

# I . 重要事項説明書（ 短期入所生活介護 ）

利用者に対する短期入所生活介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1 事業所の概要

|            |                   |
|------------|-------------------|
| 事業所名       | メゾン・二宮            |
| 事業主体       | 社会福祉法人 一燈会        |
| 主たる事務所の所在地 | 神奈川県中郡二宮町一色1435-1 |
| 介護保険事業所番号  | 1471300085        |
| 電話番号       | 0463-73-3373      |

## 2 事業所の職員体制

| 事業所の従業者の職種 | 員数  | 勤務の体制       |
|------------|-----|-------------|
| 管理者        | 1人  | 常勤1名        |
| 生活相談員      | 2人  | 常勤2名        |
| 介護職員       | 42人 | 常勤36名 非常勤6名 |
| 看護職員       | 8人  | 常勤3名 非常勤5名  |
| 機能訓練指導員    | 3人  | 常勤3名（看護師）   |
| 介護支援専門員    | 2人  | 常勤2名        |
| 医師         | 3人  | 非常勤3名       |
| 管理栄養士      | 2人  | 常勤2名        |

## 3 営業時間

|      |                 |
|------|-----------------|
| 営業日  | 年中無休            |
| 受付時間 | 毎日 午前8時30分～午後5時 |

## 4 利用定員及び居室の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。（但し、利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。）

|          |     |                 |
|----------|-----|-----------------|
| 利用定員     | 12名 |                 |
| 居室・設備の種類 | 室数  | 備考              |
| 個室（1人部屋） | 1室  |                 |
| 2人部屋     | 2室  | 3床分             |
| 4人部屋     | 7室  | 8床分             |
| 合 計      | 10室 |                 |
| 食堂       | 4室  |                 |
| 機能訓練室    | 1室  | 平行棒等            |
| 浴室       | 2室  | 一般浴槽・中間浴槽、 特殊浴槽 |
| 医務室      | 1室  |                 |

※上記は、厚生省が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆居室の変更：利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

(様式－特相19-23)

## 5 サービス内容と費用

### (1) 介護保険給付サービス

#### ア サービス内容

| 種 類     | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入浴の介助   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・週 2 回の入浴または清拭を行ないます。</li> <li>・歩行が困難で座位の保てる方は機械浴槽を用いての入浴も可能です。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                          |
| 排泄の介助   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況に応じて適切な排泄・誘導介助を行なうとともに、排泄の自立についても適切な援助を行ないます。</li> <li>・おむつを使用する方に対しては、1 日 6 回の交換を行うとともに、必要な場合は随時交換を行います。</li> </ul>                                                                                                                                                         |
| 着替え等の介助 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行なわれるよう援助します。</li> <li>・リネン（シーツ等）交換は週 1 回実施します。また、必要に応じて随時交換します。</li> </ul>                                                                                                                                                  |
| 食事の介助   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。<br/>(ただし、食材料費は給付対象外です。)</li> <li>・食事はできるだけ離床して食堂で召し上がっていただけるよう配慮します。<br/> <div style="text-align: center;"> (食事時間) 朝食     7 : 30<br/>                   昼食     12 : 00<br/>                   夕食     18 : 00 </div> </li> </ul> |
| 健康管理    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・常に利用者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとります。</li> <li>・緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。</li> <li>・利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについて必要に応じて配慮します。また、通院付添及び送迎については実費支払いが必要となります。</li> </ul>                                                                                           |
| 相談及び援助  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設は、利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行なうよう努めます。<br/>(相談窓口) 生活相談員</li> </ul>                                                                                                                                                                                            |
| 送迎      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、必要に応じてリフト付きの送迎車で入退所の送迎を行ないます。<br/>(片道 1 回 184 円)</li> </ul>                                                                                                                                                                                         |

#### イ 費用 ※ 1 日における料金 (円／日)

|                    |       |     |          |
|--------------------|-------|-----|----------|
| サービス利用に係る<br>自己負担額 | 要介護 1 | 1 日 | 6 0 3 単位 |
|                    | 要介護 2 | 1 日 | 6 7 2 単位 |
|                    | 要介護 3 | 1 日 | 7 4 5 単位 |
|                    | 要介護 4 | 1 日 | 8 1 5 単位 |
|                    | 要介護 5 | 1 日 | 8 8 4 単位 |

(様式－特相19-23)

|                                                          |                |                                         |          |
|----------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------|----------|
| その他の加算                                                   | 夜勤職員配置加算（Ⅰ）    | 1 日                                     | 1 3 単位   |
|                                                          | サービス提供体制加算Ⅲ    | 1 日                                     | 6 単位     |
|                                                          | 看護体制加算Ⅲ        | 1 日                                     | 6 単位     |
|                                                          | 看護体制加算Ⅳ        | 1 日                                     | 1 3 単位   |
|                                                          | 生産性向上推進体制加算Ⅱ   | 1 月                                     | 1 0 0 単位 |
|                                                          | 送迎加算（片道につき）    | 1 日                                     | 1 8 4 単位 |
|                                                          | 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） | 1 月に算定した上記単位数合計の<br>1000 分の 136 に相当する単位 |          |
| 負担金＝単位数（加算含む）×10.33 円（地域加算）を計算した合計額の 1 割、2 割、3 割のいずれかです。 |                |                                         |          |

