重要事項説明書

（短期入所生活介護）

1　事業所の概要

事 業 所 名	社会福祉法人　横浜大陽会 特別養護老人ホーム　白朋苑
所 在 地	横浜市南区大岡５丁目１３番１５号
介護保険事業所番号	１４７０５００１９８号
管理者及び連絡先	施設長　野尻 周志　　TEL ０４５－７４２－０６２５

2　事業所の職員体制等

職　　種	従事するサービス種類、業務	人　　員
管理者	業務の一元的管理	１名
医師	嘱託医として月４回	１名（常勤　０名、非常勤　１名）
生活相談員	利用者および家族からの相談、申し込みに係る調整、介護サービス計画の作成等	２名（常勤　２名、非常勤　０名）
介護支援専門員	ケアプランの作成	２名（常勤　２名、非常勤　０名）
介護職員	入浴、排泄、食事等の介護等	４１名（常勤２９名、非常勤１２名）
看護職員	利用者の健康状態の把握	６名（常勤　４名、非常勤　２名）
機能訓練指導員	機能訓練プログラムの作成および指導	１名（常勤　１名、非常勤　０名）
管理栄養士	食事の献立作成、栄養管理	２名（常勤　２名、非常勤　０名）
調理職員	食事の調理等	８名（常勤　２名、非常勤　６名）

3　設備の概要

区　　分	数 量 ・ 規 模		備　　考
利 用 定 員	１００名		本入所の方のみ
居　　室	４人部屋	２０室	本入所の方の居室として使用
	２人部屋	１０室	
	個　　室	２室	
食　　堂	１室		地下に食堂があります
機能訓練室	１室		２Ｆデイルームにあります
浴　　室	２室		一般浴槽と特殊浴槽があります
便　　所	５箇所		Ａ棟、Ｂ棟、地下に各１ヶ所あります
洗 面 所	５箇所		Ａ棟、Ｂ棟、地下に各１ヶ所あります
医 務 室	１室		１Ｆ
静 養 室	１室		１Ｆ
相 談 室	１室		面接などに使用します

4　サービス提供地域（通常の送迎の実施地域）

横浜市南区、港南区、磯子区（エリア外は応相談）

5　サービス内容

① 食事　　朝食　７：３０～　８：００
　　昼食　１１：３０～１２：００
　　夕食　１８：００～１８：３０

② 介護　　着替え、排せつ、体位変換等の各介助、施設内移動の付き添い、レクリェーション等

③ 入浴　　週２回入浴可能です。体調等により特別浴または清拭となる場合があります。

④ 健康管理　　看護師により健康管理を行います。

⑤ 理容・美容　月４～６回、理容・美容サービスを実施しております（料金は自己負担）。

⑥ レクリェーション　　一年を通じて季節に応じた行事を実施しています。

6　利用者負担金

① 利用者の方からいただく利用者負担金は次表のとおりです。
この金額は次の３種類に分かれます。
1)の費用に関しては介護保険負担割合証の記載に従い、介護報酬に係る費用の1割、
もしくは2割を自己負担金とさせていただきます。
(なお、3)又は4)の費用が必要となる場合には事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を
得なければならないこととされています。疑問点等があればお尋ねください。)

1) 介護報酬に係る利用者負担金

加算項目	単位　（　金額　）	内 容 の 説 明
短期入所生活介護費	要介護　１　６０３単位（６，５６０円） 要介護　２　６７２単位（７，３１１円） 要介護　３　７４５単位（８，１０５円） 要介護　４　８１５　単位（８，８６７円） 要介護　５　８８４単位（９，６１７円）	１日あたりの介護報酬額
送迎加算	片道１８４単位（２，００１円） 往復３６８単位（４，００３円）	希望により自宅、施設間の送迎を行った場合による加算
機能訓練指導体制加算	１日１２単位　（１３０円）	専従の機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を１名以上配置
看護体制加算Ⅰ	１日　４単位　（４３円）	常勤の看護師を１名以上配置していることによる加算
看護体制加算Ⅱ	１日　８単位　（８７円）	当該施設の看護職員、または病院・診療所・訪問看護ステーションの看護職員との連携により、２４時間の連絡体制を確保していることによる加算
夜勤職員配置加算Ⅰ	１日１３単位　（１４１円）	通常の夜勤職員（人員基準）に加え、介護職員または看護職員の数を１名以上配置していることによる加算
サービス提供体制強化加算Ⅱ	１日１８単位　（１９５円）	介護福祉士が介護職員総数の６０%以上による加算
緊急短期入所受入加算	１日９０単位　（９７９円）	居宅サービス計画で計画的に行う事となっていない短期入所を緊急的に行う場合に算定（原則７日、やむを得ない場合１４日まで算定）

