介護予防短期入所生活介護サービス重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（金沢市指定 第 1770100152 号）

当事業所は、契約者に対して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されるサービスの内容、契約上注意していただきたいこと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。ただし、認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

１　事業者
２　事業所の概要
３　職員の配置状況
４　当事業所が提供するサービスと利用料金
５　サービス提供における事業所の義務
６　サービスの利用に関する留意事項
７　苦情等の受付
８　第三者評価の実施状況

１　事業者

（１）事業者名　社会福祉法人　陽風園
（２）事業者所在地　石川県金沢市三口新町１丁目８番１号
（３）電話番号　０７６－２６３―７１０１
（４）代表者氏名　理事長　　平嶋　正実
（５）認可年月日　昭和２７年５月９日

２　事業所の概要

（１）事業所の種類　介護予防短期入所生活介護
平成 18 年 4 月 1 日指定　金沢市　第 1770100152 号
当事業所は、特別養護老人ホーム第二万陽苑に併設されています。また、特別養護老人ホーム第二万陽苑の空床を利用することがあります。
（２）事業の目的　要支援認定者と利用契約を締結し、ケアプランに沿ったサービスを提供します。
（３）事業所の名称　第二万陽苑短期入所サービス
（４）事業所の所在地　石川県金沢市大桑町中ノ大平１８番地２５
（５）電話番号　０７６－２４３－０１０１
（６）事業所管理者氏名　榮田　和也
（７）当事業所の運営方針　契約者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にサービスを提供します。
（８）開設年月日　昭和６０年７月１日
（９）通常の事業の提供地域　金沢市

(10) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	９：００～１７：３０

(11) 利用定員　　１０人

(12) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備を用意しています。利用される居室について、希望がある場合は、その旨申し出て下さい。(ただし、契約者の心身の状況や居室の空き状況により希望に添えない場合もあります。)

また、居室の変更をお願いする場合があります。その際には、契約者及び身元引受人と協議の上、決定するものとします。

居室・設備の種類	室数	備考
個室（一人部屋）	10 室	
食堂	1 室	
機能訓練室	1 室	〔主な設備機器〕平行棒等
浴室	2 室	機械浴、一般浴
医務室	1 室	

上記は、厚生労働省が定める基準により、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施設・設備です。

※空床利用の場合は多床室となります。

３　職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して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　種	配置人数
１．施設長（管理者）	１　名
２．介護職員	５０　名以上
３．生活相談員	２　名
４．看職職員	４　名以上
５．機能訓練指導員	１　名
６．医師（嘱託）	（１）名
７．管理栄養士（栄養士）	１　名

職員の配置については、指定基準を遵守しています。

事業規模の変動に応じ、職員配置が変わることがあります。

＜主な職種の勤務体制＞

職　種	勤務体制	
１．介護職員	早番	７：３０～１６：３０
	中番	８：３０～１７：３０
	遅番	１０：００～１９：００
	夜勤	１５：３０～　９：３０

２．看護職員	早番 中番 遅番	８：００～１７：００ ８：３０～１７：３０ ９：００～１８：００
３．医師（嘱託）	火曜日・木曜日	１４：００～１７：００

４　当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、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に定める通りです。

（１）介護保険の給付の対象となるサービス （２）介護保険の給付の対象とならないサービス

〈サービスの概要〉

以下のサービスについては、原則９割、８割又は７割が介護保険から給付されます。

入浴

・入浴又は清拭を週２回以上行います。
・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

排泄

・排泄の自立を促すため、契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

機能訓練

・機能訓練指導員等により、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。

健康管理

・医師や看護職員が、健康管理を行います。

その他自立への支援

・寝たきり防止のため、できるかぎ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。
・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。

（１） 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第４条関係）

① 介護予防短期入所生活介護サービス費

・契約者の要支援度に応じた利用料金をいただきます。

② サービス提供体制強化加算

・利用者定員・人員基準が適合しており、かつ介護職員のうち、介護福祉士の占める割合、又は勤続年数のいずれかが一定要件以上配置されている場合に、加算料金をいただきます。

