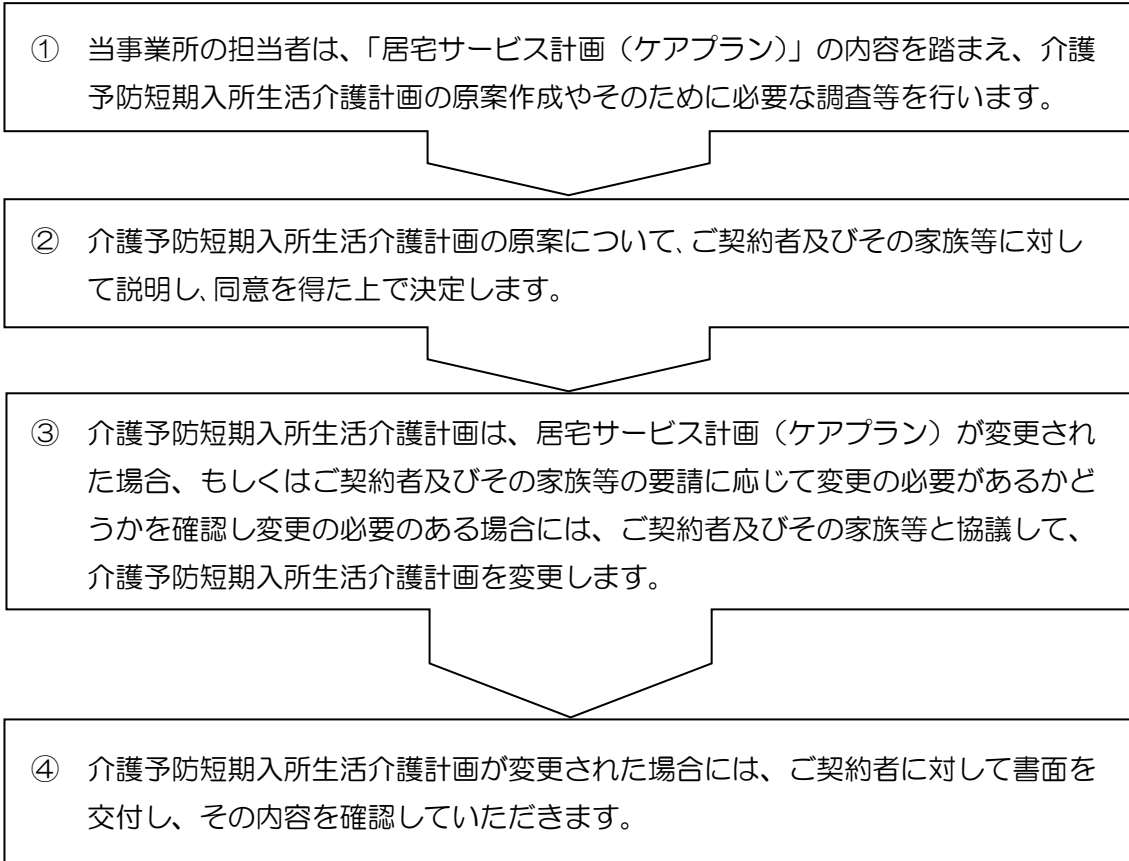
介護支援専門員.....ご契約者に係る施設サービス計画(ケアプラン)を作成します。

医師.....ご契約者に対して治療と健康管理及び療養上の指導を行います。

機能訓練指導員.....ご契約者の機能訓練を担当します。

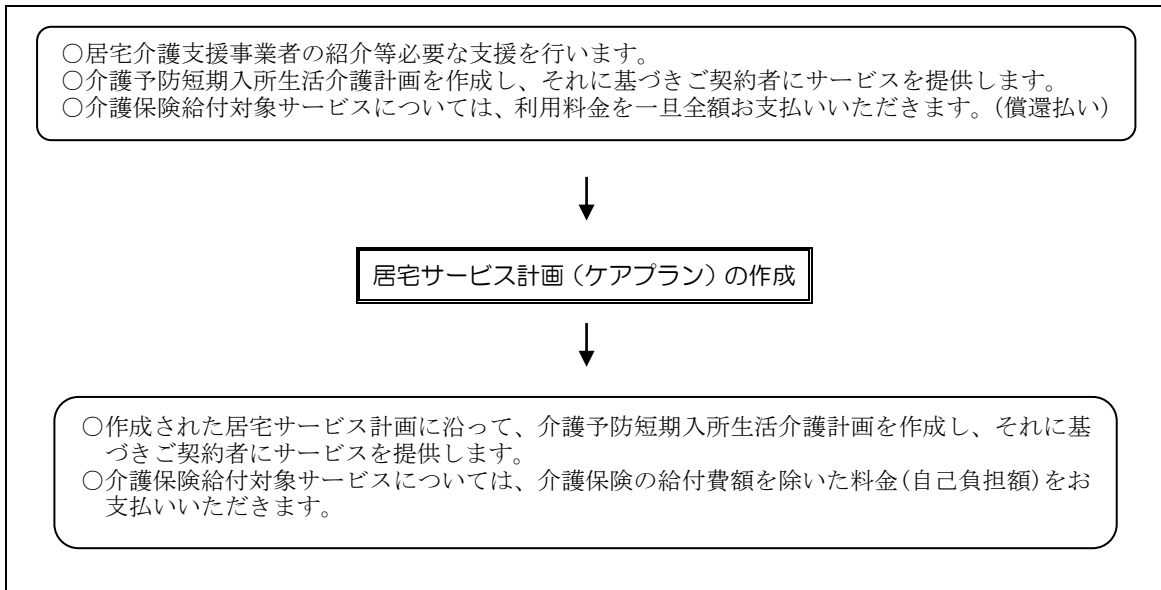
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