若年性認知症利用者受入加算	１日１２０単位（１，３０５円）	介護事業所に若年性認知症の利用者を受け入れて担当スタッフを中心にニーズに応じたサービスを実施した場合に算定
看取り連携体制加算	１日６４単位　　（６９６円）	1. 次のいずれかに該当する事　＊看護体制加算Ⅱまたは㈣を算定していること　＊看護体制加算Ⅰまたは㈢を算定しておりショートステイの看護職員か病院・診療所・訪問看護ステーション・本体施設の看護職員との連携により２４時間連絡できる体制を確保している場合に算定 2. 看取り期の対応方針を定め利用開始の際に利用者、家族らに対応方針を説明し同意を得ていること
療養食加算	１回８単位　　（８７円）	糖尿病や肝臓病、鉄欠乏性貧血など、特定の疾患を持つ利用者を対象に適した療養食を提供した時に算定できる加算（１日３回まで加算）
生産性向上推進体制加算Ⅰ・Ⅱ	Ⅰ　月１００単位　（１，０８８円） Ⅱ　月１０単位（１０９円）	介護現場における課題抽出及び分析を行い状況に応じ利用者の安全ならびに介護サービスの質の確保、職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会が設置されている場合に算定
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	ひと月にかかった基本報酬に各加算を加えた単位数の１７．６％	ひと月あたりの合計単位数を基に算定
利用者負担金＝基本単位（加算含む）×１０．８８円（地域加算）を計算した合計額の１割～３割		

2）当施設の居住費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税非課税世帯）や生活保護を受けられている方の場合は、施設利用の居住費・食費の負担が軽減されます。

＜居住費と食費の月額例＞

対象者		区分	多床室	食費
生活保護受給者		利用者負担段階１	０円	３００円
世帯全員が市町村民税非課税	老齢福祉年金受給者			
	課税年金収入額と合計所得金額の合計が８０万以下の方	利用者負担段階２	４３０円	６００円
	利用者負担第２段階以外の方（課税年金収入が８０万円超１２０万未満の方など）	利用者負担段階３①	４３０円	１，０３０円
	利用者負担第２段階以外の方（課税年金収入が120万超の方など）	利用者負担段階３②	５３０円	１，３６０円
上記以外の方		利用者負担段階４	９１５円	２，１００円

※上記は１日分の金額となります。

3）運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」（全額、自己負担）

区　分	金　額（単　位）	内 容 の 説 明
① 材料費	朝４００円　昼８５０円　夕８５０円	
② 居住費	１日９１５円	
③ 理美容代	カット　１回2,０００円 顔そり・髭剃り　１回1,０００円	利用者の希望によって提供した場合
④ 日用品費	ティッシュペーパー１箱　１００円 歯磨き粉　２５０円 歯ブラシ　１５０円 モアブラシ・クルリーナ ６００円（１本あたり）	利用者の希望・選択によって提供した場合（持参の場合は無料）

4）通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用（全額、自己負担）

区　　分	金　　額（単　位）	内 容 の 説 明
クラブ利用料	茶道クラブ／料理クラブ／絵手紙クラブ／書道クラブ／生花クラブ（花２本）→５００円	利用者の希望によって参加した場合
喫茶	一品３００円いただきます	利用者の希望によって参加した場合
テレビ貸出し料	１日５００円（電気使用料含む）	利用者の希望によって貸出しした場合
電気代（ＴＶ等）	ショートステイ１回ご利用につき７００円 １ヵ月を超える利用の場合は、１ヵ月１，５００円	ＴＶ・ＤＶＤプレーヤー・ブルーレイプレーヤーを持参し、使用した場合

（注）3)4)は、1)で定められている内容以外のサービス提供を受けた場合、又は制度上の支給限度額を超えてサービス提供を受けた場合に要する費用です。

② 支払方法

自己負担金は、サービス利用終了時に現金でお支払いいただきます。

※　介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

7　サービス利用の中止

利用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。

・全体窓口（連絡先）（電話）：　０４５－７４２－０６２５

8　キャンセル料

ご入所日に利用者の都合でサービスをキャンセルする場合、下記のキャンセル料をいただきます。

ご入所日の前日までにご連絡いただいた場合	キャンセル料不要
ご入所日の当日にご連絡いただいた場合	入所日の食費相当分

9　サービス利用に当たっての留意事項

① 面会時間　　１０：００～１６：００

② 金銭・貴重品の管理　必要によりお預かりいたします。（相談にて）

③ 外出・外泊　食事の準備がありますので、事前にお知らせください。

④ 飲酒　飲酒は職員にてお預かりとなり、所定の場所にてお願いします。

⑤ 所持品の持ち込み　他の利用者に迷惑のかかる物（刃物、はさみ、爪切り、薬品等）は、持込をお断りいたします。

⑥ 施設外での受診　施設外での受診は、ご家族でお願いいたします。

⑦ 身体拘束の取り扱い　身体拘束については原則として禁止します。
入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護する為緊急やむを得ない場合は、「特別養護老人ホーム白朋苑・身体拘束等行動制限についての取扱要領」に従います。

