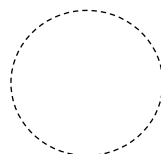


短期入所生活介護重要事項説明書

—— ユニット型 ——

< R 7 年 6 月 1 日 現在 >

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口



利用者

電話 0594-82-7611 (8:30-17:30)

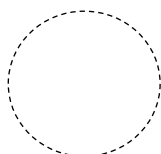
FAX 0594-82-7702

担当者 生活相談員

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称等

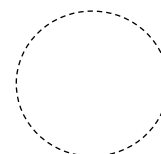
事業所名	特別養護老人ホーム いこい サテライト なごみ
所在地	三重県桑名市大中央50-2
管理者	小林 哲也
介護保険指定番号	2470102068
営業日	年中無休



立会人

(2) 職員体制 (併設するユニット型特別養護老人ホームスタッフ含む)

	常勤	非常勤	計	
* 管理者	1名		1名	
* 生活相談員	1名		1名	介護支援専門員を兼ねる
介護支援専門員	2名		2名	
介護員	19名	9名	28名	
看護員	2名		2名	
機能訓練指導員	1名		1名	
* 栄養士 (調理業務兼ねる)	1名		1名	
調理員		2名	2名	
* 医師		1名	1名	
* 事務員		5名	5名	
* その他		1名	1名	



連帯保証人

* サテライト型以外との兼務あり

(3) 介護保険上の届け出体制

施設の区分	併設型・空床型	
該当する体制等	夜間勤務条件基準	基準型
	職員の欠員による減算	なし
	ユニットケア体制	対応可
	高齢者虐待防止措置実施	基準型
	業務継続計画策定	基準型
	機能訓練指導体制	あり
	看護体制加算	なし
	医療連携強化加算	なし
	看取り連携体制加算	なし
	夜勤職員配置加算	あり
	若年性認知症受入	なし
	送迎体制	対応可
	口腔連携強化加算	対応可
	療養食加算	対応可
	生産性向上推進体制加算	あり
	サービス提供体制	加算Ⅲ
	処遇改善加算	加算Ⅱ

(4) 居室等概要

室名	室数	床面積 m ²	
ワーカー室	3	29.87	2～4F
共同生活室	6	323.12	2～4F
居室 1～57	57	627.01	2～4F
浴室・脱衣室	1	53.45	1F
個浴室・脱衣室	3	42.27	2～4F
WC 1～12	12	48.89	2～4F
WC 13～15	3	4.80	2～4F
汚物処理室	6	54.93	2～4F
リネン庫	3	4.60	2～4F
医務室・薬剤室	2	16.05	2、3F
介護材料室	1	8.02	4F
事務室	1	19.60	1F
宿直室	1	15.42	1F
地域交流スペース	1	16.02	1F
相談室	1	14.15	1F
厨房・厨房事務所	1	53.29	1F
汚物処理室	1	7.30	1F

	多目的室	1	5 2 . 8 8	5 F
	その他		7 9 2 . 3 9	
	合計		2 1 8 4 . 0 6	

3. サービス内容

種類	内 容
食事	栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を適時適温にて提供します。また、治療上、食事の制限が必要な方についての対応もできます。 (朝7:30～ 昼12:00～ おやつ15:00～ タ 18:00～)
入浴	利用者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により入浴の機会を提供します。特殊浴槽として電動昇降浴装置（1）、簡易チェアー浴装置（3）を保有しています。
排泄	排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限に活用した援助を行います。 トイレにつきましては、各ユニットに3ヶ所設置、安全で快適な環境を提供しています。暖房便座、ウオシュレット機構付き。
離床・着替え・整容等	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。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	理学療法士や看護師が中心となり、利用者の身体等の状況、生活歴とその中で培われてきた生活様式や生活習慣を考慮した上で機能訓練を行います。
健康管理	看護師による日々のバイタルチェック等適切な健康管理に努めます。緊急時等必要な場合には、主治医あるいは、協力医療機関等に速やかに連絡をとりその指示に従います。
生活相談	社会福祉士資格保有者が相談窓口になり対応しています。また、必要に応じて法人内にある指定居宅介護支援事業所の専門スタッフとも連携をはかります。
その他のサービス	利用者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、利用者が自律的に行うこれらの活動を支援します。
送迎	ご希望の場合リフト付きの送迎車で入退所の送迎をします。

