

# 短期入所生活介護重要事項説明書

## 1. 事業所名称及びサービス提供地域

事業所名	特別養護老人ホームしおかぜ南指定短期入所生活介護事業所
所在地	木更津市岩根2丁目2番2号
介護保険事業所番号	ユニット型指定短期入所生活介護 千葉県 1271102780
送迎サービスを提供する地域	木更津 袖ヶ浦 富津 君津

\* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

## 2. 職員体制

	資格	常勤	非常勤	備考
管理者	施設長／看護師	1名		
生活相談員	介護福祉士	1名以上		
機能訓練指導員	正・准看護師	1名以上		看護師と兼務
看護職員	正・准看護師	2名以上		常勤・非常勤合わせて
栄養士又は管理栄養士	管理栄養士	1名以上		
介護職員	介護福祉士他	17名以上		常勤・非常勤合わせて
調理員				業務委託
事務員		1名以上		
医師	医師		1名以上	嘱託医

\* 医師は医療法人同仁会 木更津病院の先生です。  
定期的に健康管理を行うために訪問しています。

## 3. 設備概要

定員	7名(ユニット型個室:7床 1室 10.71㎡～)		
ユニット定員(7名)	1ユニット(全室洗面付、トイレ共用)		
医務室	1室 (5.4㎡)		
浴室	1階	個人浴槽	2ヶ所 (6.21㎡)
	2階	座位式特殊浴槽	1ヶ所 (16.26㎡)
	3階	臥床式特殊浴槽	1ヶ所 (22.24㎡)

## 4. 営業日 営業時間

1年を通じて終日

## 5. サービス内容

### (1) 基本サービス

- ① 送迎
- ② 食事
- ③ 入浴
- ④ 介護
- ⑤ 機能訓練

- ⑥ 口腔ケア
- ⑦ 栄養相談
- ⑧ 生活相談
- ⑨ レクリエーション
- ⑩ 健康管理
- ⑪ 短期入所生活介護サービス計画書の作成（4日以上利用の方）

(2) その他サービス

- ① 理美容
- ② 貴重品管理

※原則、ご利用者様本人またはご家族様の管理をお願いしております。やむを得ない事情等、ご利用期間中に持参される場合は、必ず事前にご相談下さい。

- ③ その他

## 6. 利用料金

### 短期入所生活介護

#### (1) 基本料金

- ① 施設利用料（介護保険制度では、要介護認定区分により利用料が異なります。所得に応じて1割、2割、3割と自己負担金が異なります。）

介護度	基本単位	長期利用者減算適用後 (31日～60日)	長期利用者減算適用後 (61日以降)
要支援1	529単位	503単位	503単位
要支援2	656単位	623単位	623単位
要介護1	704単位	674単位	670単位
要介護2	772単位	742単位	740単位
要介護3	847単位	817単位	815単位
要介護4	918単位	888単位	886単位
要介護5	987単位	957単位	955単位

- ② 送迎加算（必要に応じて） 184単位（片道）  
 ※入退所の際に、ご自宅までの送迎をした場合に片道あたり加算します。  
 ※提供地域以外からのご利用の方は、別途送迎料金を徴収致します。送迎料金は、片道あたり5km毎に250円徴収致します。
- ③ 看護体制加算Ⅰ 4単位/日  
 ・常勤の看護師を1名以上配置している場合、加算。
- ④ 看護体制加算Ⅱ 8単位/日  
 ・当該指定短期入所生活介護事業所の看護職員の数が常勤換算方法で、利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。  
 ・当該指定短期入所生活介護事業所の看護職員により、病院または診療所もしくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保していること。
- ⑤ 夜勤職員配置加算Ⅱ 18単位/日  
 ・ユニット型短期入所生活介護費を算定していること。  
 ・夜勤基準に規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に1を加えた数以上の数の介護職員又は看護職員を配置していること。
- ⑥ サービス提供体制強化加算Ⅱ 18単位/日  
 次のいずれにも適合すること。  
 (1) 指定短期入所生活介護事業所〔特別養護老人ホーム〕の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であること。  
 (2) 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

⑦ 療養食加算 8単位

次に掲げるいずれの基準にも適合するものとして、都道府県知事に届け出て、当該基準による食事の提供を行う指定短期入所生活介護事業所別に厚生労働大臣が定める療養食を提供したときには、1日につき3回を限度として、所定の単位数に加算する。

