

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

1 施設が提供するサービスの相談窓口

担当 : 生活相談員 鎗田真澄

電話 : 0475-47-1313 FAX 0475-40-7855

受付時間 : 月曜日～金曜日、午前9時00分～午後5時00分まで

2 ショートステイザイクスヒル長南の概要

(1) 名称及び所在地

名称	ショートステイサービス ザイクスヒル長南
所在地	千葉県長生郡長南町芝原3050番地
介護保険指定番号	短期入所生活介護 (千葉県 1277100051号) 介護予防短期入所生活介護

(2) 職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1名		1名
医師		1名	1名
生活相談員	1名		1名
介護支援相談員	1名		1名
管理栄養士	1名		1名
介護職員	15名	8名	23名
看護職員	2名	2名	4名
機能訓練(看護職員兼務)	2名	2名	4名
事務職員	2名	3名	5名

(3) 設備の概要

定員	4名	静養室	1室(2床)
居室(2人部屋)	2室(1室21.7㎡)	医務室	1室
浴室	一般浴槽 (リフト付き) 特殊浴槽	食堂	142.8㎡
		機能訓練室	88.3㎡
		談話室	1室

3 サービス内容

介護内容 食事、入浴、排泄、健康管理、その他日常生活介護全般
機能訓練、レクリエーション、理・美容サービス、送迎

4 利用料金

(1) 施設利用料

【1割負担】

要介護状態区分	多床室 (単位数)	従来型個室 (単位数)
要支援1	451	438
要支援2	561	545
要介護度1	603	586
要介護度2	672	654
要介護度3	745	724
要介護度4	815	792
要介護度5	884	859

【2割負担】

要介護状態区分	多床室 (単位数)	従来型個室 (単位数)
要支援1	902	876
要支援2	1,122	1,090
要介護度1	1,206	1,172
要介護度2	1,344	1,308
要介護度3	1,490	1,448
要介護度4	1,630	1,584
要介護度5	1,768	1,718

【3割負担】

要介護状態区分	多床室 (単位数)	従来型個室 (単位数)
要支援1	1,353	1,314
要支援2	1,683	1,635
要介護度1	1,809	1,758
要介護度2	2,016	1,962
要介護度3	2,235	2,172
要介護度4	2,445	2,376
要介護度5	2,652	2,577

(2) 一定以上所得者の利用負担料

- ・ 1割負担 第1号被保険者 本人合計所得金額160万円未満
同一世帯の第1号被保険者 年金収入+その他の合計所得
単身：280万円未満 2人以上世帯：346万円未満
- ・ 2割負担 第1号被保険者 本人合計所得金額160万円以上220万円未満
同一世帯の第1号被保険者 年金収入+その他の合計所得

(6) その他の料金

- ① 個人でラジオ・テレビをご覧になる方については、別途電気設備日として1日50円ご負担いただきます。
 - ② 理・美容代 実費をご負担ください
 - ③ その他、サービス提供とは区別され入所者による負担が適当と判断される費用
- ※ 行事参加費は実費負担になります。

(7) 受診のための料金

体調の変化により受診の必要が認められた場合、ご家族に連絡がとれずご家族に代わり職員が同伴受診をせざるを得ない場合、職員1人、1時間につき1,000円の料金を頂きます。また、契約者の状態により安全を考慮し2人の職員が随行した場合は2人分の料金となります。診察料は別料金となります。

(8) キャンセル料

入所前に契約者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

- ① 入所日の前日の午後5時までにご連絡いただいた場合 無料
- ② 入所日の前日の午後5時までにご連絡がなかった場合 1日の料金の50%

(9) 利用中の中止

利用途中にサービスを中止して退所する場合、退所日までの日数を基に計算します。以下の事由に該当する場合、利用途中でもおサービスを中止する場合があります。

- ① 契約者が途中退所を希望した場合
- ② 入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ③ 利用中に体調が悪くなった場合
- ④ 契約者の心身及び生活状況が、他の利用者の生命の維持に重大な影響を及ぼす恐れがある場合、通常のサービスではこれを防止することが出来ないと判断される場合。
- ⑤ 下記の行為は、ハラスメントにあたいする可能性があり、サービスを中止させていただくことがありますので、ご理解、ご了承ください。
 - ・職員または他の利用者・入所者に対し、暴力または乱暴な言動等がある場合。
 - ・職員または他の利用者・入所者に対し、セクシャルハラスメント（体を不要に触る、不用意に手を握る等）の行為がある場合。