4. 利用料金

- (1) 利用料、その他の費用の額についてあらかじめ、ご利用者およびそのご家族に対し説明及び同意を得た上でサービスを提供します。（一般的な利用料、その他の費用の額については、別紙2参照）

〔介護費〕

- イ 法定代理受領サービスに該当する指定短期入所生活介護を提供した際は、その利用者から利用料の一部として、当該指定短期入所生活介護に係る居宅介護サービス費用基準額又は居宅支援サービス費用基準額から当該指定短期入所生活介護事業者を支払われる居宅介護サービス費又は支援サービス費の額を控除して得た額の支払いを受けるものとします。
- ロ 法定代理受領サービスに該当しない指定短期入所生活介護を提供した際にその利用者から支払いを受ける利用料の額と、指定短期入所生活介護に係る居宅介護サービス費用基準額又は居宅支援サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにします。

〔その他の費用〕

- イ 食事の提供に要する費用
- ロ 滞在に要する費用
- ハ 厚生労働大臣の定める基準に基づき利用者が選定する特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用
- ニ 厚生労働大臣に定める基準に基づき利用者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用
- ホ 理美容代
- ヘ 送迎に要する費用（厚生労働大臣が別に定める場合を除く）

- (2) 利用料、その他の費用の額を変更するときは、あらかじめ、ご利用者およびご家族等に対し、変更後の額及びその根拠について説明を行い、同意を得るものとします。
- (3) 利用料、その他の費用については、原則、ご利用の都度にお支払いいただきます。
- (4) 介護保険適用の場合であっても、保険料の滞納等により、介護給付金が直接事業者に支払われない場合があります。その場合には、一旦介護度の区分ごとに定められた費用をお支払いいただきます。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

居宅サービス計画の作成を介護支援専門員にご依頼されている場合は、その担当の介護支援専門員を通してお申し込みください。（ご依頼されていない場合は、直接お電話でお申し込みください。）当事業所の専門スタッフが事前訪問のうえ、居宅サービス計画に沿って介護計画を作成（通常4日以上滞在の場合）し、サービス提供を開始します。

(2) サービスの利用中止

①ご利用者が中途退所を希望された場合。

②健康チェックの結果、施設での生活ができない程度に体調が悪い場合。

この場合、ご家族に連絡のうえ、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医または緊急時には協力医療機関に連絡を取る等必要な措置を講じます。

③その他

- ・ご利用者が、サービス利用料金の支払いを定められた期日より1ヶ月以上遅滞し、当方の料金支払いの催告にもかかわらず、7日以内に支払われない場合または、お客様やご家族などが当事業所や当事業所の従業員に対してサービス提供が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、即座にサービス提供を終了させていただく場合があります。
- ・他の利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合。

6. 利用にあたっての留意事項

面会について	原則、8：30－20：30まで可
外出について	原則、届け出のうえ可
飲酒・喫煙について	原則、飲酒行為は可 喫煙については全館禁煙となっています。
電気製品の持込利用について	電気器具等防火管理上考慮の必要なものについては制限あり。
金銭、貴重品の管理について	原則、金銭、貴重品の管理は自己管理。
所持品の持ち込みについて	原則、家財道具の持ち込み不可。
利用中の医療機関への定期受診について	原則、協力医療機関以外への定期受診については家族対応。
送迎時間変更について	変更の場合は、遅くとも前日午後5時までに連絡のこと。サービス利用当日連絡の場合は対応できかねる場合あり。

7. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「いこい 消防計画」にのっとり対応を行います。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	補助散水栓	13基
	自動火災報知器	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	15ヶ所	火災通報装置	あり
	消火器	13ヶ所	防火扉	16ヶ所
避難訓練	別途定める「いこい 消防計画」にのっとり入所者の方も参加して実施します。			
防火管理責任者	岸野 正人			

8. 緊急時の対応方法

- (1) ご利用中に容体の変化等があった場合は、あらかじめ届け出のある主治医または協力医療機関に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方等に速やかに連絡いたします。

協力医療機関①	名称	青木記念病院
	院長名	青木孝太
	所在地	桑名市中央町5-7
	電話番号	0594-22-1711
協力歯科医院①	名称	にいみ歯科医院
	院長名	新美敦司
	所在地	四日市市北浜田町3-5
	電話番号	059-353-5580

- (2) 施設サービスの提供により事故が発生した場合は、適切な措置を講ずるとともに、ご家族及び市町村に速やかに連絡します。
- (3) 施設サービス提供にともなって事業者の責めに帰すべき事由により入居者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、入居者に対してその損害を賠償します。

9. サービス内容に関する相談・要望・苦情等窓口

相談・要望・苦情等につきましては、以下の体制で対応しています。相談窓口を設け、要望から苦情に至るまでの利用者の方の声をサービス向上に反映させる取り組みを行っています。お気づきの点がございましたらサービス担当者か下記窓口までお申し出ください。ただし、担当者の直接対応は、下記の曜日、時間帯とさせていただきますのでご了承ください。

受付窓口 法人内 相談窓口

担当 伊藤かより・猪飼悟

電話番号 0 5 9 4 - 2 5 - 2 6 6 6

F A X 番号 0 5 9 4 - 2 5 - 2 6 6 8

(担当者の直接対応時間 月～土曜日 8 : 3 0 - 1 7 : 3 0)

