

ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設

特別養護老人ホームかなえ 指定介護予防短期入所生活介護(空床利用型)

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。

(山口県指定 第3570800585号)

当事業所はご契約者様に対して指定介護予防短期入所生活介護サービス(空床利用型)を提供します。

事業所の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことなど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」と認定された方が対象となります。

目次	
1. 事業者・・・・・・・・・・・・・・・・	2
2. 事業所(ご利用施設)概要・・・・・・・・	2～3
3. 設備概要・・・・・・・・・・・・・・・・	3
4. 職員配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・	4
5. 事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・	4～10
6. 事故発生時の対応・・・・・・・・・・・・・・・・	11
7. 苦情相談機関・・・・・・・・・・・・・・・・	11

社会福祉法人 鼎会

1. 事業者(施設経営法人)

(1) 法人名

社会福祉法人 鼎会

(2) 法人所在地

山口県岩国市錦見3丁目7番55号

(3) 電話番号

0827-44-2233

(4) 代表者氏名

理事長 渡辺 宗 男

(5) 設立年月日

平成12年11月27日指定

(6) 当法人理念

- ・優しさとたくましさを備え、人間尊重を基本とした、サービス提供を行います。
- ・提供事業を通して地域社会に貢献します。
- ・常に真摯に研鑽を行い、利用者へ還元します。
- ・協調と協力を旨とし、全員で高齢者をその家族の方を援助します。

2. 事業所(ご利用施設)概要

(1) 事業所の種類

指定介護予防短期入所生活介護事業所(空床利用型) 平成27年3月1日指定

※当事業は、ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設の空床を利用してサービスを提供するものです。

(2) 事業所の目的

当事業所は、介護保険法令に従い、ご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することを目的として、ご契約者に日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。

(3)事業所名

特別養護老人ホーム かなえ

(4)事業所所在地

山口県岩国市錦見3丁目7番55号

(5)電話番号

0827-44-2233

(6)管理者氏名

平田 満雄

(7)開設年月日

平成27年3月1日指定

(8)利用定員

24名(空床利用型)

(9)営業日及び営業時間

営業日 年中無休

受付時間 8:30～17:30

面会時間 9:00～20:00

3. 設備概要

居室・設備の種類	室 数	備考
個室(1人部屋)	24	洗面台あり
浴室 ※従来型特養と兼用	3	一般浴槽
	3	ストレッチャー浴・チェアーイン浴・リフト浴
医務室	1	※従来型特養と兼用
共同生活室	2	
洗面設備	24	各室に設置
トイレ	8	

(注1) 上記は厚生労働省が定める基準により、指定介護予防短期入所生活介護事業所に設置が義務付けられている設備です。これらの設備の利用にあたっては、後記5.の利用料金が必要となります。

4. 職員配置状況

当事業所では、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。

<職員の配置状況>

令和7年4月1日現在

職 種	職 員
1. 施設長(管理者)	1 名(兼務)
2. 副施設長	1 名(兼務)
3. 介護職員	14 名
4. 看護職員	7 名(兼務)
5. 生活相談員	4 名(兼務)
6. 機能訓練指導員	1 名(兼務)
7. 介護支援専門員	2 名(兼務)
8. 医師、歯科医師(嘱託)	8 名
9. 栄養士	1 名(兼務)
10. 事務員	3 名

※4月1日時点の職員数に変更のこと

<職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	早出 7:00～16:00 日勤 8:30～17:30 遅出 10:00～19:00 準夜勤 12:00～21:00 夜勤 17:00～10:00
2. 看護職員	早出 8:00～17:00 日勤 8:30～17:30
3. その他	日勤 8:30～17:30

5. 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- ①利用料金が介護保険から給付される場合
- ②利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

(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、介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食事における栄養管理費用（但し、食材料費＋調理費相当額は介護保険給付対象外）

- ・当事業所では、管理栄養士の作成した献立表により、ご契約者の栄養状態、身体の状態及び嗜好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、離床して食堂で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～ 昼食 12:00～ 夕食 17:00～

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・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。

③排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④健康管理

- ・医師や看護職員が健康管理を行います。

⑤送迎サービス

- ・ご自宅⇄施設間の送迎サービスをご利用いただけます。

⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるだけ離床に配慮します。
- ・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。

＜サービス利用料金(1日あたり)＞(契約書第7条参照)

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)と滞在費及び食費等の合計金額をお支払い下さい。

【1割負担の場合】(単位：円／日)

ユニット型個室	要支援1	要支援2
併設型介護予防 短期入所生活介護費(Ⅰ)	451	561
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10	
自己負担	479	589

送迎加算(1回につき)	184
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) (サービス費に対して)	14.0%

(注1) 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からの負担額を変更させていただきます。

(注2) 制度上の支給限度額を超えてサービス提供を受けた場合、全額自己負担となります。

〔各種加算項目〕

○生産性向上推進体制加算

利用者の安全、介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減を図るため、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入する一方、次の事項について委員会が必要な検討を行うとともに、当該事項の実施を定期的に確認した上で、それらの取組みに関する実績を事業年度ごとに厚生労働省に報告している場合

