

介 護 予 防 短 期 入 所 生 活 介 護

エ ル ン テ ハ イ ム

重要事項説明書

社会福祉法人 正寿庵会

介護予防短期入所生活介護 重要事項説明書

1. 事業所の概要

(1) 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 正寿庵会
所在地	福岡県柳川市三橋町蒲船津 1 5 5 - 3
電話番号	0 9 4 4 - 7 2 - 9 0 5 3
代表者氏名	理事長 高須 実生
設立年月日	平成 2 年 7 月 6 日

(2) 施設概要

施設の種類	指定介護老人福祉施設
指定番号	4 0 7 8 9 0 0 1 9 0
施設の名称	特別養護老人ホーム エルンテハイム
所在地	福岡県柳川市三橋町蒲船津 1 9 4 - 2
電話番号	0 9 4 4 - 7 4 - 8 6 5 5
施設長名	高須 実生
施設の運営方針	福祉サービスを必要とする者が心身ともに健やかに育成され、又は社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるとともに、その環境、年齢及び心身の状況に応じ、地域において必要なサービスを総合的に提供されるように支援します。
開設年月日	平成 15 年 9 月 1 日
入居定員	1 0 名（短期入所ユニット型）＋空床利用

(3) 居室の概要

居室・設備の種類（入所施設）	室数	備考
個室	1 0 室	居室は介護保険上の従来型に属する
多床室（4 人部屋）	1 0 室	
合計	2 0 室	
食堂	5 室	各ユニット毎に設置
機能訓練室	5 室	〃
浴室	3 室	特殊浴槽、家庭用の浴槽
医務室	1 室	
静養室	3 室	

居室・設備の種類（短期入所）	室数	備考
個室	10室	短期入所ユニット型
食堂	1室	
リビング	1室	
浴室	1室	

(4) 事業所の職員体制(主たる職員)

	入所施設（空床）	短期入所（ユニット型）	業務内容
管理者	1	1（兼務）	業務の一元的な管理
医師	1（非常勤）	1（兼務）	健康管理、療養上の指導
介護支援専門員	1	1（兼務）	介護サービス計画作成
生活相談員	1	1（兼務）	生活指導及び相談
看護職員	3（常勤）0（非常勤）	0（常勤）1（非常勤）	健康管理、保健衛生管理
介護職員	22（常勤）5（非常勤）	4（常勤）0（非常勤）	介護業務
機能訓練指導員	1	1（兼務）	機能訓練
管理栄養士	1	1（兼務）	栄養管理・献立作成
事務職員	2	2（兼務）	必要な事務

	勤務時間	
管理者	9：00～18：00	
医師	毎週 火・金 13：30～14：30	
介護支援専門員	9：00～18：00	
生活相談員	9：00～18：00	
看護職員	L 8：30～17：30 C 9：00～18：00	K 10：00～19：00
介護職員	A 7：30～16：30 C 9：00～18：00 D 9：00～13：00 W 7：30～11：30 S 9：30～18：30	B 10：30～19：30 K 10：00～19：00 E 14：00～18：00 U 13：30～19：30 Y 15：30～19：30 夜勤 16：30～9：30
機能訓練指導員	J 8：00～17：00	B 10：30～19：30
管理栄養士	9：00～18：00	
事務職員	9：00～18：00	

(5) サービス内容

食 事	管理栄養士が立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 (食事時間) 朝食 7:50～ 昼食 11:30～ 夕食 17:20～ 食事の時間、メニュー、食事の場所等についてのご要望がある場合は申し出てください。
入 浴	入浴又は清拭を週 2 回以上行います。又寝たきりの方でも機械浴槽を利用して安全に入浴できます。
排 泄	入居者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。各居室にトイレがあります。
離 床 着 替 え 整 容 等	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止の為、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をします。 ・シーツ交換は随時実施します。 ・入居者の状況に応じて適切な口腔ケアを行います。
機能訓練	機能訓練指導員により、ご利用者の心身の状況に適合した機能訓練を行い、日常生活を送るのに必要な機能の回復又は減退を防止するための訓練を実施します。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医師や看護師が、健康管理を行います。 ・緊急時必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。
相談援助	入居者様及びその御家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
社会生活上 の便宜	・施設での生活を実りあるものとするため、レクリエーション活動やクラブ活動などを行います。(材料費などについて、入居者様若しくはその御家族に別途、費用をご負担していただくことがあります。)

