

介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

(令和6年4月1日現在)

1 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 0479-77-1331

(受付時間 原則 月～土曜日 午前8時30分～午後5時00分まで)

担当 前林 満裕美

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 介護予防短期入所生活介護 芝山苑 の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名	介護予防短期入所生活介護 芝山苑
所在地	千葉県山武郡芝山町山中字池ノ谷1337-1
介護保険指定番号	短期入所生活介護(千葉県 1276500038号)

(2) 同施設の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	施設長認定講習 修了者	1名		1名
医師	医師免許		1名	1名
生活相談員	社会福祉主事、 他	2名以上		2名以上
管理栄養士	管理栄養士免許	2名		2名
機能訓練指導員	准看護職	1名		1名
介護支援専門員	実務研修終了者	1名以上		1名以上
事務職員		2名	1名	3名
介護・看護 職員	正看護師	1名		1名
	准看護職	3名	1名	4名
	介護福祉士	17名		17名
	1～2級修了者	3名	1名	4名
	一般介護職	3名	1名	4名
	その他	2名	2名	5名

(3) 同施設の概要

定 員		10 名	静養室	1室2床
居 室	4人部屋	4室(1室45.35㎡)	医務室	1 室
	個 室	室(1室14.96㎡)	食 堂	1 室
浴 室		一般浴槽と特殊浴槽が あります。	機能訓練 室	1 室
			面談室	1 室

3 サービス内容

- ①食事
- ②入浴
- ③介護
- ④機能訓練
- ⑤生活相談
- ⑥健康管理
- ⑦特別食の提供
- ⑧理美容サービス
- ⑨レクリエーション 等

4 利用料金

(1) 基本料金

①施設利用料

従来型個室	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の一日あたりの自己負担額
要支援1	4,510円	451円
要支援2	5,610円	561円
多床室	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の一日あたりの自己負担額
要支援1	4,510円	451円
要支援2	5,610円	561円

1 その他加算されるものについて

項目	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額

療養食加算(1食あたり)	8円	療養食を提供している場合。
送迎加算	184円/片道	入退所に苑の送迎車利用された時。
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22円	介護福祉士の有資格者が80%以上配置されている。又は勤続年数者が35%以上
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18円	介護福祉士の有資格者が60%以上配置されている。
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6円	介護福祉士の有資格者が50%以上配置されている。又は常勤職員75%又は勤続年数以上30%以上
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数に短期入所介護加算率8.3%を乗じた単位数	厚生労働大臣が別に定める8つの基準をすべて満たす。
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数に短期入所介護加算率6.0%を乗じた単位数	(Ⅰ)における(1)～(6)、(8)の基準を満たし、(7)又は(8)の基準を満たす。
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数に短期入所介護加算率3.3%を乗じた単位数	(Ⅰ)における(1)～(6)の基準を満たし、(7)の①②又は③④の基準を満たす。
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	(Ⅲ)の90/100	(Ⅰ)における(1)～(6)の基準を満たす。
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数に短期入所介護加算率2.7%を乗じた単位数	厚生労働大臣が別に定める基準をすべて満たす。
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数に短期入所介護加算率2.3%を乗じた単位数	厚生労働大臣が別に定める基準をすべて満たす
介護職員ベースアップ支援加算	所定単位数に短期入所介護加算率1.6%を乗じた単位数	加算に必要な条件をすべて満たしている場合。 *所定単位数より算定
機能訓練指導体制	12円	専従の機能訓練指導員を配置している。
個別機能訓練加算	56円	厚生労働大臣が定める4つの基準を満たした施設において、機能訓練を行った場合に加算
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3円	入所者総数が認知症対象者50%以上 認知症介護の専門的な研修を修了している者(19人以上では1人以上配置)認知症ケアに関する会議を定期的に開催している。
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4円	入所者総数が認知症対象者50%以上 認知症介護の専門的な研修を修了している者(認知症ケアの指導等を実施している。) 認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修を実施・実施予定。
若年性認知症入所者受入加算	120円	若年性認知症と診断を受けた方を個別に担当を決め受け入れる。
生活相談員配置等加算	13円	生活相談員1人以上配置 地域に貢献する活動を行っている。