(10) 支払方法

当月の料金の請求書を翌月の10日より請求をいたします。翌月25日に指定の口座に、口座振替（または、銀行振込）によりお支払い下さい。お支払いを受けたときは、領収書を発行いたします。なお、口座振替の場合、振替毎に手数料として別途55円が銀行から請求されます。また、当日の引落としができなかった場合、契約者は速やかに事業者の指定する口座に支払うものとし、この場合の手数料は契約者の負担とします。

① 利用料金の支払い方法

支払方法	口座引落とし ・ 振込 ・ その他
契約者氏名	氏名
	住所 電話
振替口座	銀行・金庫 支店 口座名

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用申込み

- ① 電話にて、ショートステイザイクスヒル長南にご連絡ください。
- ② 居宅介護計画・介護予防サービス計画の作成を依頼されている場合は、事前に介護支援専門員・保健師等とご相談ください。

(2) ショートステイサービス利用の説明

当事業者が利用前にくわしい説明をいたします。その際、責任もってお世話させていただくためにかかりつけ医の診断書又は主治医意見書を提出していただきます。(自己負担)

(3) サービス利用契約の終了

① 契約者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書でのお申し出により、いつでも解約できます(この場合、その後の予約は無効となります。)

① 自動終了

- ・ 契約者が他の介護保険施設に入所した場合
- ・ 契約者がお亡くなりになった場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けている契約者の要介護認定区分が非該当(自立)と認定された場合
- ・ 契約者が、サービス料金の支払いを1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15日以内に支払われない場合
- ・ 契約者やそのご家族などが、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

6 当施設のサービスの特徴

(1) 運営方針

契約者の意思及び人格を尊重し、契約者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、契約者の心身機能の維持並びに契約者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図るよう努めるものとする。契約者の家族との連絡を密に図るとともに、事業者の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービス機関との連携を図りながら総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(2) サービス利用にあたっての留意事項

- ① 予約の受付 3か月前より受付を開始します。施設へ直接又は、担当居宅介護支援事業所を通じてお申し込みください。
- ② 面会時間 午後1時30分～午後3時00分の間をお願いします。
- ③ 外出・外泊 所定の書式にて届出をお願い致します。
- ④ 飲酒・喫煙 禁止といたします
- ⑤ 食品の持ち込み 事前に生活相談員にご相談ください。
- ⑥ 金銭・貴重品の管理 原則事務所にてお預かりいたします。尚、契約者自身で管理され紛失された場合の責任はご本人といたします。
- ⑦ 所持品の持ち込み 決められた場所に収まる範囲をお願いいたします。
- ⑧ 電気製品の持ち込み 事前に生活相談員にご相談ください。
- ⑨ 宗教活動 禁止といたします。
- ⑩ ペット 持ち込み禁止致します。

(3) ご利用にあたってのリスクに関する説明

契約者が快適な生活を過ごせる様、職員配置は介護保険法令などによる基準を満たしており、安全な環境づくりに努めておりますが、契約者お一人お一人を常時見守ることは困難なことをご了承ください。

契約者の身体状況および認知症状、疾病などによる様々な要因により、下記の危険性が伴うことを充分にご理解いただけますようお願いいたします。

- ① ご自宅より広い空間の中、安全につかまれる場所も限られています。
歩行時の転倒、ベッドならびに車いすからの転落等による骨折、および外傷などが生じる恐れがあります。
- ② 施設では原則的に身体拘束を行わないことから、認知症の方などは転倒および転落などの事故が生じる恐れがあります。
- ③ 一般的に高齢者の骨はもろくなりやすく、椅子に座るなどの日常生活上での対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ④ 一般的に高齢者の皮膚は薄くなりやすく、また血管ももろくなりやすいことから着替えなどの日常生活上の介護による少しの摩擦および接触により、表皮剥離や皮下出血が生じやすい恐れがあります。
- ⑤ 一般的に高齢者の食物などを飲み込む力は、加齢および認知症の症状、疾病により低下する恐れがあります。契約者に合わせた食事形態にて提供いたしますが、誤嚥ならびに窒息などの事故が生じる恐れがあります。
- ⑥ 高齢者であることから、疾病の急な発症などにより全身状態の悪化など急変される恐れがあります。
- ⑦ 風邪ならびに皮膚疾患などの感染症について、一定の予防策を講じています。
しかし、集団生活の場であることから、ご自宅で過ごすよりも感染しやすい状況にあります。