2. 利用料金

(1) 一般的なサービス利用料金

利用者の要介護度に応じて利用料金は異なります。

介護保険から給付される金額(7割～9割)を除く費用(1割～3割)が利用者の負担額となります。基本料金のほかに、食事にかかる費用が必要になります。

【サービス費】併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護サービス費 (I) (1日あたり)

		サービス費 (総額)	利用者負担額
要支援1	個室	5, 290円	529円 (1割)・1, 058円 (2割) 1, 587円 (3割)
要支援2	個室	6, 560円	656円 (1割)・1, 312円 (2割) 1, 968円 (3割)

【サービス費】併設型介護予防短期入所生活介護サービス費（Ⅰ）（Ⅱ） （1日あたり）

		サービス費（総額）	利用者負担額
要支援1	個室	4,510円	451円（1割）・902円（2割） 1,353円（3割）
	多床室	4,510円	451円（1割）・902円（2割） 1,353円（3割）
要支援2	個室	5,610円	561円（1割）・1,122円（2割） 1,683円（3割）
	多床室	5,610円	561円（1割）・1,122円（2割） 1,683円（3割）

【加算】

	サービス費	利用者負担額
療養食加算	60円（1食あたり）	6円（1割）12円（2割）18円（3割）（1食）
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	180円	18円（1割）36円（2割）54円（3割）
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	介護報酬総単位数×加算率（14%）×1単位の単価 （利用者負担額は1割～3割）	

*上記金額は1日あたりの金額です。

*医師の発行する食事箋に基づき提供された心臓疾患等の減塩食、糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な検査食を提供された方には療養食加算を算定します。

【加算】

（片道あたり）

	サービス費	利用者負担額
送迎加算	1,840円	184円（1割）・368円（2割） 552円（3割）

*サービス提供地域外の利用者の方は送迎費の実費が必要です。

（柳川市、大川市、みやま市、三潞郡、筑後市、大牟田市以外の方）

【居住費】

区 分	個室（ユニット型）	多床室（空床利用）	個室（空床利用）
利用者負担第一段階	880円	0円	380円
利用者負担第二段階	880円	430円	480円
利用者負担第三段階	1,370円	430円	880円
利用者負担第四段階以上の方	2,066円	915円	1,231円

【食費】

	金 額		
	朝 食	昼 食	夕 食
食 費	421円	522円	502円

区 分	金 額
利用者負担第一段階	300円
利用者負担第二段階	600円
利用者負担第三段階①	1,000円
利用者負担第三段階②	1,300円
利用者負担第四段階以上の方	1,445円

※利用者負担の段階に応じた料金内での負担金となります。

(2) その他

【介護保険の対象外サービス】

	利用者負担金額
特別な食事	利用者のご希望に基づいて特別な食事（酒などを含みます）を提供します。*実費負担となります。
理髪・美容	理美容師による理髪サービスをご利用いただけます。
医療費	傷病などにて医療機関による通院や入院を行ったり往診を受けたりした場合は医療保険適用により別途自己負担していただきます。但し、嘱託医師などによる健康管理や療養指導については、この限りではありません。
レクリエーション・クラブ活動	要した費用の実費
日常生活上必要となる費用	日常生活用品の購入代金等、ご利用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頂きます。
電気代	お持ち込みになった電気器具は1台につき 50円/日
送迎費	通常の送迎の実施地域を超えて行う送迎の費用 1,000円/片道

- おむつ代は介護保険給付対象になっていますのでご負担の必要はありません。
- 介護保険の適用がある場合は、サービス費の1割～3割が利用者負担金になります。
- 保険料の滞納等により、サービス費の1割～3割の「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額をお支払いいただき、後日保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要になります。