- ① 介護機器を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保
- ② 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮
- ③ 介護機器の定期的な点検
- ④ 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修

***1月あたり100円(自己負担:1割 10円、2割 20円、3割 30円)**

○サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

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。

***1日あたり180円(自己負担：1割 18円、2割 36円、3割 54円)**

○介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)

厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員等の賃金の改善等を実施するものとして

都道府県知事に届け出た事業所が、利用者に対し指定介護予防短期入所生活介護を行った場合。

＊サービス費(加算を含む)の14.0%を加算

〔減算項目〕

○長期利用者に対する介護予防短期入所生活介護

連続して31日を超えて同一の指定介護予防短期入所生活介護事業所に入所している場合であって、指定介護予防短期入所生活介護を受けている利用者に対して、指定介護予防短期入所生活介護を行った場合。

(単位：円／日)

要介護度	利用者負担額(1割負担)	利用者負担額(2割負担)	利用者負担額(3割負担)
要支援1	442	884	1,326
要支援2	548	1,096	1,644

＜サービスの概要と利用料金＞

①滞在費（1日あたり）

ユニット型個室 2,066円

但し、滞在費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている滞在費の負担限度額とします。

②食費（食材料費＋調理費相当額）

朝食 355円 昼食 550円 夕食 540円 合計 1,445円

但し、食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度とします。

○負担限度額

利用者負担段階	滞在費	食費
基準費用額	2,066円	1,445円
第1段階	880円	300円
第2段階	880円	600円
第3段階①	1,370円	1,000円
第3段階②	1,370円	1,300円

③おやつの自己負担について

おやつ代 1日あたり70円

④特別な食事(嗜好品を含む)

ご契約者のご希望に基づき特別な食事を提供させていただくこともあります。

＊利用料金 実費相当額

⑤理容・美容

月に2回(第2・4月曜日)、理美容師の出張による理髪サービス(調髪、顔剃り)をご利用いただけます。

＊利用料金 1回あたり2,000円(顔剃りは+1,000円)

⑥レクリエーション活動

ご契約者の希望によりレクリエーションに参加していただくことができます。

＊利用料金 材料代等の実費

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原則いつでも閲覧できますが、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。

＊利用料金 1枚あたり10円

⑧日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品及び歯科用品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。なお、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。

⑨テレビ貸出

＊利用料金 1日あたり70円

⑩サービス提供実施区域

岩国市(但し、島部を除く)

⑪岩国市以外送迎代金

岩国市以外からご利用されるご契約者は、厚生労働大臣が別に定める場合を除き、加算をいただきます。

- ・ 本事業所から片道10キロメートル未満 200円
- ・ 本事業所から片道10キロメートル超える毎 200円増し

(3) 利用料金のお支払方法

前期(1)(2)の料金・費用は、当月締めで、翌月20日に指定の金融機関から自動引き落としさせていただくか、郵便局からの振り込みになります。

(自動引き落とし)

「指定の金融機関」

金融機関	口座手数料
西京銀行	22円
ゆうちょ銀行	10円

(振り込み)

「ゆうちょ銀行のみ」

	振込手数料	
	5万円未満	5万円以上
ATM	152円	366円
窓口	203円	417円

(4) 利用の中止・変更・追加

○利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、指定介護予防短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更、若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担当の介護支援専門員を通して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ご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、他の利用可能日時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。

6. 事故発生時の対応

- (1) 迅速な事故処理を行います。
- (2) ご契約者の家族、市町村に連絡を取ります。
- (3) 損害賠償の責めを負う必要があるときは速やかに応じます。
- (4) 再発防止策を講じます。

7. 守秘義務について

事業者及び従業員は、業務上知り得たご契約者又はその家族に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は本契約が終了した後も継続します。

8. 苦情相談機関

苦情相談担当	生活相談員 小林 弘幸、大田 和美、亀川 あい、竹中 美由紀 介護課長 松本 武大
苦情解決責任者	施設長 平田 満雄
第三者委員	中村 恵子 〒740-0016 岩国市三笠町2丁目6-39-1 (電話) 0827-21-4921
	丸田 英子 〒742-0033 柳井市新庄951 (電話) 0820-22-5737
	佐川 美佐枝 〒742-2101 山口県大島郡周防大島町西三蒲1428 (電話) 090-2297-9314
外部苦情 申立機関	岩国市役所 介護保険課 〒740-0017 岩国市今津町1丁目14-51 (電話) 0827-29-2511 (FAX) 0827-22-0298
	山口県 長寿社会課介護保険班 (県庁5階) 〒753-8501 山口県山口市滝町1-1 (電話) 083-933-2774 (FAX) 083-922-3022
	山口県 国民健康保険団体連合会 介護保険課 〒753-8520 山口県山口市朝田1980-7 (電話) 083-995-1010 (FAX) 083-934-3665

令和 年 月 日

指定介護予防短期入所生活介護サービス(空床利用型)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 特別養護老人ホーム かなえ

説明者職名

生活相談員

氏名

㊞

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(空床利用型)の提供開始に同意しました。

契約者

住所

氏名

㊞

代理人

住所

氏名

㊞

続柄

電話番号