③ 生産性向上推進加算

・利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び介護職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に実施している場合に、加算料金をいただきます。

④ 介護職員等処遇改善加算

・厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善策及び職場環境等要件に対する取り組みを実施している場合に、定められた加算料金をいただきます。

⑤ 療養食加算

・医師の指示に基づく療養食を提供した場合、加算料金をいただきます。

⑥ 送迎加算

・居宅と事業所との間に送迎を行う場合、加算料金をいただきます。

※　各種加算については､対象となった場合､加算料金をいただく場合があります。

（２）介護保険の給付の対象とならないサービス（契約書第５条関係）

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

① 居室の提供

・当事業所の居室は、「２（12）居室等の概要」に記載のとおりです。

② 食事の提供

・当事業所では、管理栄養士（栄養士）が作成する献立表により、栄養及び契約者の身体の状況並びに嗜好を考慮した食事を提供します。

・契約者の自立支援のため、離床して食堂にて食事を摂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～　９：００
　　昼　食　１１：３０～１３：００
　　夕　食　１７：３０～１９：００

③ レクリエーション、集い活動

・契約者の希望により、レクリエーションや集いに参加していただくことができます。その場合、材料代等の実費をいただきます。

④ 複写物の交付

・契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。複写物を必要とする場合には、一枚につき１０円の複写費用をいただきます。

⑤ 日常生活上必要となる諸費用

・契約者の日常生活に要する費用で契約者が負担することが適当であるものについては実費をいただきます。

・日常生活用品（衣服、内履き、歯ブラシ等）は、実費となります。

・施設内において使用するおむつ代は、介護保険給付対象のため負担の必要はありません。

（３）利用料金の支払い方法（契約書第６条第５項関係）

前記（１）、（２）の料金・費用は、１か月ごとに計算し請求しますので、翌月２０日までに、以下のいずれかの方法で支払ってください。

ア　金融機関口座からの自動引き落とし

イ　指定口座への振込み（振込み手数料は、契約者の負担となります。）

　　北國銀行　大桑橋支店

　　口座番号　普通預金　４３６８５

　　口座名　　特別養護老人ホーム第二万陽苑

※　上記以外の支払い方法についてはご相談下さい。

５　サービス提供における事業所の義務（契約書第９条、第１０条関係）

当事業所は、契約者に対してサービスを提供するにあたって、契約書第９条及び第１０条を守ります。その際の留意事項は、以下のとおりです。

（１） 身体拘束等の適正化のための措置

契約者又は他の契約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、身体拘束その他契約者の行動を制限する行為を行わないため、指針を整備し

職員による委員会を開催し、職員に研修を実施します。

（２） 虐待防止のための措置

① 虐待の発生又はその再発を防止するため、指針を整備し、職員による委員会を開催し、職員に研修を実施します。

② 虐待防止の措置を適切に実施する担当者を以下の通り定めます。(第二万陽苑運営規程第４０条の２第４号)

虐待防止責任者　施 設 長　榮田　和也

虐待防止担当者　副施設長　吉田　貴之

（３）事故発生時の対応方法（契約書第９条第６項関係）

① 契約者に対する短期入所生活介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該契約者の家族、当該契約者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

② 事業所は、事故の状況及び事故に際してとった措置について記録を残します。さらに、原因の解明と再発防止策を講じるように努めます。

③ 契約者に対する短期入所生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

（４）緊急時における対応方法（契約書第９条第７項関係）

短期入所生活介護の提供中に、契約者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又は以下に示す協力医療機関等に連絡する等の必要な措置を講じます。

① 協力病院

医療機関の名称	金沢市立病院
所在地	金沢市平和町３丁目７番３号
診療科	内科、神経内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、理学療法科、放射線科、麻酔科・ペインクリニック科、内分泌・糖尿病内科
医療機関の名称	金沢赤十字病院
所在地	金沢市三馬２丁目 251 番地
診療科	内科、呼吸器科、循環器科、消化器科、外科、整形外科、産婦人科、眼科、小児科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科、放射線科、麻酔科、リハビリ科、健診部

