

「指定短期入所生活介護」重要事項説明書
特別養護老人ホーム あい寿の丘

当施設は介護保険の指定を受けています。
(愛知県指定 事業所番号 2375700198)

当施設はご契約者に対して指定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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護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。

◇◆目的◆◇

1. 事業者・・・・・・・・・・・・・・・・	2
2. 事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・	2
3. 職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・	3
4. 当施設が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・	3
5. 虐待防止に向けた体制等について・・・・・・・・	5
6. 苦情の受付にいて・・・・・・・・・・・・・・・・	6
7. 事故発生時の対応について・・・・・・・・	6
8. 身体拘束について・・・・・・・・・・・・・・・・	7
9. 施設内感染対策について・・・・・・・・	7
10. 業務継続計画の策定等について・・・・・・・・	7
11. 第三者評価の実施状況について・・・・・・・・	7
12. 個人情報保護にいて・・・・・・・・	7

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 南知多
(2) 法人所在地 愛知県知多郡南知多町大字豊丘字中平井1 4番地1
(3) 電話番号 0569-65-2965
(4) 代表者氏名 理事長 田 中 毅
(5) 設立年月 平成 7 年 6 月

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護事業所
(2) 事業所の目的 利用者の自立援助のための介護サービス提供を目的とします。
(3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム あい寿の丘
(4) 事業所の所在地 愛知県知多郡南知多町大字豊丘字中平井1 4番地1
(5) 電話番号 0569-65-2965
(6) 事業所長（管理者） 氏名 森 本 和 範
(7) 当施設の運営方針 手の温もりのある介護を提供します。
(8) 開設年月 平成 8 年 5 月
(9) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	毎日 8 時 30 分～17 時 30 分

- (10) 利用定員 20 人
(11) 通常の事業実施地域 南知多町 ※ただし離島を除く
(12) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、契約者の心身の状態を考慮し、事業者が決定します。

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1 人部屋）	24 室	
2 人部屋	16 室	
4 人部屋	6 室	
合 計	46 室	
食堂	1 室	
機能訓練室	1 室	
浴室	2 室	一般浴室、特別浴室（機械浴・特殊浴槽）
医務室	1 室	

3. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定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〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

令和4年6月15日現在

職 種	配置人数
施設長（管理者）	1 名（常勤）
生活相談員	1 名以上（常勤）
介護職員及び看護職員	26.7 名以上（常勤換算）
看護職員	3 名以上（常勤 1 名、常勤換算 2 名）
機能訓練指導員	1 名以上（常勤兼務）
介護支援専門員	1 名以上（常勤兼務）
栄養士又管理栄養士	1 名以上

4. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 当施設が提供する介護基準サービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、居住費・食事を除き介護負担割合証に記載された負担割合以外が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 食事

当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。

ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間）

朝食： 7：00 ～ 8：00

昼食： 12：00 ～ 13：00

夕食： 18：00 ～ 19：00

② 入浴

入浴又は清拭を週2回行います。

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。

③ 排泄

排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④ 機能訓練

機能訓練指導員により、ご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 回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 送迎サービス

ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。ただし、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

⑥ 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、適切な整容が行なわれるよう援助します。

＜サービス利用料金（1日あたり）＞（契約書第7条、別添1参照）

別添1の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

短期入所の利用限度額を超える場合もサービス利用料金の全額をお支払いいただきます。介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第7条、別添1参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 通常の実施区域以外への送迎（内訳：人件費 燃料費）

施設から実施区域	無料
実施区域を超えた地点から1kmあたり	片道 50円

別途上記送迎費が必要となります。

② 理髪・美容

〔理美容サービス〕

ご契約者のご希望に基づいて外部の理美容者を依頼した場合。

利用料金：要した費用の実費

※事業所の職員が実施する理美容サービスは無料。

③ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金： 無料。

④ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1 枚につき 20 円

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約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負担いただきます。

※おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 か月前までにご説明します。

⑥ おやつ代 食事以外に提供するおやつ（菓子・飲物）の費用

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第 7 条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、サービス利用終了時に、ご利用期間分の合計金額を下記のいずれかの方法でお支払いください。

