

短期入所生活介護

特別養護老人ホーム

日永英水苑（従来型）

重要事項説明書

社会福祉法人 英水会

1. 事業の目的

当事業所は要介護状態となった場合にも、ご利用者が可能な限りその居宅において有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう、支援することを目的とします。

またご利用者の心身機能の維持ならびに、ご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る事を主とします。

2. 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 英水会
法人所在地	三重県四日市市大字日永字母ヶ坂5530番地23
代表者氏名	理事長 尾崎 英世
電話番号	059-340-0273
設立年月日	平成5年11月1日

3. ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム 日永英水苑（従来型）
施設の所在地	三重県四日市市大字日永5530番地の23
施設長名	北野 正和
電話番号	059-340-3668

4. 実施事業

事業の種類	三重県知事の事業者指定		定 数
	指定年月日	指定番号	
短期入所生活介護	平成26年5月1日	2470204633号	10名

5. 居室の概要

居室・設備の種類	室 数	備 考
多床室(2人部屋)	5室	24.04 m ² ～ 27.34 m ²
食堂兼機能訓練室	1室	33.58 m ²
静 養 室	1室	13.65 m ²
介 護 浴 室	1室	38.03 m ²
一 般 浴 室	1室	43.23 m ²
医 務 室	1室	16.02 m ²

6. 職員の配置状況

職 種	職員数	指定基準
施設長（管理者）	1名	1名
生活相談員	1名	1名
介護職員	18名	看護職員と介護職員の 合計で4名
看護職員	3名	
機能訓練指導員	1名	1名
医 師	1名	必要数
管理栄養士	1名	1名

* 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

* 職員数については介護老人福祉施設と兼務になります。

7. 職員の勤務内容

管理者：職員等の管理および業務の実施状況の把握、その他管理を一元的に行う。

医師：ご利用者に対し、健康管理および療養上の指示を行う。

生活相談員：ご利用者およびご家族の相談に応じるとともに、適切なサービスの提供が出来るよう施設内のサービス調整、居宅介護支援事業者等他の機関との連携において必要な役割を果たす。

看護職員：健康チェック等を行うことにより、ご利用者の健康状態を的確に把握し、ご利用者が各種サービスを利用するために必要な処置を行う。

介護職員：サービスの提供にあたり、ご利用者の心身の状況等を的確に把握し、ご利用者に対し適切な介護を行う。

管理栄養士：ご利用者の食事管理、栄養指導にあたる。

機能訓練指導員：ご利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するために必要な機能訓練を行う。

【主な職種の勤務体制】

職種	勤務体制	
施設長	8：30～17：30	
医師	14：00～16：00（毎週1回）	
生活相談員	8：30～17：30	
介護職員	早番 6：40～15：40	日勤 10：00～19：00
	遅番 13：00～22：00	夜勤 21：50～翌6：50
看護職員	8：00～19：00のうち8時間	
機能訓練指導員	8：00～19：00のうち8時間	
管理栄養士	8：30～17：30	

*業務上の都合又はサービス提供上のニーズに応じて若干の変更をする場合もございます。

（勤務表による）

8. 施設サービスの概要

種 類	内 容
食 事	・ 朝食7:30～9:00 昼食12:00～13:30 夕食18:00～19:30
入 浴	・ 各ユニットにおいての入浴、又は清拭を行います。
排 泄	・ 排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限に活用した援助を行います。
生活リハビリ	・ 機能訓練指導員がご利用者の身体等の状況に応じて、日常生活を送るうえで必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を行います。
健康管理	・ 看護職員が嘱託医と連携し、健康管理を行います。
栄養管理	・ ご利用者の栄養状態の課題を適切に把握し、その状態に応じて関係職員の連携により栄養マネジメントを行います。
その他の自立支援	・ 生活リズムを考え、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、適切な整容の援助を行います。