② 協力医療機関

医療機関の名称	陽風園診療所
所在地	金沢市三口新町１丁目８番１号
診療科	内科

③ 協力歯科医療機関

医療機関の名称	丘村歯科医院
所在地	金沢市平和町２丁目２１番２２号
医療機関の名称	中嶋歯科医院
所在地	金沢市東山３丁目２４番１０号

６　サービスの利用に関する留意事項

（１）　介護予防短期入所生活介護サービス利用中の家族連絡

必要な家族連絡は､原則として､身元引受人に対してさせていただきます｡ただし、緊急に連絡が必要な場合は、他の家族等に伝達をお願いする場合があります。

（２）　面会

面会時間は、事前予約制とし、原則として面会時間は９：００～１７：００までとさせていただきます｡来訪者は､必ずその都度事務所窓口の面会票にご記入願います。また、来訪される場合、食べ物等の持ち込みは職員にご相談下さい。

（３）　外出

外出をされる場合は、前日まで（ただし、緊急やむを得ない事情を除く）に届け出て下さい。

（４）　食事

食事が不要の場合は、前日まで（ただし、緊急やむを得ない事情を除く）に届け出て下さい。

７　苦情等の受付（契約書第２４条関係）

（１）当事業所における苦情等の受付

当事業所における苦情等は、以下の専用窓口で受け付けます。また、第三者委員も直接苦情を受け付けることが出来ます。第三者委員は円滑に苦情を解決するため、双方への助言や話し合いへの立会いなども致します。苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円満な解決に努めます。

○苦情解決責任者

施　設　長　　榮　田　　和　也

○受付窓口

担　当　者　　副　施　設　長　　吉　田　　貴　之

代理担当者　　副　施　設　長　　白　石　　律　子

○受付時間

月曜日～金曜日（祝日、年末年始は除く）　８：３０～１７：３０

○第三者委員

城崎　亮	金沢市みずき 4-45	０９０－７０８０－８６８６
髙窪　香代	金沢市別所町ヲ 90-2	０９０－５６８６－９８５５
山岸　清隆	金沢市三口新町１丁目５番６号	０９０－３７６８－１４２０

（２）行政機関及びその他苦情受付機関

①　金沢市介護保険課

・要介護認定、保険料の決定など市の対応に関すること、サービス事業者・介護保険施設に対する不満などの苦情や相談を受け付けます。

電話	０７６－２２０－２２６４
電子メール	kaigo@city.kanazawa.lg.jp

②　金沢市介護保険運営協議会苦情等専門部会

・介護保険の権利擁護委員が契約者の権利や利益を守るため、苦情の申立てや相談を受け付けます。

金沢市介護保険課内	０７６－２２０－２２６４

③　石川県国民健康保険団体連合会

・介護保険サービスに関する相談窓口を設置しています。

介護サービス苦情１１０番	０７６－２３１－１１１０
電子メール	kaigo110@sr.incl.ne.jp

④　石川県介護保険審査会

・要介護認定など市の行った処分に対して、通知書を受け取った日の翌日から６０日以内に審査請求をすることができます。

石川県長寿社会課	０７６－２２５－１４１６

⑤　石川県福祉サービス運営適正化委員会　　石川県社会福祉協議会内

電話	０７６－２３４－２５５６
電子メール	sou@isk-shakyo.kanazawa.or.jp

８　第三者評価の実施状況

第三者評価の実施状況について直近なし。

令和　　年　　月　　日

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。

第二万陽苑短期入所サービス
説明者　　職名

氏名　　印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、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

私は、契約者からの委任又は家庭裁判所の審判に基づく契約者の代理人として、事業所から重要事項の説明を受け、契約者に代わって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。

代理人　　住所

氏名　　印
（契約者との関係　　）

私は、契約者が事業所から重要事項の説明を受け、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たことを確認しましたので、契約者の依頼を受け、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行人　　住所

氏名　　印
（契約者との関係　　）

身元引受人　　住所

氏名　　印
（契約者との関係　　）

身元引受人に変更があった場合には、事業所までお届けくださるようお願いいたします。