- ・食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって、管理されていること。
- ・利用者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われていること。
- ・食事の提供が、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定短期入所生活介護事業所において行われていること。

※療養食例：糖尿病食、腎臓病食等

⑧ 介護職員等処遇改善加算 I

- ・介護職員等処遇改善加算を除いた合計の総単位数に14.0%を乗じた数が単位数となる。

\*木更津市の地域区分は、6級地となります。1単位10.33円となります。

(2) その他の料金

- |              |                               |
|--------------|-------------------------------|
| ① 滞在費        | 2,066円/日                      |
| ② 食費（実食制による） | 朝食 420円<br>昼食 630円<br>夕食 630円 |
| ③ 電気代（1品につき） | 50円/日                         |
| ④ おやつ代       | 100円/日                        |
| ⑤ 口座引き落とし手数料 | 150円                          |
| ⑥ 消耗品セット費    | 100円/日                        |

消耗品セットに記されている、物品を1つでも使用された場合は、セットとしての購入となります。

費用の種類	内容	金額
消耗品 個別提供サービス	①ペーパータオル（1パック）	68円
	②ティッシュ（5箱入り）	290円
	③ハンドソープ	580円
	④バスタオル	41円
	⑤フェイスタオル	18円
	⑥おしぼりタオル	9円
消耗品セット 提供サービス	上記①～⑥	消耗品セット：100円/日

⑦ その他

日常生活において、通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるものについては、必要な実費をいただきます。

- ⑧ 特定入所者介護サービス費が当該指定介護短期入所生活介護事業、指定介護予防短期入所生活介護事業に支払われた場合には下記表の費用額が利用者支払い額の上限とします。

- ⑨ 特定入所者介護サービスが当該指定介護短期入所生活介護事業者、指定介護予防短期入所生活介護事業者に支払われた場合は、厚生労働大臣が定める基準費用額(食費・滞在費)と当該指定介護短期入所生活介護事業者、指定介護予防短期入所生活介護事業者の定める食費及び滞在費を比較し又その額が安価な方を請求するものとします。
- ⑩ 実質的負担軽減者の特定基準費用額

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
ユニット型個室	880円/日	880円/日	1,370円/日	1,370円/日	2,066円/日
食費	300円/日	600円/日	1,000円/日	1,300円/日	1,680円/日

※利用料については、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更する場合があります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1ヶ月前までにご説明いたします。

### (3) キャンセル料

利用者の方のご都合によりキャンセルする場合は、次によりキャンセル料が必要となります。ただし、利用者の体調が急変した場合など、緊急やむを得ない場合キャンセル料はいただきません。なお、下記の掲げる食費は、第4段階の額とします。

時 期	キャンセル料
利用日の前営業日午後5時まで	無 料
利用日の当日午前9時まで	利用開始当日の食費の50%
利用日の当日9時までに連絡がない場合	利用開始当日の食費の全額

### (4) 料金のお支払い方法

毎月10日前後に、前月分の請求書を発行しますので、お支払いいただきますと領収書を発行します。

お支払い方法は、口座振替、口座振り込み、現金集金の3通りの中からご契約の際に選べます。

## 7. サービスの利用についての注意事項

### (1) サービスの利用開始

まず、お電話等でお申し込みください。当施設職員がお伺いいたします。サービスの提供の依頼を受けた後、契約を結び、4日以上利用する方には短期入所生活介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

\* 居宅サービス計画の作成を依頼している場合には、事前に介護支援専門員とご相談ください。

### (2) サービスの終了

#### ① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了する日の1週間前までに文書でお申出下さい。

#### ② 当施設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ございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

- ③ 自動終了  
 以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
- ・ 利用者が介護保険施設等に入所した場合
  - ・ 介護保険給付でサービスを受けている利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
  - ・ 利用者がお亡くなりになった場合若しくは被保険者資格を喪失したとき
- ④ その他
- ・ 当施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当施設が倒産した場合、利用者は文書で解約を通知することによってすぐにサービスを終了することができます。
  - ・ 利用者がサービス利用料の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当施設や当施設の従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、すぐにサービスを終了させていただく場合がございます。

## 8. 短期入所生活介護施設についての概要

### (1) 目的

当施設の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の看護職員、介護職員、機能訓練指導員が、要介護状態又は、要支援状態にある高齢者に対し適正な指定短期入所生活介護を提供することを目的とする。