(1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「介護予防短期入所生活介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。（契約書第3条参照）

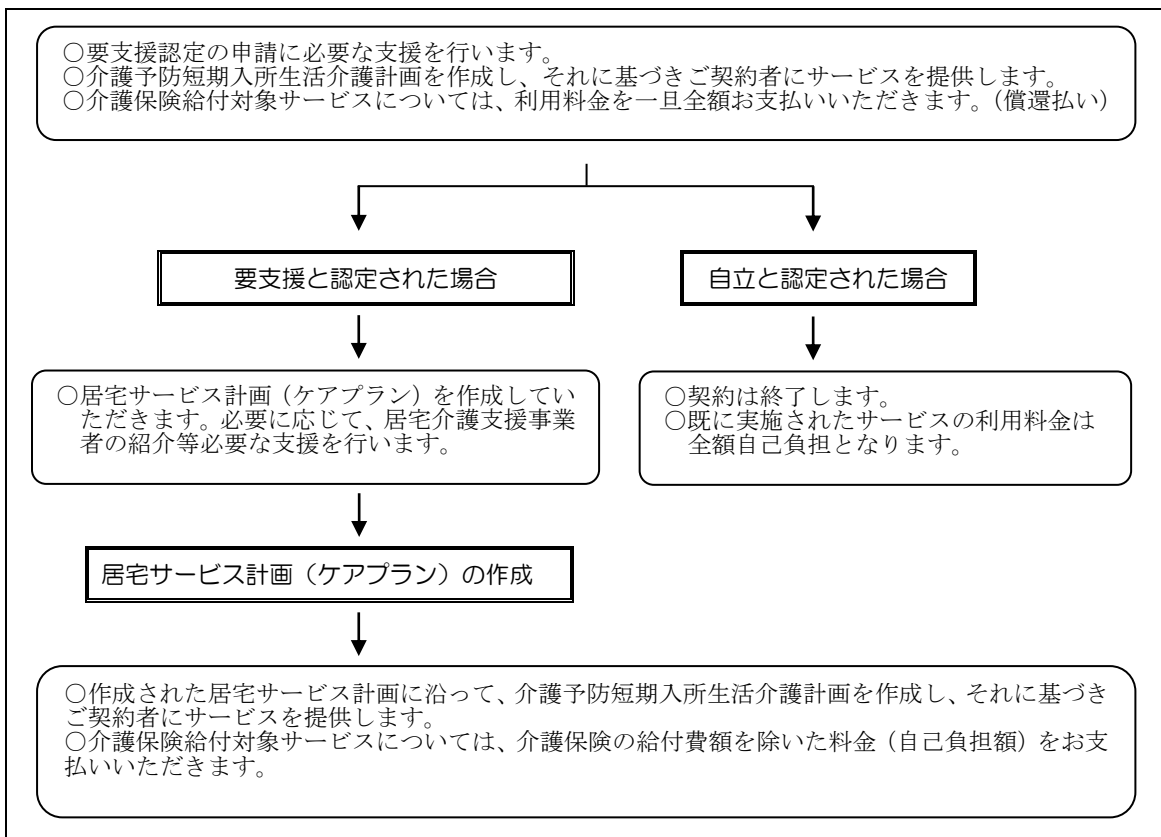


(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要支援認定を受けている場合



②要支援認定を受けていない場合



4. サービス提供における事業者の義務（契約書第4条参照）

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財物の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態を考慮し、必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、サービスを実施します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管すると共に、ご契約者又は代理人の閲覧請求に応じて開示し、複写物を交付します。
- ④ご契約者に対する身体拘束その他行動を制限する行為をおこないません。ただし、ご契約者又は他の利用者の生命・身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤事業者及びサービス従事者又は従業者は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。（守秘義務）。
ただし、より良い介護サービスを提供するため、サービス担当者会議等でご契約者又はご家族の情報を用いる事がある他、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。又、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にてご契約者の同意を得ます。
- ⑥事業者は、サービス提供時において、契約者の身体に急変その他緊急に処すべき事態事故が発生した場合は、速やかに医師又は看護職員と連携し、適切な医療処置を行うと共に、家族及び管理者への報告等必要な措置を講じます。また、事故の場場合は再発防止に努めます。

5. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保する為、下記の事項をお守りください。

(1) 外出・外泊

外出される場合は、事前にお申し出ください。

(2) 食事

食事が不要な場合は、事前にお申し出下さい。前日までに申し出があった場合には重要事項説明書5に定める「食費に係る自己負担額」は減免されます。

(3) 施設設備の使用上の注意

- 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ください。
- ②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、ご契約者の自己負担により原状に回復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③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必要があると認められる場合には、ご契約者の居室に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。ただし、その場合ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮をおこないます。
- ④当施設の他の入所者や職員に対し、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。

(4) 喫煙

定められた喫煙所以外では、敷地内での喫煙は禁止させていただきます。ご理解とご協力をお願いいたします。

6. 損害賠償について（契約書第12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、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、事業者の賠償責任を減じる場合があります。

指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護予防短期入所生活介護事業所

社会福祉法人 桜福社会 特別養護老人ホーム さくら

説明者職名..... 氏名..... 印.....

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者

住所.....

.....

氏名..... 印.....

契約代理人（身元引受人）

〒 ー

住所.....

..... 電話番号.....

氏名..... 印（契約者との続柄.....）

契約代理人（身元引受人）

〒 ー

住所.....

..... 電話番号.....

氏名..... 印（契約者との続柄.....）

請求書送付先

〒 ー

住所.....

氏名..... 印（契約者との続柄.....）