⑧ 拘束についての説明　身体的拘束などを行う場合には、事前に当該入所者又はその家族に身体的拘束等の態様等を説明しなければなりません。
やむを得ない事情により事前に説明をすることが困難な場合はこの限りではありません。

⑨ 守秘義務　従業者は在職中及び退職後も、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を他人に漏らしてはならないと就業規則に規定しています。

⑩ 虐待防止のための措置　入所者の人権擁護・虐待防止のため、倫理綱領・行動規範等を定め、職員に周知徹底を図ります。又、虐待防止の普及・啓発するための研修を実施し、普段から人権意識を高め職員の資質向上を図ります。

10　緊急時等の対応方法

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等に連絡します。

医療機関等	主治医等の氏名 連　絡　先
緊急連絡先	氏　名 連　絡　先

11　協力病院等

名　　称： 所　在　地： 連　絡　先：	山手台クリニック 横浜市泉区領家３－２－４　山手台 IK プラザ２Ｆ ０４５－８１４－６８２１
名　　称： 所　在　地： 連　絡　先：	独立行政法人　地域医療機能推進機構　横浜中央病院 横浜市中区山下町２６８ ０４５－６４１－１９２１
名　　称： 所　在　地： 連　絡　先：	済生会横浜市南部病院 横浜市港南区港南台３－２－１０ ０４５－８３２－１１１１
名　　称： 所　在　地： 連　絡　先：	康心会汐見台病院 横浜市磯子区汐見台１－６－５ ０４５－７６１－３５８１
名　　称： 所　在　地： 連　絡　先：	川平デンタルクリニック 横浜市磯子区杉田２－１－７ ０４５－７７１－９９９３

12　相談窓口、苦情対応

○ 第三者評価の実施：実施無し

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

お客様相談窓口	電話番号	０４５－７４２－０８６６
	Fax番号	０４５－７４２－３３７１
	相談員	松宮　友紀、伊藤　育世
	対応時間	月曜日～金曜日　９：００～１７：４５

○ 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

はまふくコール	所在地	横浜市中区本町６丁目５０番地の１０
	電話番号	０４５－２６３－８０８４
	対応時間	月曜日～金曜日　９：００～１７：００
神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）	所在地	横浜市西区楠町２７－１
	電話番号	０４５－３２９－３４４７
	Fax番号	０４５－３１７－９９５９
	対応時間	月曜日～金曜日　９：００～１７：００

利用者からの苦情受け入れ体制手順

苦情受付窓口（各事業担当者）

↓

内容記録・状況確認

↓

苦情内容・確認状況を苦情解決責任者に報告（各事業責任者）

↓

事実確認・原因究明・サービス調整・改善を検討

↓

施設課・在宅課の担当者会議開催

必要に応じ区福祉保健センター・横浜市健康福祉局へ報告

↓

申出者に回答・謝罪・サービス改善・調整

↓

希望に応じ第三者委員に連絡

必要に応じ損害賠償保険会社に連絡

↓

記録を整え、代表者会議・職員会議・サービス向上委員会に報告

危機管理委員会にて原因・再発防止策検討

↓

必要に応じ区福祉保健センター・横浜市健康福祉局へ口頭・書面にて報告

↓

苦情対応報告として記録文書を保管

事業報告として理事会・広報にて報告

13　当法人の概要

法人の名称	社会福祉法人横浜大陽会
代表者名	理事長　島村　和子
所在地・電話	横浜市南区大岡５丁目１３番１５号 ０４５－７４２－０６２５
業務の概要	**第１種社会福祉事業** 特別養護老人ホームの経営 **第２種社会福祉事業** 老人デイサービス事業の経営 老人短期入所事業の経営 老人介護支援センターの経営 小規模多機能型居宅介護事業の経営 老人居宅介護等事業の経営 障害福祉サービス事業の経営 生活困窮者に対して、その住居で衣食その他日常の生活必需品若しくはこれに要する金銭を与え、又は生活に関する相談に応ずる事業 特定相談支援事業の経営 **公益事業** 居宅介護支援事業 地域包括支援センター 地域ケアプラザにおける地域活動・交流の事業 サービス付き高齢者住宅の経営 栄養ケアステーションの経営

年　　月　　日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

事業者　　社会福祉法人　横浜大陽会

事業者名　特別養護老人ホーム　白朋苑

説明者　　印

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

利用者　氏　名　　印