### (2) 運営の方針

事業所の短期入所生活介護員等は、要介護者等の病状又は心身の特性を踏まえて、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、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助や機能訓練を行う。  
 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保護、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

### (3) 当法人の概要

法人名	社会福祉法人同仁会
法人所在地	木更津市岩根2丁目2番2号
代表者氏名	理事長 大日方 研

### (4) 当施設の概要

施設名	特別養護老人ホーム しおかぜ南
施設所在地	木更津市岩根2丁目2番2号
管理者	施設長 江澤 宏之
電話番号	0438-53-8705

## 9. 非常災害対策

- (1) 防災設備 スプリンクラー、自動火災報知器、避難誘導灯、通路誘導灯、消火器
- (2) 防災訓練 年3回、定期的に避難、救出その他必要な訓練(うち1回は夜間または夜間想定訓練)を行う。
- (3) 防災設備等の定期点検

## 10. 緊急時の対応

サービス提供を行っているときに入居者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、すみやかに主治医又は施設の協力医療機関への連絡を行うなどの必要な措置を講ずるほか、ご家族様、居宅介護支援事業者等に速やかに連絡致します。

主治医	氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

### 協力病院

主治医 (囑託医)	氏名	医療法人 木更津病院 檀谷 尚宏先生
	住所	木更津市岩根2丁目3番1号
	連絡先	0438-41-1551(木更津病院)

### 協力歯科医療機関

医療機関の名称	すえよしデンタルクリニック
所在地	千葉県木更津市岩根2-3-1
連絡先	0438-42-1242

## 11. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の 実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

## 12. ハラスメント対策について

事業者は、高齢者と従業員に対してより良い介護及び職場環境を実現するために、職場及び介護の現場におけるハラスメントを防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 従業員に対して、ハラスメントを防止するための研修を実施します。
- (2) サービス提供中に、当該事業所従業員又は利用者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）によるハラスメントを受けたと思われる利用者や従業員を発見した場合は、速やかに上司及び管理者、担当者に報告・相談を行います。
- (3) 事業所にハラスメントに関する担当者を置き、ハラスメント対策に関する取り組みを行います。

ハラスメントに関する担当者：相談員 本吉 基世

### 1 3. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。  
虐待防止に関する担当者：相談員 本吉 基世
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所職員等又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市区町村に通知します。

### 1 4. BCP（業務継続計画）の策定等について

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定短期入所生活介護〔指定介護予防短期入所生活介護〕の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。

2 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとします。

3 事業所は、定期的業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

### 1 5. 身体拘束等について

事業所は、当該利用者又は他の利用者等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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行いません。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、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を記録し、5年間保存します。

2 事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1)身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催し、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っています。

(2)身体的拘束等の適正化のための指針を整備しています。

(3)介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施しています。

(4) 身体拘束に関する担当者を選定しています。

身体拘束に関する担当者：相談員 本吉 基世

### 1 6. 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保等について

事業所は、業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催し、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図っています。

## 17. 衛生管理等について

事業所は、指定短期入所生活介護〔指定介護予防短期入所生活介護〕を提供する施設、設備及び備品又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行うものとします。

2 事業所は、指定短期入所生活介護〔指定介護予防短期入所生活介護〕事業所において感染症が発生し又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 18. サービス内容に対する苦情

- (1) 当社のお客様相談・苦情担当窓口 担当：本吉 基世

受付時間 月～土曜日 8：30～17：00  
電話番号：0438-53-8705 FAX：0438-53-8706

- (2) その他の苦情受付窓口

千葉県国民健康保険団体連合会  
介護保険課 苦情処理係  
電話番号：043-254-7404 FAX：043-254-9861

千葉県高齢者福祉課（千葉県健康福祉部）  
電話番号：043-221-3020

木更津市 介護保険課：0438-23-7162

袖ヶ浦市 介護保険課：0438-62-3206

君津市 高齢者支援班：0439-56-1730

富津市 介護福祉課：0439-80-1262

☆ご不明な点は何でもお尋ねください



短期入所生活介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者	所在地	〒292-0061
	名称	木更津市岩根2丁目2番2号 特別養護老人ホームしおかぜ南 指定短期入所介護事業所
	代表 事業所番号	理事長 大日方 研 (印) 1271102780
	説明者	本吉 基世 (印)

私は、契約書及び本書面により、事業者から短期入所生活介護についての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)