生活機能向上連携加算 (I)	100円	1 訪問・通所リハビリテーション事業所、もしくは医療提供施設のPT、OT、ST又は医師の助言に基づき、短期入所生活介護事業所の機能訓練指導員等が共同して利用者の身体状況等の評価及び、個別機能訓練計画の作成を行う。②個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供。③機能訓練指導員等がPTと連携し、個別機能訓練計画の進捗状況等を3か月に1回以上評価し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行う。
・生活機能向上連携加算 (II)	200円	2 PT等が短期入所生活介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同してアセスメント、利用者の身体状況等の評価及び、個別機能訓練計画の作成を行う。 (I) ②、③の項目を満たす。
長期利用者に対する減算	30円 (30日を超えた日から上記単位数を減算)	居宅に戻ることなく、自費利用を挟み同一の指定短期入所生活介護事業所を連続して30日を超えて利用している場合。
認知症行動・心理症状緊急 対応加算	200円 (7日を上限とする)	認知症の行動心理症状の為、在宅での生活が困難で緊急に受け入れが必要と医師が判断した方を受け入れた場合。

負担割合

※サービス費の自己負担額は、介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です。

③ 居住費(滞在費)・食費

対象者		区分	居住費(滞在費)	食費
			多床室	
生活保護受給者		利用者負担 第1段階	0	300
世帯非課税 市町村 住民税	年金収入等の金額が 80万円以下の方	利用者負担 第2段階	430	600
	年金収入等が80万超 120万円未満の方など	利用者負担 第3段階①	430	1000

(2) その他の料金

① 理美容費

実費1000円

② 特別な食事

実費

	年金収入等が120万超 266万円未満	利用者負担 第3段階②	430	1300
	上記以外の方 ※施設との契約により設定	利用者負担 第4段階以上	1070	1600
負担限度額認定証を受けている場合は認定証に記載している負担限度額とします。 (食費内訳)				
		朝食	昼食	夕食
	利用者負担第4段階以上の方	480	640	480

⑤ 送迎費

サービス提供地域

内 山武郡・山武市・東金市・成田市・八街市・富里市・多古町
厚生労働大臣の定めるところによる

サービス提供地域 上記以外の地域においては、30分につき500円とし、上限を
2000円とする。

(運転手1名・付き添い1名・計2名を含む)

⑥ その他

- ・ 上記の他 外出行事参加費用、教養娯楽費(クラブ活動材料費等)、おやつ代、自己負担
となります。

(3) キャンセル料

利用前にお客様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 掛かります

(1) 利用前の前日午後5時までにご連絡いただいた場合	無 料
(2) 利用日の当日午前9時までにご連絡がなかった場合	1日の利用料の50%

(4) 利用中の中止

利用途中にサービスを中止して利用終了する場合、利用終了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、利用途中でもサービスを中止する場合があります。
 - ・ 利用者が中途利用中止を希望した場合
 - ・ 利用日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合(熱発・感染症等)
 - ・ 利用中に体調が悪くなった場合。
 - ・ 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

(5) 支払方法

介護予防短期入所生活介護、ご利用の翌月5日前後に請求書をお渡しいたします。お早め
にお支払いください。(月初めが連休の場合は遅れる事もございます。)

お支払いいただきますと、利用者に対し領収書を発行します。

お支払い方法は、持参払い・銀行振り込みとなります。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

まずは、お電話でお申し込みください。

ご利用期間決定後、契約を締結いたします。なお、ご利用の予約は3ヶ月前
からできます。

- * 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員と
ご相談ください。

(2) サービス利用契約の終了

- ① お客様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。
- ② 自動終了
 - ① お客様が介護保険施設に入所した場合(介護老人保健施設を除く)
 - ② お客様がお亡くなりになった場合
 - ③ 介護保険給付でサービスを受けているお客様の要介護認定区分が非該当(自立)と認定された場合
* この場合に限り、予約を有効にしたまま、契約条件を変更して再度契約することができます。
 - ④ お客様が、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、7日以内に支払われない場合、お客様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、または、やむを得ない事情により施設を閉鎖もしくは縮小する場合は7日前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことができます。なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。