また外部の相談窓口には三重県と各市町の2カ所があります

三重県国民健康保険団体連合会

電話番号 0 5 9 - 2 2 2 - 4 1 6 5

月曜から金曜（祝日を除く）9時～17時

桑名市役所保健福祉部介護高齢課

電話番号 0 5 9 4 - 2 4 - 1 4 8 9

月曜から金曜（祝日を除く）8時30分～17時15分

朝日町役場保健福祉課

電話番号 0 5 9 - 3 7 7 - 5 6 5 9

月曜から金曜（祝日を除く）8時30分～17時15分

川越町役場町民保険課

電話番号 0 5 9 - 3 6 6 - 7 1 1 6

月曜から金曜（祝日を除く）8時30分～17時15分

いなべ市役所福祉部介護保険課

電話番号 0 5 9 4 - 8 6 - 7 8 2 0

月曜から金曜（祝日を除く）8時30分～17時15分

東員町役場健康長寿課

電話番号 0 5 9 4 - 8 6 - 2 8 2 3

月曜から金曜（祝日を除く）8時15分～17時00分

10. 福祉サービス第三者評価実施状況

項 目	内 容
(1) 実施の有無	有 ・ 無
(2) 実施年月日	令和 年 月 日
(3) 実施した評価期間	
(4) 評価結果の開示状況	

11. 法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 憩（法人設立 H9年 7月）

代表者 理事長 青木桃子

法人本部所在地 事業所所在地と同じ

定款に定めてある事業

第一種社会福祉事業

- ・ 特別養護老人ホーム いこいの設置経営

第二種社会福祉事業

- ・ 老人デイサービス事業
- ・ 老人短期入所事業

公益事業

- ・ 居宅介護支援事業所の設置経営
- ・ 介護予防支援事業の受託
- ・ 地域包括支援センターの受託

別紙1 職種とその主な職務内容

- ① 管理者（施設長）・・・特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、居宅介護支援事業所の「入所・利用者サービス管理」「労務管理」「財務管理」をその役割とする。
- ② 医師・・・入所者、入居者及び利用者の病状及び心身の状況に応じて日常的な医学的対応を行う。
- ③ 生活相談員・・・入所者、入居者および利用者に提供する介護サービスについての実施状況の把握、ならびに介護職員の指導に従事する。
- ④ 介護支援専門員・・・施設介護計画の作成および他の従業者との連携のもとその実施状況の把握、解決すべき課題の把握、必要に応じて介護計画の変更等を行う。
- ⑤ 介護員・・・入所、入所者及び利用者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう介護サービス計画に基づく介護を行う。
- ⑥ 看護員・・・入所、入居者、利用者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な介護サービス計画に基づく看護を行う。
- ⑦ 機能訓練指導員・・・入所、入居者及び利用者に対し、その心身の状況に応じて日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止する為の訓練、指導を行う。
- ⑧ 栄養士・・・入所、入居者、利用者の年齢、身体的状況によって適切な栄養量および内容の食事の提供を行うほか、調理員に対する技術的指導等を行う。
- ⑨ 調理員・・・食品の衛生管理に留意して献立に従った調理および配膳を行う。
- ⑩ 事務員・・・庶務および会計に従事する。
- ⑪ その他
清掃係・・・施設内の清掃

別紙2 一般的な利用料、その他の費用について

【介護保険対象サービス】

*1日の基本利用料金 (地域加算10.27を換算した料金) (単位：円)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担	728	798	875	949	1,020
2割負担	1,455	1,595	1,750	1,897	2,039
3割負担	2,182	2,393	2,625	2,845	3,059

*その他の費用 (単位：単位)

サービス内容		単位数	算定単位
機能向上連携加算Ⅰ		100	3月に1度
機能訓練体制加算		12	1日につき
個別機能訓練加算		56	
看護体制加算Ⅰ		4	
看護体制加算Ⅱ		8	
医療連携加算		58	
看取り連携体制加算		64	
夜勤職員配置加算Ⅰ		30	
夜勤職員配置加算Ⅱ		60	
夜勤職員配置加算Ⅲ		120	
夜勤職員配置加算Ⅳ		25	
認知症緊急対応加算		200	7日を限度
若年性認知症受入加算		120	1日につき
送迎加算		184	片道つき
緊急短期入所受入加算		90	7日を限度
長期利用者提供減算		-30	1日につき
口腔連携強化加算		50	1月につき
生産性向上推進体制加算Ⅰ		100	
生産性向上推進体制加算Ⅱ		10	
療養食加算		8	1食につき
サービス提供体制加算Ⅰ		22	1日につき
サービス提供体制加算Ⅱ		18	
サービス提供体制加算Ⅲ		6	
処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の140/1000を加算		1月につき
処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の136/1000を加算		
処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の113/1000を加算		
処遇改善加算Ⅳ	所定単位数の90/1000を加算		

【介護保険対象サービス】

日常生活費等

(1) 居住費・食費

居住費	2,760円／日		
食費	朝食 230円	昼食 665円	夕食 550円

注1) 居住費は、本施設にかかる建設費用、今後見込まれる修繕・維持費用及び光熱水費などをもとに積算しています。食費は、食材料費及び調理員の人件費などの調理費をもとに積算しています。

利用者負担段階		1日あたり 食費	居住費
1段階	本人及び世帯員全員が住民税非課税であって、生活保護の受給者	300円	880円
2段階	本人の年金収入等が80万円以下の者	600円	880円
3段階 (1)	本人の年金収入等が80万円超120万円以下の者	1000円	1,370円
3段階 (2)	本人の年金収入等が120万円を超える者	1300円	1,370円

注1) 負担限度額について、所得の低い方の施設利用が困難にならないよう所得の段階（利用者負担段階）に応じた自己負担限度額が決められており、限度額までの支払いとなります。限度額を超えた分は介護保険から給付されます（特定入所者介護サービス費）。特定入所者介護サービス費を利用するためには、市町村に申請をして「介護保険負担限度額認定証」の発行を受ける必要があります。