9. 嘱託医

名 称	所 在 地	診 療 科
玉 垣 医 院	四日市市河原田町2355-1	内 科

10. 協力医療機関

名 称	所 在 地
県立総合医療センター	四日市市大字日永5450-132

11. サービス利用料金（1日）《 短期入所生活介護 従来型 》連続61日以上利用した場合

第1段階

							【円】			
要介護度	短期 ／活期 ／介入 日 介護所 費 生	(Ⅰ) 配置 夜勤 加算 職員	(Ⅰ) 処遇 改善 加算 ※1	総 介 護 費 単 位 数	／サ ー ビ ス 費 ※2	より 介 護 給 付 保 険	①自己 負担額/日	②滞在費 (¥0/日)	③食費 (¥300/日)	①+②+③ 利用負担額総合計
要介護1	573	13	82	668	6,900	6,210	690	0	300	990
要介護2	642	13	92	747	7,716	6,944	772	0	300	1,072
要介護3	715	13	102	830	8,573	7,715	858	0	300	1,158
要介護4	785	13	112	910	9,400	8,460	940	0	300	1,240
要介護5	854	13	121	988	10,206	9,185	1,021	0	300	1,321

第2段階

要介護度	短期 ／活期 ／介入 日 介護所 費 生	(Ⅰ) 配置 夜勤 加算 職員	(Ⅰ) 処遇 改善 加算 ※1	総 介 護 費 単 位 数	／サ ー ビ ス 費 ※2	より 介 護 給 付 保 険	①自己 負担額/日	②滞在費 (¥430/日)	③食費 (¥600/日)	①+②+③ 利用負担額総合計
要介護1	573	13	82	668	6,900	6,210	690	430	600	1,720
要介護2	642	13	92	747	7,716	6,944	772	430	600	1,802
要介護3	715	13	102	830	8,573	7,715	858	430	600	1,888
要介護4	785	13	112	910	9,400	8,460	940	430	600	1,970
要介護5	854	13	121	988	10,206	9,185	1,021	430	600	2,051

第3段階①

要介護度	短期 ／活期 ／介入 日 介護所 費 生	(Ⅰ) 配置 夜勤 加算 職員	(Ⅰ) 処遇 改善 加算 ※1	総 介 護 費 単 位 数	／サ ー ビ ス 費 ※2	より 介 護 給 付 保 険	①自己 負担額/日	②滞在費 (¥430/日)	③食費 (¥1,000/日)	①+②+③ 利用負担額総合計
要介護1	573	13	82	668	6,900	6,210	690	430	1,000	2,120
要介護2	642	13	92	747	7,716	6,944	772	430	1,000	2,202
要介護3	715	13	102	830	8,573	7,715	858	430	1,000	2,288
要介護4	785	13	112	910	9,400	8,460	940	430	1,000	2,370
要介護5	854	13	121	988	10,206	9,185	1,021	430	1,000	2,451

第3段階②

要介護度	短期 ／活期 ／介入 日 介護所 費 生	(Ⅰ) 配置 夜勤 加算 職員	(Ⅰ) 処遇 改善 加算 ※1	総 介 護 費 単 位 数	／サ ー ビ ス 費 ※2	より 介 護 給 付 保 険	①自己 負担額/日	②滞在費 (¥430/日)	③食費 (¥1,300/日)	①+②+③ 利用負担額総合計
要介護1	573	13	82	668	6,900	6,210	690	430	1,300	2,420
要介護2	642	13	92	747	7,716	6,944	772	430	1,300	2,502
要介護3	715	13	102	830	8,573	7,715	858	430	1,300	2,588
要介護4	785	13	112	910	9,400	8,460	940	430	1,300	2,670
要介護5	854	13	121	988	10,206	9,185	1,021	430	1,300	2,751

第4段階

要介護度	短期 ／活期 ／介入 日 介護所 費 生	(Ⅰ) 配置 夜勤 加算 職員	(Ⅰ) 処遇 改善 加算 ※1	総 介 護 費 単 位 数	／サ ー ビ ス 費 ※2	より 介 護 給 付 保 険	①自己 負担額/日	②滞在費 (¥915/日)	③食費 (¥1,600/日) 朝食350円 昼食650円 夕食600円	①+②+③ 利用負担額総合計
要介護1	573	13	82	668	6,900	6,210	690	915	1,600	3,205
要介護2	642	13	92	747	7,716	6,944	772	915	1,600	3,287
要介護3	715	13	102	830	8,573	7,715	858	915	1,600	3,373
要介護4	785	13	112	910	9,400	8,460	940	915	1,600	3,455
要介護5	854	13	121	988	10,206	9,185	1,021	915	1,600	3,536