(3) 貴重品の管理について

原則として貴重品等のお預かりは出来ません。御家族の方で貴重品の管理をお願い致します。(但し、諸事情がある方についてはこの限りではありません。)

(4) 利用者負担金のお支払方法

前記2の利用料金の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、ご請求致しますので、翌月25日までに以下の方法でお支払いください。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額と致します。)

お支払いいただきますと領収証を発行します。

① 郵便貯金の自動払込によるお支払い

毎月25日に指定の郵便貯金口座より引き落とします。

② お振込みによるお支払い

大牟田柳川信用金庫 柳川営業部 普通預金 0060816 社会福祉法人 正寿庵会 理事長 高須 実生

ゆうちょ銀行 普通貯金 17490-59404621 社会福祉法人 正寿庵会

③ 施設窓口によるお支払い

(月曜日～金曜日 AM10:00～PM 5:00)

3. 入居中の医療の提供について

入居中に医療機関の受診が必要となった場合は、ご家族と協議させて頂いた医療機関（基本的には主治医）へ受診して頂きます。その際の付き添いはご家族にてお願いいたします。

急変時の際は基本的に救急搬送を行います。

当施設の協力医療機関は下記のとおりです。

①協力医療機関

医療機関の名称	中川ごうクリニック
所在地	福岡県柳川市三橋町木元368-5
診療科	泌尿器科

医療機関の名称	長田病院
所在地	福岡県柳川市下宮永町523-1
診療科	内科、循環器科

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	石田歯科医院
所在地	福岡県柳川市三橋町久末842-2

4. 介護予防短期入所サービス計画

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、居宅介護支援専門員が作成する「居宅介護サービス計画書」に基づき、「介護予防短期入所サービス計画（ケアプラン）」にさだめます。ご契約者が4日以上利用される場合作成します。

5. 利用の中止、変更、追加

ご契約者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。

連絡先 0944-74-8655

*サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議いたします。

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、すで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. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご契約者に対してサービスの提供にあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全・確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態等の必要な事項について、医師、看護職員と連携のうえご契約者から聴取、確認します。
- ③ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ ご契約者に提供したサービスについての記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者または代理人の請求に応じて閲覧させ、有料で複写物を交付します。
- ⑤ ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急止むを得ない場合には記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ 事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者またはご家族等に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。

7. 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 エルンテハイム 消防計画」にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	別途定める「特別養護老人ホーム エルンテハイム 消防計画」にのっとり避難訓練を利用者の方も参加して実施します。
消防計画など	消防署への届出日：平成28年1月5日 防火管理者：高須 実生

8. サービス利用にあたっての留意事項

面会時間	* 1回につき30分（予約制） * 飲食物の過度のお持込はご遠慮下さい。また、面会時は必ずその都度職員に届けてください。
所持品の管理	* 他の利用者及び施設・設備に迷惑・損害を及ぼすと考えられる物のお持ち込みはご遠慮ください。
施設、設備の利用	* 施設内の居室や設備、器具は本来の用途に従って利用してください。故意に、壊したり、汚したりした場合には、ご利用者の自己負担により現状に復していただくか、または相当の代価をお支払い頂く場合があります。

宗教活動等	* 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼす宗教活動、政治活動、営業活動を行うことは出来ません。
飲酒・喫煙	* 健康管理上、飲酒は制限、管理させていただきます。 * アルコール類の居室への持ち込みは出来ません。 * タバコはステーションにて管理させていただきます。 * 決められた喫煙スペース以外での喫煙は出来ません。 *ライター・マッチ類の居室への持込はできません。

9. ご高齢者の特性について

ご高齢者には、以下に示すような特性があります。当施設に入所された後もスタッフは十分注意を払いますが、ご高齢者の特性上、下記のようなことが起こり得ることを十分ご理解いただきますようお願い申し上げます。もし、ご不明な点がありましたら、遠慮なくおたずね下さい。