注2) 各段階の認定基準には上記の他、それぞれ資産要件があります。

(2) その他の日常生活費

し好品の購入代行に係る費用	1回	220円
レクリエーション・クラブ活動費用		実費相当額
地域外送迎費用	1km毎	55円

【社会福祉法人等による利用者負担軽減制度】

市町村が発行する「社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証」を交付されている方は、下記の利用者負担額の一部を施設が負担する制度があります。

対象となる費用	施設サービス費などの介護保険対象サービス費 + 居住費 + 食費
---------	-------------------------------------

(対象者の要件)

市町村民税世帯非課税の人で、以下の条件を満たす人のうち、申請に基づき市町村が認定した方。

- 1 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が一人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。
- 2 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が一人増えるごとに100万円を加算した額以下であること
- 3 日常生活に供する資産意外に活用できる資産がないこと
- 4 負担能力のある親族等に扶養されていないこと
- 5 介護保険料を滞納していないこと。

(減額割合)

減額割合は1/4を原則とします。

(手続き)

市町村へ利用料の軽減対象であることの確認申請を行い、市町村の決定を受けることが必要です。

【高額介護サービス費】

各月の介護保険給付の1割負担の合計額が一定の上限を超えた場合には市町村の担当窓口で「高額介護サービス費支給申請書」など必要書類を提出することにより上限額を超えた分が払い戻される制度があります。

課税所得690万円 以上	140,100円 (世帯)
課税所得380万円 ～ 690万円未満	93,000円 (世帯)
市町村民税課税 ～ 課税所得380万円未満	44,400円 (世帯)
世帯員全員が市町村民税非課税	24,600円 (世帯)
前年の公的年金等収入金額+その他の合計所得金額の合計が 80万円以下の方等	24,600円 (世帯) 15,000円 (個人)
生活保護を受給している方等	15,000円 (世帯)

注) 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の適用を受けた場合には、軽減を受けた後の額をもとに算定します。

【利用料を支払った場合に生活保護の適用を受ける方の負担軽減】

本来適用すべき利用者負担段階とした場合に生活保護が必要となり、それより低し利用者負担段階であれば生活保護を必要としなくなる場合には、保険料・特定入所者介護サービス費・高額介護サービス費について低い負担段階を適用する制度があります。