・自己負担割合は、介護保険負担割合証にてご確認ください。上記金額は1割負担となります。・上記の金額は、職員の配置基準や条件等によって、加算部分が変動する場合がございます。

・介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載されている滞在費・食費のご負担になります。

・ご利用者の自宅・施設間の送迎をご利用の場合、送迎加算として片道184単位を頂戴します。

※1 サービス料金に係る加算を含んだ単価に14.0%を乗じた1割の金額が加算されます。

※2 四日市市における1単位の単価は、10.33円です。

第1段階

要介護度	短期／介護所費生	(I)夜勤加算員	(I)処遇改善加算※1	総介護費 単位数	／サービス費※2	より介護給付保険	①自己負担額/日	②滞在費(¥0/日)	③食費(¥300/日)	①+②+③ 利用負担額総合計
要介護1	603	13	86	702	7,251	6,525	726	0	300	1,026
要介護2	672	13	96	781	8,067	7,260	807	0	300	1,107
要介護3	745	13	106	864	8,925	8,032	893	0	300	1,193
要介護4	815	13	116	944	9,751	8,775	976	0	300	1,276
要介護5	884	13	126	1,023	10,567	9,510	1,057	0	300	1,357

第2段階

要介護度	短期／介護所費生	(I)夜勤加算員	(I)処遇改善加算※1	総介護費 単位数	／サービス費※2	より介護給付保険	①自己負担額/日	②滞在費(¥430/日)	③食費(¥600/日)	①+②+③ 利用負担額総合計
要介護1	603	13	86	702	7,251	6,525	726	430	600	1,756
要介護2	672	13	96	781	8,067	7,260	807	430	600	1,837
要介護3	745	13	106	864	8,925	8,032	893	430	600	1,923
要介護4	815	13	116	944	9,751	8,775	976	430	600	2,006
要介護5	884	13	126	1,023	10,567	9,510	1,057	430	600	2,087

第3段階①

要介護度	短期／介護所費生	(I)夜勤加算員	(I)処遇改善加算※1	総介護費 単位数	／サービス費※2	より介護給付保険	①自己負担額/日	②滞在費(¥430/日)	③食費(¥1,000/日)	①+②+③ 利用負担額総合計
要介護1	603	13	86	702	7,251	6,525	726	430	1,000	2,156
要介護2	672	13	96	781	8,067	7,260	807	430	1,000	2,237
要介護3	745	13	106	864	8,925	8,032	893	430	1,000	2,323
要介護4	815	13	116	944	9,751	8,775	976	430	1,000	2,406
要介護5	884	13	126	1,023	10,567	9,510	1,057	430	1,000	2,487

第3段階②

要介護度	短期／介護所費生	(I)夜勤加算員	(I)処遇改善加算※1	総介護費 単位数	／サービス費※2	より介護給付保険	①自己負担額/日	②滞在費(¥430/日)	③食費(¥1,300/日)	①+②+③ 利用負担額総合計
要介護1	603	13	86	702	7,251	6,525	726	430	1,300	2,456
要介護2	672	13	96	781	8,067	7,260	807	430	1,300	2,537
要介護3	745	13	106	864	8,925	8,032	893	430	1,300	2,623
要介護4	815	13	116	944	9,751	8,775	976	430	1,300	2,706
要介護5	884	13	126	1,023	10,567	9,510	1,057	430	1,300	2,787

第4段階

要介護度	短期／介護所費生	(I)夜勤加算員	(I)処遇改善加算※1	総介護費 単位数	／サービス費※2	より介護給付保険	①自己負担額/日	②滞在費(¥915/日)	③食費(¥1,600/日) 朝食350円 昼食650円 夕食600円	①+②+③ 利用負担額総合計
要介護1	603	13	86	702	7,251	6,525	726	915	1,600	3,241
要介護2	672	13	96	781	8,067	7,260	807	915	1,600	3,322
要介護3	745	13	106	864	8,925	8,032	893	915	1,600	3,408
要介護4	815	13	116	944	9,751	8,775	976	915	1,600	3,491
要介護5	884	13	126	1,023	10,567	9,510	1,057	915	1,600	3,572

・自己負担割合は、介護保険負担割合証にてご確認ください。上記金額は1割負担となります。・上記の金額は、職員の配置基準や条件等によって、加算部分変動する場合がございます。

