

短期入所生活介護 重要事項説明書

<令和6年6月1日現在>

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 邦進会
代表者名	理事長 小島 國利
所在地・連絡先	(住所) 〒292-0034 千葉県木更津市伊豆島 671 番地 (電話) 0438-97-1811 (FAX) 0438-97-2011

2 事業所（ご利用施設）

施設の名称	ユニット型 特別養護老人ホーム かもめの森ショートステイ		
所在地・連絡先	(住所) 〒292-0034 千葉県木更津市伊豆島 671 番地 (電話) 0438-97-1811 (FAX) 0438-97-2011		
事業所番号	千葉第 1271101840 号	指定年月日	平成 25 年 2 月 1 日
施設長の氏名	施設長 石井 丈詞		

3 施設運営の基本理念

少子高齢化・人口減少時代の到来を迎え、福祉・介護のニーズは様々な社会変動などに応じつつ増大し、また多様化・高度化していく傾向にあります。

こうした中、戦後の復興に尽力し高度経済成長時代を支え、現在の私たちの生活の礎を築いていただいた高齢者の方々に、個人が人として尊厳を持って、家庭や地域の中でその人らしい安心した生活が送れるような施設を提供し、地域に貢献することができるよう、社会福祉法人邦進会を設立し、特別養護老人ホーム「かもめの森」を開設いたしました。

私たちは、今後「福祉は人なり」を実践し、利用者やご家族へのわかりやすい説明・円滑なコミュニケーション・情報の共有などを通して信頼関係を築き、サービスを効率的・一体的・継続的に提供できるよう努めるとともに、地域に貢献してまいります。

4 施設の概要

(1) 構造等

敷地		8879.45 m ²
建物	構造	R C 造 2 階建
	延べ床面積	3985.23 m ²
	利用定員	短期入所生活介護 10 名

(2)

居室の種類	室数	面積
ユニット型個室	10 室	13.31 m ² (最小面積)

(3) 主な設備

設備	室数	面積
共同生活室 (2 階) (短期入所生活介護)	1 室	32.66 m ²
浴室 (2 階)	1 室	2 階 12.90 m ² (個別浴槽)
浴槽 (1 階)	1 室	1 階 28.92 m ² (特殊浴槽)
診療室・処置室 (1 階)	1 室	11.06 m ²

5 施設の職員体制

従業者の職種	区分				常 勤 換 算 (人)	資格等	職務の内容
	常 勤 (人)		非 常 勤 (人)				
	専 従	兼 務	専 従	兼 務			
施設長		1			1		施設業務を統括する
生活相談員		1			1	社会福祉主事任用	利用者の生活相談 処遇の企画
介護職員		12		10	18.2	介護福祉士 訪問介護 2 級	利用者の日常生活の 介助・援助
看護職員				2	1.5	看護師	診療の補助 利用者の健康管理
栄養士		1			1	管理栄養士	食事業務全般と利用 者の栄養指導

機能訓練指導員				1			機能の改善、減退防止の指導訓練
介護支援専門員		1			1	介護支援専門員	介護計画作成
医師				1		医師	利用者の診療

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長	正規の勤務時間帯	週 2 日
生活相談員	正規の勤務時間帯	
介護職員	早番（7：00～16：00） 日勤（8：30～17：30） 遅番（11：00～20：00） 夜勤（17：00～翌 9：00）	
看護職員	正規の勤務時間帯	
栄養士	正規の勤務時間帯	
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯	
介護支援専門員	正規の勤務時間帯	
医師	毎週 1 回（月）14：00～16：00	

7 施設サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種類	内容
食事	（食事時間）朝食 07：30～08：30 昼食 11：30～12：30 おやつ 15：00～15：30 夕食 17：30～18：30 利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立について適切な援助を行います。
入浴	目安として 1 週間ご利用の場合、利用中に 2 回の入浴又は清拭を行います。1 泊 2 日ご利用の場合、利用中に 1 回の入浴又は清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立について適切な援助を行います。

離床、着替え、整容等	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。
機能訓練	機能訓練指導員により入所者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 日常生活に適した動作が行えるよう支援します。
健康管理	看護師による身体確認を行い、日常の健康管理に努めます。 体調不良の場合、家族へ連絡し状況を説明して医療機関への受診をお願いします。
レクリエーション等	入居者が希望されるクラブ活動等を計画・実施します。
相談及び援助	入所者とその家族からのご相談に応じます。

イ 費用

原則として料金表の利用料金の 1 割が利用者の負担額となります。利用者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料全額をお支払ください。利用料のお支払と引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料償還払いを受けるときに必要となります。

【利用料】

○基本サービス利用料（1 日につき）

併設型ユニット型短期入所介護費（Ⅰ）※ユニット型個室

介護度	単位数	利用料	1 割負担額
要支援 1	529	5,464.5 円	546.5 円
要支援 2	656	6,776.4 円	677.6 円
要介護 1	704	7,272.3 円	727.2 円
要介護 2	772	7,979.7 円	797.9 円
要介護 3	847	8,749.5 円	874.9 円
要介護 4	918	9,482.9 円	948.2 円
要介護 5	987	10,195.7 円	1019.5 円