6 当施設のサービスの特徴

(1) 運営の方針

管理者や従業者は、利用者が可能な限りその居室において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話をを行うことにより、利用者の心身の機能の維持及び家族の身体的並びに精神的負担の軽減を図るよう支援する。

利用者の家族との連携を図るよう努めるとともに、実施に当たっては地域住民又はその自発的な活動等との連携及び、協力を行う等の地域との交流に努める。

(2) サービス利用のために

事 項	有 無	備 考
男性介護職員の有無	○	
従業員への研修の実施	○	随時実施しています
サービスマニュアルの作成	○	
身体的拘束	×	緊急時などを除く
その他		

(3) 施設利用に当たっての留意事項

① 面会

10:00～17:00

※予約制になります。時間は10分～20分程度

② 外出

体調に応じて随時可能。前日までにご連絡下さい

③ 飲酒、喫煙

飲酒は原則苑内禁止、喫煙は苑管理にて所定の場所で可能。

④ 金銭・貴重品の管理

やむを得ず持ち込む場合はご利用者各自の責任で保管し、紛失などあった場合は
ご利用者各自の責任になりますことご理解をお願いします。

⑤所持品の持ち込み

氏名記入のうえ、持ち込まれるものを職員へお声かけ下さい。(衣類等も)

⑥病院受診

病院受診は原則、ご家族様送迎にて受診となります。緊急時はご家族に連絡後、
救急搬送致します。

⑦宗教活動・ペット

原則、苑内禁止

⑧食品について(間食について)

ご利用者様にお持ちいただいた食品は必ず看護師・介護士確認してお預かりする事となりま
す。尚、ご本人の状態によってはお返す事もございます。

7 緊急時の対応方法

ご利用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処置を講ずる
ほかご家族の方に速やかに連絡いたします。

8 非常災害対策

・災害時の対応 職員等は火災等を発見した場合、直ちに消防機関へ通報するとともに、大声で
他の職員及び苑内にいる者に知らせ、苑内にいる者の避難誘導に全力をあげること。
地震時、防火責任者は全職員に指揮し、下記使用設備器具等からの出火防止措置を行う。
職員は、苑内にいる者に対して必要な指示をし、混乱防止に努める。
避難は、防災機関からの避難命令又は防火責任者の判断により開始する。

- ・防災設備 スプリンクラー設備・火災通報装置・誘導灯・自動火災報知設備
消火器・避難器具・非常警報設備
- ・防災訓練 年間行事計画による(年3回実施)
- ・防火責任者 高根 完

9 サービス内容に関する相談・苦情

- 1 当施設ご利用者相談・苦情担当 生活相談員
電話 0479-77-1331
- ・第三者委員 内藤 節子
電話 0476-93-1040
粕谷 智浩
電話 090-3095-9480

② その他

当施設以外に、市町村の相談・苦情窓口等でも受けつけています。

- ・市町村名 芝山町役場 担当 福祉保健課 電話 0479-77-3914
- ・千葉県国民健康保険団体連合会 電話 043-254-7318

10 当法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 徳栄会
代表者役職・氏名 理事長 高根 宏
本部所在地・電話番号 千葉県山武郡芝山町山中字池ノ谷1337-1
0479-77-1331

定款の目的に定めた事業 1、第一種社会福祉事業

施設・拠点等

- 2、第二種社会福祉事業
- 3、居宅介護支援事業
- 4、その他これに付随する業務
 - 特別養護老人ホーム 4ヶ所
 - 短期入所生活介護(予防) 2ヶ所
 - 通所介護 2ヶ所
 - 在宅介護支援センター 2ヶ所
 - (うち居宅介護支援事業所 2ヶ所)

11 その他

短期入所生活介護ご利用に当たり、利用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
千葉県山武郡芝山町山中字池ノ谷1337番1
介護予防短期入所生活介護 芝山苑
説明者
_____ 前林 満裕美 _____

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重要事項の説明を受けました。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 _____

利用者(契約者)

氏 名 _____

代理人

氏 名 _____