

併設型・空床型ユニット型 介護予防短期入所生活介護 重要事項説明書
(令和 年 月 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 0476-37-1061 (午前9:00～午後5:00まで)

担当 介護主任 青 木 真 幸 生活相談員 関 根 淳 石 井 誠
香 取 英 幸 木 村 航 平

※ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 特別養護老人ホーム長寿園の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	特別養護老人ホーム 長 寿 園
所在地	千葉県成田市長沼字長津 1 6 0 0 番地
介護保険指定番号	介護予防短期入所生活介護 (千葉県 1 2 7 1 6 0 0 0 6 4 号)

(2) 同施設の職員体制

		資 格 等
管 理 者	1 名（兼務可）	施設長
嘱 託 医	1 名（非常勤可）	医師
介護支援専門員	1 名以上	介護支援専門員
生活相談員	1 名以上	社会福祉主事・介護福祉士
看 護 職 員	3 名以上（常勤正看護師 1 名以上含）	正看護師・准看護師
介 護 職 員	2 0 名以上	介護福祉士 ヘルパー 1 ・ 2 級 その他
機能訓練指導員	1 名以上	正看護師・准看護師
栄 養 士	1 名以上	管理栄養士
事務員	3 名以上	

(3) 設備の概要

定員 ： 特養 7 5名				
ユニット型個室	6 0 室		その他	浴室（個浴、一般浴、中間浴、特殊浴槽）、医務室、静養室、食堂、機能訓練室、汚物処理室、洗濯室
従来型多床室	4 人部屋	3 室		
	2 人部屋	1 室		
従来型個室	1 室			

3 サービス内容

①食 事 原則的に食堂で行います。

②入 浴 最低週2回入浴できます。(一般浴槽・中間浴槽・特殊浴槽)

③介 護 日常生活において、ご希望に応じ適切な介護サービスを提供します。
(着替え・排泄・入浴・施設内移動の付添・体位変換・シーツ交換等)
※ ご希望に応じて同性介護も行います。

④機能訓練 機能訓練指導を行います。

⑤生活相談 生活相談員をはじめ職員が日常生活に関すること等の相談に応じます。

⑥健康管理 利用中の医療機関の受診は、基本的にご家族に対応頂きます。ただし、ご利用開始後必要に応じ、健康状態を把握するため、嘱託医を受診する場合がございます。

⑦理美容サービス 月に1回実施しております。料金は別途かかります。

⑧レクリエーション 年間を通して事業所内外の行事等を行います。

4 利用料 お支払頂く料金は下記の通りです。

(1) ①基本料金

介護区分	ユニット型個室
要支援 1	529単位
2	656単位

*上記の単位は、地域区分(1単位10.66)で算定します。

②その他の加算

加算項目	自己負担額
【1】. サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位/日
【2】. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	14.0%
【3】. 療養食加算	8単位/回
【4】. 若年性認知症利用者受入加算	120単位/日
【5】. 送迎加算(片道)	184単位

*その他利用者別に【療養食加算】、【若年性認知症利用者受入加算】がつく場合があります。

*上記の加算は、地域区分(1単位10.66)で算定します。

*介護保険負担割合証をご参照いただき、利用者負担の割合が2割、3割の方につきましては

①基本料金、②その他加算料金等が2割、3割負担の対象となります。

(2) 地域区分

介護予防短期入所生活介護 1 単位当たり：10,660 円

＊地域区分とは、介護報酬単位数を金額に換算する為、物価水準や賃金の地域差を考慮した地域毎の単位数単価をいいます。

【1】. サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

指定短期入所生活介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、介護福祉士の割合が60%以上であること。

【2】. 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

1 か月のご利用総単位数（食費、居住費除く）に14.0%が加算されます。

【3】. 療養食加算

医師の食事箋に基づく糖尿病食・腎臓病食・肝臓病食・胃潰瘍食・貧血食・脾臓病食・脂質異常症食・痛風食及び特別な場合の検査食の提供。1 日につき3回を限度として算定。

【4】. 若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症患者を受け入れ、本人やその家族の希望踏まえた介護サービスを提供した場合。

【5】. 送迎加算（片道）

1,840 円（ただし、介護保険適用時の自己負担額は、184 円）

※但し、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。その場合は一旦日あたりの利用料を戴き、サービス提供証明書を発行致します。サービス提供証明書を後日保険者（市町村）の窓口提供しますと、差額の払戻を受けることが出来ます。