（1 単位＝10.33 円）

○加算（1日につき）

加算	加算条件	加算額	1割負担
機能訓練体制加算	機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置している場合	12単位	12.3円
療養食加算	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。入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事が提供されている場合。（1食ごとに） 糖尿病食・腎臓病食・肝臓病食など	8単位	8.26円
送迎加算	利用者の心身の状態、家族等の事情からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対して、ご自宅と事業所との間の送迎を行う場合（片道）	（片道） 184単位	（片道） 190.0円
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単位	4.13円
看護体制加算（Ⅱ）	看護師の割合が入所者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、必要人員に1を加えた数以上である場合 当該施設の看護職員により、又は病院、診療所若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場合	8単位	8.26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以上の場合。	18単位	18.5円
夜勤職員配置加算（Ⅱ）	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に1を加えた数以上である場合。	18単位	18.5円

ウ 介護職員等処遇改善加算

○所定単位数（サービス利用料+加算）にサービス別単位数を乗じて算定します。

エ 地域区分

○地域区分とは、地域間に存在する格差を勘案し、1単位の単位に差を設けることです。

通常1単位＝10円となっています。木更津市6級地 1単位＝10.33円

請求金額につきましては、小数点以下のない円 請求になります。

オ 料金の変更等

○事業者は介護保険法令等の改正により介護保険給付の変更、またはサービスに変更があった場合、利用者に対してサービス利用料金の変更をすることができます。

○利用者が料金の変更に承諾する場合、新たな料金に基づく利用料金表【別紙】を作成しお互いに取り交わすこととします。

○利用者は、料金の承諾をできない場合には、契約を解除することができます。

カ キャンセル料

○利用開始日の前日午後 5 時まで連絡をいただいた場合＝無料

○利用開始日当日までに連絡がなくサービスを中止した場合＝¥1,700 円（食事費用負担額）

(2) 介護保険給付対象外サービス

種 類	内 容	利 用 料
食 事	食事の提供に要する費用	朝 500 円 昼 600 円 夜 600 円
居住費	居住に要する費用	日額 2,006 円（個室） 日額 855 円（多床室）
日常生活品	歯ブラシ、箱ティッシュ、石鹸、シャンプー、洗面用具等日用品の費用	日額 100 円
理髪・美容	ご利用期間中に希望された場合に、理髪店の出張による理髪サービスを利用いただけます。	1 回 2,000 円
テレビ貸出	ご希望により、居室に貸出します。	日額 100 円
洗濯代	施設洗濯費用として	1 回 500 円
レクリエーション行事	施設で行う様々な行事等にかかる特別な費用 参加については任意となります。	実費負担

8 利用料等のお支払方法

毎月、10 日までに算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、19 日までに指定口座にご用意ください。

20 日に自動振替させていただきます。

※入金確認後、次月請求書発行時に領収書を送ります。

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当施設お客様相談窓口	相談窓口 生活相談員 加藤 逸恵・小松 奈津恵 ご利用時間 9:00～17:00 ご利用方法 電話 (0438-97-1811)
------------	--

10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホームかもめの森 消防計画」にのっとり対応を行います。												
避難訓練及び防災設備	別途定める「特別養護老人ホームかもめの森 消防計画」にのっとり年 3 回昼間及び夜間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して行います。 <table border="1"> <tr> <td>設備名称</td><td>設備名称</td></tr> <tr> <td>スプリンクラー設備</td><td>防火扉</td></tr> <tr> <td>避難階段（外部）</td><td>屋内消火栓</td></tr> <tr> <td>自動火災通報設備</td><td>消火器</td></tr> <tr> <td>誘導灯</td><td>自動火災報知設備</td></tr> <tr> <td>非常放送設備</td><td></td></tr> </table> カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。	設備名称	設備名称	スプリンクラー設備	防火扉	避難階段（外部）	屋内消火栓	自動火災通報設備	消火器	誘導灯	自動火災報知設備	非常放送設備	
設備名称	設備名称												
スプリンクラー設備	防火扉												
避難階段（外部）	屋内消火栓												
自動火災通報設備	消火器												
誘導灯	自動火災報知設備												
非常放送設備													
消防計画等	木更津消防署への届出日：平成 24 年 12 月 27 日 防火管理者：石井 丈詞												

11 協力医療機関

医療機関	病院名及び所在地	木更津東邦病院 〒292-0036 木更津市菅生 725-1
	電話番号	0438-98-8111
	診療科	整形外科、内科、皮膚科、 脳外科、形成外科
	入院設備	86 床（一般病床 86 床）
歯科	病院名及び所在地	松清歯科医院 〒292-0042 木更津市清見台南 1-9-7
	電話番号	0438-98-1818

12 施設の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 9:00～17:00 来訪者は面会時間を遵守し、事務所にて ID カードを受け取ってください。終了後は、ID カードを事務所に返却してください。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないでください。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入所者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

13 緊急連絡先

番号	氏 名	続 柄	住所・電話番号
①			住所 TEL
②			住所 TEL
③			住所 TEL

14 主治医

病院・医院名		医師名	
住所・連絡先	〒	TEL	
病院・医院名		医師名	
住所・連絡先	〒	TEL	

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、短期入所生活介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 千葉県木更津市伊豆島 671 番地
施 設 名 ユニット型特別養護老人ホーム
 かもめの森ショートステイ
(事業所番号) 千葉第 1271101840 号
代表者名 理事長 小島 國利 ㊞

説明者 職 名 生活相談員

氏 名 ㊞

私は、重要事項説明書に基づいて、短期入所生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 氏 名 ㊞

住 所 _____

代理人（選任した場合） 氏 名 ㊞

住 所 _____

(利用者との続柄) _____