・介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載されている滞在費・食費のご負担になります。

・ご利用者の自宅・施設間の送迎をご利用の場合、送迎加算として片道184単位を頂戴します。

・要介護1～5の方が連続30日を超えて利用した場合は短期入所生活介護費から30単位減算されます。

※1 サービス料金に係る加算を含んだ単価に14.0%を乗じた1割の金額が加算されます。

※2 四日市市における1単位の単価は、10.33円です。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービスの利用料金

①理美容サービス

理美容師の出張サービスによる理髪サービス(調髪、顔剃)をご利用いただけます。

利用料金	実費相当
------	------

②日常生活上必要となる物品等の提供

日常生活品の購入代金等、ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者にご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いただきます。

- ・テレビ、冷蔵庫、電気アンカ等の居室内で電化製品を使用される場合

使用料金	1日あたり ￥100
------	------------

- ・電話使用料

使用料金	実 費
------	-----

- ・日常生活品の購入

利用料金	購入価格の実費
------	---------

③複写物の交付

ご利用者及びご家族は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧いただけますが、複写物を必要とする場合は実費をご負担いただきます。

利用料金	1枚につき¥10
------	----------

④特別な食事(アルコール類等を含む)

ご利用者の希望に基づいて特別な食事を提供した場合は実費をご負担いただきます。

利用料金	要した費用の実費
------	----------

⑤レクリエーション・行事費

利用料金	要した費用の実費
------	----------

(3) お支払方法

支払方法は、百五銀行口座自動引き落としとさせていただきます。(毎月、月末〆切の翌月19日引き落としで、19日が土・日・祝日にあたる場合にはその翌日となります。)

1 2. 実習の受け入れについて

当施設では介護福祉士、社会福祉士、介護職員初任者研修等を養成する専門学校等の養成機関からの依頼を受け、現場実習の受け入れを行います。

実習生が期間中にご利用者の方の担当をし、実際の援助をさせていただくこともあります。

実習生がご利用者の方々に対して適切な援助を行えるよう養成機関等や、当該施設職員により指導を行っていきます。

なお、実習生も職員と同様に個人情報の取扱いを適切に行うものとします。

1 3. 事故発生時の対策

- ・当法人のサービスの提供に起因して事故が発生した場合は、適切な処置を講ずるとともにご利用者の家族、身元引受人、及び関係機関に速やかに連絡します。
- ・当法人の故意又は、重大な過失によりご利用者又はご利用者の財産に損害を生じた場合、適切な処置を講じます。
- ・前項について当法人は損害賠償責任を負うものとします。
- ・事故が生じた場合にはその原因を調べ、再発生防止のための対策を講じます。

14. 苦情申し立て先

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所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。

- ・ 苦情解決責任者 施 設 長 北野 正和
- ・ 苦情受付窓口（担当者） 介護主任 川村 真吾
- ・ 受付時間 毎日午前8時30分から午後5時30分
- ・ 電 話 059-340-3668（お越しになる前にご一報ください。）

※直接窓口にお越しいただくことが困難な場合は、文章でも結構です。

また、苦情受付箱を窓口に設置してあります。

(2) 当施設の第三者委員

- ・ 社会福祉法人 英水会 監事 柴田 光
- ・ 社会福祉法人 英水会 監事 丹羽 昭博

(3) 行政機関その他苦情の受付機関

四日市市介護・高齢福祉課	所在地 四日市市諏訪町1-5 TEL (059) 354-8425 受付時間 9時～17時
三重県国民健康保険団体連合会 (介護保険課苦情処理係)	所在地 津市桜橋2丁目96番地 TEL (059) 222-4165 受付時間 9時～17時
三重県社会福祉協議会 (三重県福祉サービス 運営適正化委員会)	所在地 津市桜橋2丁目131番地 TEL (059) 224-8111 受付時間 9時～17時

令和 年 月 日

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ないました。

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印

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、短期入所生活介護サービスの提供の開始に同意しました。

ご利用者住所	氏名
_____	_____ 印

ご家族又は立会人住所	ご家族又は立会人氏名
_____	_____ 印

※ 立会人とは、本人及び親族等から公的に認められた第三者（身元保証人・権利擁護センター・成年後見制度における後見人・補佐人など）を示します。立会人が契約を行われる場合には、その者の身分証をご提示いただき、必要に応じてそのコピーを添付させていただきます。