ア. 窓口での現金支払

イ. 下記指定口座への振り込み

銀 行 名：知多信用金庫 豊浜支店 普通預金 2003711

口座名義：社会福祉法人南知多 理事長 田中 毅

特別養護老人ホーム あい寿の丘

ウ. 当施設が指定する方法の口座引落による支払

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第 8 条参照）

利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者申し出てください。

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の 10% (自己負担相当額)

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できない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

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、既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。

5. 虐待防止に向けた体制等について

当施設では、身体拘束適正化・人権擁護委員会を設けます。その責任者は施設長とします。

委員会では、職員への研修の内容、虐待防止のための指針策定、虐待等の相談・報告体制、虐待を把握した際の通報、虐待発生時の再発防止策の検討等を行います。職員は、年1回以上虐待防止に向けた研修を開催します。当施設で虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、施設長は速やかに市町村等関係者に報告を行い、事実確認のために協力します。また、当該事案の発生の原因と再発防止策について、速やかに身体拘束適正化・人権擁護委員会にて協議し、その内容について、職員に周知するとともに、市町村等関係者に報告を行い、再発防止に努めます。(別添2 虐待の防止のための指針)

6. 苦情の受付について（契約書第21条参照）

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者） 電話 0569-65-2965

〔職名〕 特別養護老人ホーム あい寿の丘 木原 剛典
特別養護老人ホーム あい寿の丘

○受付時間 毎日 8:30~17:30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

南知多町役場 ふくし課 介護グループ	愛知県知多郡南知多町大字豊浜字貝ヶ坪 18 番地 電話番号 (0569) 65-0711 受付時間 8:30~17:15 ※土日祝日、年末年始休み
美浜町役場 福祉課 高齢介護係	愛知県知多郡美浜町大字河和字北田面 106 番地 電話番号 (0569) 82-1111 受付時間 8:30~17:15 ※土日祝日、年末年始休み
国民健康保険団体連合会	電話番号 052-971-4165

7. 事故発生時の対応について

当施設では、事故が発生又は再発することを防止するため、事故防止対策委員会を設置し、委員会を定期的開催するとともに、その結果について職員に周知徹底し研修を実施しております。

サービス提供中に事故が発生した場合は、ご契約者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご契約者の身元引受人に報告を行います。

また、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するとともに、委員会にて事故原因の究明を行い、再発を防ぐための対策を講じ、職員への周知徹底を行い、身元引受人、保険者へ報告を行います。

なお、当施設の介護サービスにより、ご契約者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

(当施設は、あいおいニッセイ同和損害保険株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。)

8. 身体拘束について

身体拘束は介護保険法で禁止されており、当施設でも身体拘束を原則的に禁止しております。ただし、生命等に危険が及ぶと判断した場合においては、ご契約者及び身元引受人へ事前に説明し同意を得た上で実施する場合があります。その場合においては、身体拘束を廃止するための対策を検討する身体拘束廃止委員会を設置し、委員会を定期的開催するとともに、ご契約者の人権に配慮した適切な実施方法が取られているか管理を行い、その結果について職員に周知徹底し研修を実施しております。※ 別添3 「身体拘束指針」

9. 施設内感染対策について

当施設では、感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する施設内感染症対策委員会を設置し、委員会を定期的開催するとともに、その結果について職員に周知徹底し研修を実施しております。

当施設において感染症又は食中毒が疑われる際の対処等については、厚生労働大臣が定める手順に添った対応を行います。

10. 業務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、利用者に対する指定介護福祉施設サービスの提供を継続的に実施するための、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、必要な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。

11. 第三者評価の実施状況について

当施設では、第三者評価機関による評価の実施は受けておりません。

12. 個人情報保護について

当施設の職員は、正当な理由がなくその業務上知り得たご契約者及びご家族の秘密を漏らしません。

当施設の職員であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご契約者及びご家族の秘密を漏らしません。

ご契約者及びご家族の個人情報を利用する場合は、当施設の個人情報利用目的以外は利用しません。利用目的以外で利用する場合は事前にご契約者及びご家族様に同意を得た上で必要な範囲内で利用します。

指定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。

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム あい寿の丘
説明者 職名 氏名 ㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

ご契約者 住 所

氏 名 ㊞

※ご契約者が記入できない場合は、記入をした方の住所・氏名を次に記入してください。

署名代行者 住 所

氏 名 ㊞

契約者との関係（ ）

身元引受人 住 所

氏 名 ㊞

契約者との関係（ ）