別紙3 各種介護費加算の概要

日常生活継続支援加算（Ⅰ：36単位／日、Ⅱ：46単位／日）

要介護4または5の入所者が70%以上、または認知症高齢者が65%以上。

介護福祉士を常勤換算で6人に1人以上配置。

看護体制加算

加算Ⅰ：4単位／日 ... 常勤の看護師を1名以上配置。

加算Ⅱ：8単位／日 ... 指定数に1を加えた数以上の看護職員の配置。

夜勤職員配置加算（Ⅰ：13単位／日Ⅱ：18単位／日Ⅲ：16単位／日Ⅳ：21単位／日）

Ⅱ、Ⅳはユニット型対象、Ⅲ、Ⅳは特定登録証の交付を受けた特定登録者の配置あり。

夜勤職員数が基準より1名以上上回ること。

生活機能向上連携加算（100単位／月）

個別機能訓練加算（Ⅰ：12単位／日、Ⅱ：20単位／月）

Ⅰ：常勤の機能訓練指導員を配置し、個別の訓練を実施。

Ⅱ：科学的介護情報の提出。

ADL維持等加算（Ⅰ：30単位／月、Ⅱ：60単位／月）

ADL評価の実施および経年比較、LIFE提出が要件。

若年性認知症受入加算（120単位／日）

若年性（65歳未満）認知症である利用者の受入れが要件。

精神科医療養指導加算（5単位／日）

認知症利用者が1/3以上。月2回以上の精神科医による療養指導。

外泊時費用（246単位／日、月6日限度）

入院または外泊時も算定可能。

初期加算（30単位／日）

入所後30日以内または再入所時に算定可。

再入所時栄養連携加算（200単位／回）

入院等から再入所した際に管理栄養士が栄養評価。

栄養マネジメント強化加算（11単位／日）

管理栄養士配置、科学的介護情報の提出。食事観察とケア計画策定。

経口移行：28単位／日（180日以内）

経管により食事を摂取している入所者に対し、経口移行計画に基づき支援を行った場合

経口維持Ⅰ：400単位／月、Ⅱ：100単位／月

Ⅰ：接触機能障害のある入所者に対し、栄養管理のための計画を作成し実施した場合

Ⅱ：Ⅰで行う会議に医師等が加わった場合

療養食加算（6単位／回）

医師の指示に基づく療養食の提供。

配置医師緊急時対応加算（325単位／回、650単位／回、1,300単位／回）

看護体制加算Ⅱを算定している施設の配置医師が、施設の求めに応じ早朝、夜間、深夜

又は配置医師の通常の勤務時間外に施設を訪問して診療を行い、診療を行った理由を記録する

看取り介護加算（死亡日：1280単位／日 他）

72単位～段階加算。看取り指針、研修、LIFE提出が要件。

褥瘡マネジメント加算（Ⅰ：3単位／月、Ⅱ：13単位／月、Ⅲ：10単位／月）

Ⅰ：定期的に褥瘡リスクの評価を行い、ケア計画を作成、実施

Ⅱ：（Ⅰ）の評価の結果リスクが高かった入所者に褥瘡が発生していない

Ⅲ：（Ⅰ）の評価を行い、厚生労働省に報告

排せつ支援加算（Ⅰ：10単位／月、Ⅱ：15単位／月、Ⅲ：20単位／月）

Ⅰ：排せつ支援の計画を作成し、実施、見直しを行うこと

その評価を定期的に厚生労働省に報告

Ⅱ：（Ⅰ）の要件を満たし、オムツの使用がなくなること若しくは尿道カテーテルが除去されること

Ⅲ：（Ⅰ）の要件を満たし、排尿、排便状態が改善、かつオムツの使用がなくなること

認知症専門ケア加算（Ⅰ：3単位／日、Ⅱ：4単位／日）

Ⅰ：認知症高齢者の割合が50%以上、認知症研修修了者配置、認知症ケア会議開催。

Ⅱ：Ⅰに加え認知症ケアに関する研修計画の策定と実施

サービス提供体制強化加算

Ⅰ：22単位／日

介護福祉士の割合が80%以上若しくは勤続年数10年以上の割合が35%以上

Ⅱ：18単位／日

介護福祉士の割合が60%以上。

Ⅲ：6単位／日

介護福祉士の割合が50%以上、常勤の割合が75%以上、

勤続年数7年以上の割合が35%以上のいずれか

※併算定不可

科学的介護推進体制加算（Ⅰ：40単位／月、Ⅱ：50単位／月）

LIFE情報提出とフィードバック活用。

生産性向上推進体制加算（Ⅰ：100単位／月、Ⅱ：10単位／月）

ICT導入と職員教育、LIFE活用。

処遇改善加算

Ⅰ：所定単位×14.0% Ⅱ：所定単位×13.6%

Ⅲ：所定単位×11.3% Ⅳ：所定単位×9.0%

【説明確認欄】

年 月 日

当事業者は居宅介護サービスの提供開始に当たり、本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

事業者

住所 三重県桑名市大中央50 - 2

事業者名 特別養護老人ホーム いこい サテライトなごみ

理事長 青木桃子 印

説明者 印

私は、本書面に基づいて上記重要事項の説明を受けました。

利用者

住所

氏名 印

立会人

住所

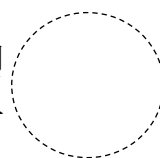
氏名 印

連帯保証人

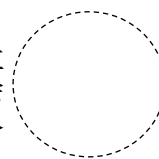
住所

氏名 印

利用者



立会人



連帯保証人