- ① ご高齢者は環境の変化（場所・生活のリズム）に対する適応力が低下しておりますので、特に入所後は不安・緊張もあって、身体的・精神的に症状が悪化することがあります。
- ② ご高齢者は骨量が減少し、カルシウムも少なく（骨粗しょう症）、骨が弱くなっているため、転倒や打撲で簡単に骨折します。大腿骨の骨折が特に多く、寝たきりの原因になります。
- ③ ご高齢者はとりわけ脳血管障がいやパーキンソン病、老年認知症など脳神経障がいのある方の場合、嚥下困難（食べ物を上手に飲み込めなくなる）があり、誤嚥（食べ物が気管に入ってしまう）により生命の危険にさらされることがあります。特に認知症の高齢者では大口で急いで食べようとされ、食べ物を口へ押し込んでしまうことが多く、誤嚥、窒息死の原因になります。
- ④ ご高齢者は、夜間せん妄（夜間に意識水準が低下し、錯覚・幻覚が現れ落ち着かなくなる）が起こり易く、転落や転倒の原因になることがあります。

10. 緊急時の対応

ご契約者にサービスを提供中に緊急の事態が発生した場合、必要な措置を講じるようにします。また、ご家族へ連絡を行いますので、ご協力いただきますようお願い致します。

- ① 要介護者等に急な病状の変化、転倒等の事故が発生した場合、速やかに管理者及び主治医に報告し、指示を仰ぎ必要な対応を行います。
- ② 事業所において災害が発生した場合、非常災害計画に従い避難及び救出、その他必要な対応を行います。
- ③ 送迎及び行事のため、事業所外においての事故及び災害に際しても、その場での最上位者が連絡・調整及び必要に応じて指示・対応を行います。
- ④ その他、緊急の事態が生じた場合、速やかな連絡・対応を行います。

《緊急連絡先》

氏名		続柄	
住所			
電話		携帯番号	

11. 事故発生時の対応及び損害賠償責任

事故等が発生した場合は速やかにご家族、保険者等の関係者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、当事業所において、事業者の責任により利用者様に生じた損害については、事業者は速やか

にその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、利用者様に故意又は過失が認められるときに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

- ① ご契約者が、契約締結時に、ご自身の心身の状況や病歴等について、故意に告げずまたは虚偽に告げたことがもっぱらの原因として発生した損害
- ② ご契約者が、サービスの実施にあたって必要な事項（その日の体調や健康状態等）を事業者が確認する際に、故意に告げず、虚偽に告げたことがもっぱらの原因として発生した損害
- ③ ご契約者の、急な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由をもっぱらの原因として発生した損害
- ④ ご契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為をもっぱらの原因として発生した損害

保 険 会 社	あいおい損害保険株式会社
---------	--------------

12. サービス内容に対する苦情の連絡先

当施設苦情解決責任者	施 設 長	高須 実生
当施設苦情相談窓口	担 当 者	生活相談員 上田 剛
	受付時間	月曜日～土曜日 午前9時00分～午後6時00分
	電話番号	0944-74-8655
	FAX番号	0944-74-8660
第三者委員	古川 徳次	0944-72-9067
	中島 良一	0944-72-3375
市町村の相談窓口	各市区町村介護保険係まで	
国民健康保険団体連合会	所在地	福岡市博多区吉塚本町13番47号
	受付時間	月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時
	電話番号	092-642-7859
	FAX番号	092-642-7857
福岡県介護保険広域連合 柳川支部	所在地	柳川市三橋町正行431 柳川市役所三橋庁舎内
	電話番号	0944-75-6301
	FAX番号	0944-75-6340
福岡県運営適正化委員会	所在地	春日市原3丁目1番7号
	電話番号	092-915-3511
	FAX番号	092-584-3790

13. 第三者による評価の実施状況

なし

短期入所生活介護の提供の開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

《事業者》

福岡県柳川市三橋町蒲船津 1 5 5 - 3
社会福祉法人 正寿庵会

理事長 高須 実生 印

《説明者》

氏名 _____ 印

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についての重要事項の説明を受けました。

《利用者》

氏名 _____ 印

《利用者代理人(成年後見制度上の後見人、補佐人、補助人、家族等)》

氏名 _____ 印

続柄 _____