③食費

利用者段階	一日あたり	内訳	
4	1, 800円	朝食	400円
		昼食	810円
		夕食	590円
3②	1, 300円		
3①	1, 000円		
2	600円		
1	300円		

※ご本人の希望で召し上がれなかった場合や急な体調不良等により召し上がれなかった場合であっても食事をご用意させて頂いた時点で食事代が発生いたします。

④居住費

利用者段階	ユニット型個室
4	2, 106円
3	1, 370円
2	880円
1	880円

※1 利用者段階・・・第1段階・・・生活保護を受けておられる方・老齢福祉年金受給者

第2段階・・・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額+合計所得と非課税年金収入額の合計金額が80.9万円以下

第3段階・・・市町村民税世帯非課税であって、第2段階該当者以外

① 合計所得額+課税年金収入額+非課税年金収入額の合計が80.9万円超120万以下

② 合計所得額+課税年金収入額+非課税年金収入額の合計が120万円超

第4段階・・・市町村民税世帯課税であって、世帯に課税者がある方
市町村民税本人課税者

(3) その他の料金

「その他利用料」表のとおり

(4) キャンセル料

入所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かかります。

入所の前日午後5時までにご連絡いただいた場合 無料

入所の当日午後5時までにご連絡いただいた場合 一日の利用料の20%

(5) 利用中の中止

利用途中にサービスを中止して退所する場合、退所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。

- ・利用者が中途退所を希望した場合
- ・入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・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

上記の中で必要な場合は、ご家族又は緊急連絡先へ連絡すると共に速やかに主治の医師または、歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。なお、緊急やむを得ない場合を除き病院への受診は、家族の付添いを原則と致します。

また、料金は退所日までの日数を基準に計算します。

(6) 支払方法

利用料は原則口座振替とさせていただきます。毎月、10日を目途に前月分の請求書を郵送させていただきます、27日(休日の場合は翌営業日)に引き落としとなります。尚、領収書につきましては口座振替完了後、請求書と共に郵送させていただきます。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

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下さい。

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ない場合は、お電話でご相談ください。

(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

実際に介護予防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

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合
- ・介護保険給付でサービスを受けているお客様の要支援認定区分が非該当（自立又は、要介護）と認定された場合（要介護と認定された場合は、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。）
- ・お客様が、サービスの料金の支払を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30日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) 運営方針

事業者は、利用者が要支援状態になった場合においても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活が営むことができるよう、入浴・排泄・食事の介護、その他の日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。

2 事業の実施に当たっては、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(2) 施設利用に当たっての留意事項（次のことについて入所時にご相談に応じます。）

- ・面会
- ・外出、外泊・飲酒、
- ・設備、器具の利用
- ・金銭、貴重品の管理
- ・所持品の持ち込み
- ・施設外での受診
- ・宗教活動

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。

緊 急 連 絡 先				(2名記入してください)	
氏 名	ふりがな	続柄	ふりがな	続柄	
		()		()	
住 所					
電話番号					
主 治 医	病院または診療所名				
	医師名				
	住所				
	電話番号				

8 非常災害対策

- ・災害事業者の対応
- ・防災設備 スプリンクラー、緊急通報装置
- ・防災訓練 年3回以上施行
- ・防火責任者 崎 山 博 康

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 関 根 淳
電話 0 4 7 6 - 3 7 - 1 0 6 1

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付けています。

成田市高齢者福祉課 T E L 0 4 7 6 - 2 0 - 1 5 3 7

千葉県国民健康保険団体連合会 T E L 0 4 3 - 2 5 4 - 7 4 2 8
F A X 0 4 3 - 2 5 4 - 9 8 6 1

10 当園の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 浅間の杜
代表者役職・氏名	理事長 浅野 學
本部所在地・電話番号	成田市長沼字長津1600番地 0 4 7 6 - 3 7 - 1 0 6 1
定款の目的に定めた事業	介護老人福祉施設 短期入所生活介護 通所介護 その他これに付随する業務
施設・拠点等	特別養護老人ホーム長寿園 デイサービスセンター長寿園

令和 年 月 日

短期入所生活介護ご利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者

所在地 千葉県成田市長沼字長津1600番地

名称 特別養護老人ホーム長寿園

説明者 職種

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重要事項の説明を受けました。

利用者

住所

氏名

印

身元引受人

住所

氏名

(続柄) 印