7 虐待防止に関する事項

- (1) 事業者は、契約者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。

- ① 虐待を防止するための職員に対する研修を実施します。
 - ② 契約者およびその家族からの苦情対応体制の準備をします。
 - ③ 虐待防止に関する責任者の選定および措置を講じます。
 - ④ その他必要な措置を講じます。
- (2) 事業者はサービス提供中に当該施設職員または養護者（契約者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる契約者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

8 感染症対策

- (1) 事業者は、施設内で発生が予測される感染症に対し、すべての職員が同じ手順で対策が行われるように感染症マニュアルを作成しています。
- (2) 契約者の使用する施設、食器その他の整備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (3) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

9 事業継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、ご利用者様に対する介護保険サービスの提供を継続に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要に研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に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います。

10 ハラスメント対策

介護サービス事業者の適切なハラスメント対策を強化する観点から、男女雇用機会均等法等に定めるハラスメント対策に関する事業所の責務を踏まえ、適切なハラスメント対策を行います。

1.1 緊急時の対応方法

契約者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

1.2 非常災害対策

- | | |
|---------|--------------------------------|
| ・災害時の対応 | 消防計画完備 |
| ・防災設備 | 防災監視盤、火災通報装置、避難用すべり台設置、スプリンクラー |
| ・防災訓練 | 年3回 |
| ・防火責任者 | 講習受講者を配置 |

1.3 サービス内容に関する相談・苦情

- (1) 当施設の相談・苦情担当

- ・苦情解決責任者 : 施設長 田村八千代
- ・苦情受付担当者 : 特別養護老人ホーム生活相談員 鎗田 真澄
居宅介護支援センター管理者 松崎由貴子
電話 0475-47-1313
- ・第三者委員 : 社会福祉法人光正会評議員 田中 豊
御園 敏之

(2) 行政機関その他苦情受付機関

- ・千葉県運営適正委員会 電話 043-246-0294
- ・千葉県国民健康保険団体連合会 電話 043-254-7428
- ・長南町 保健福祉課介護保険係 電話 0475-46-2116
- ・茂原市 地域包括支援センター 電話 0475-20-1583
- ・一宮町 福祉健康課 電話 0475-42-1431
- ・睦沢町 健康福祉課福祉介護班 電話 0475-44-2504
- ・長柄町 住民課保険住民班 電話 0475-35-2113
- ・長生村 福祉課 電話 0475-32-2112

1.4 概要

名称・法人種別 社会福祉法人 光正会
 代表者・役職 理事長 田村 正倫
 所在地 千葉県長生郡長南町芝原 3050 番地

電話番号 0475-47-1313 FAX 0475-40-7855

定款の目的に定めた事業

- (1) 第1種社会福祉事業
 - イ 特別養護老人ホームの経営
 - ロ 軽費老人ホームの経営
- (2) 第2種社会福祉事業
 - イ 老人デイサービス事業の経営
 - ロ 老人短期入所事業の経営
 - ハ 老人介護支援センターの経営

定款の種別に定めた事業 (公益を目的とする事業)
 居宅介護支援事業

令和 年 月 日

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護のご利用にあたり、契約者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

<所在地> 千葉県長生郡長南町芝原 3050 番地

<事業所> ショートステイサービス ザイクスヒル長南

<説明者> 氏名 _____

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・介護予防短期入所生活介護について重要事項の説明を受けました。

契約者

<住所> _____

<氏名> _____ (印)

身元引受人兼連帯保証人

<住所> _____

<氏名> _____ (印)

<続柄> _____