※介護保険からの給付額に変更が生じた場合、変更額に合わせて負担額を変更します。

## (2) 介護保険給付外サービス

### ◆居住費及び食費

| 段 階      | 居 住 費     | 食 費                                         |
|----------|-----------|---------------------------------------------|
| 第 1 段階   | 0 円／日     | 3 0 0 円／日                                   |
| 第 2 段階   | 4 3 0 円／日 | 6 0 0 円／日                                   |
| 第 3 段階 ① | 4 3 0 円／日 | 1 0 0 0 円／日                                 |
| 第 3 段階 ② | 4 3 0 円／日 | 1 3 0 0 円／日                                 |
| 第 4 段階   | 8 4 0 円／日 | 1 7 7 0 円／日<br>(朝食 490 円、昼食 690 円、夕食 590 円) |

### ◆その他

| 種 類     | 内 容                                                                       | 利用料                                  |
|---------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 特別行事食   | ・季節の食材を使った行事食等                                                            | ・実費                                  |
| 日用品費    | ・日常生活上必要となる諸費用<br>(日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で、利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用) | ・実費                                  |
| 理美容サービス | ・毎月、理美容サービスをご利用いただけます。                                                    | ・実費                                  |
| 特別な送迎   | ・当施設の事業実施区域外の方に、リフト付きの送迎車で送迎を実施します。                                       | ・30分未満 2 0 0 0 円<br>・1時間未満 4 0 0 0 円 |

(注) 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。

## (3) サービス提供確認表

|   | サービス項目 | 希望サービス                                                       |
|---|--------|--------------------------------------------------------------|
| 1 | 日用品費   | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |

## 6 利用者負担金及び支払い方法

- (1) 利用者の方からいただく利用負担金は5(1)、(2)のとおりです。
- (2) この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です(※または、介護保険の法定利用料の範囲内で当事業所が設定した金額です)。
- (3) 利用料金のお支払いは、毎月1回、月末締め、翌月5日請求書発行です。同月10日まで

に指定口座振込又は現金払いです。

尚、自動払込みサービスにつきましては、**KCS** 浜銀ファイナンス株式会社をご利用の方はご利用月翌月の27日、株式会社ゆうちょ銀行をご利用の方はご利用月翌月の15日（再引落しは25日）に引き落としになります。

## 7 キャンセル

- (1) 利用者がサービス利用のキャンセルをする際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話）：0463-73-3373

- (2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください（ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です）。

- (3) キャンセル料は、利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

| 連絡時間の期限      | キャンセル料  | 備 考 |
|--------------|---------|-----|
| サービス利用日の前日まで | 無 料     |     |
| サービス利用日の当日   | 自己負担相当額 |     |

## 8 サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

|                           |                                                                                                                                                                                             |     |        |     |                 |     |         |     |                    |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|-----|-----------------|-----|---------|-----|--------------------|
| 面会                        | 来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度、面会簿に記帳し職員に届出てください。<br>面会時間－9：00～17：00                                                                                                                                  |     |        |     |                 |     |         |     |                    |
| 外出                        | 外泊・外出の際には必ず前日までに行き先と帰園時間を職員に届出てください。                                                                                                                                                        |     |        |     |                 |     |         |     |                    |
| 居室・設備・器具の利用               | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。                                                                                                                      |     |        |     |                 |     |         |     |                    |
| 喫煙・飲酒                     | 喫煙・飲酒は決められた場所以外ではお断りします。                                                                                                                                                                    |     |        |     |                 |     |         |     |                    |
| 迷惑行為等                     | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。                                                                                                                                  |     |        |     |                 |     |         |     |                    |
| 所持品の管理                    | 衣類、その他日常生活に必要とされる最小限の物品。                                                                                                                                                                    |     |        |     |                 |     |         |     |                    |
| 現金等の管理                    | 多額の現金、貴重品類の持ち込みはご遠慮下さい。                                                                                                                                                                     |     |        |     |                 |     |         |     |                    |
| 宗教活動・政治活動                 | 施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。                                                                                                                                                            |     |        |     |                 |     |         |     |                    |
| 緊急時の対応及びサービス利用中の医療の提供について | 利用者の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。<br>主治医に連絡がつかず医療を必要とする場合は、利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。<br>（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。） |     |        |     |                 |     |         |     |                    |
| 協力医療機関                    | <table><tr><td>名 称</td><td>湘南大磯病院</td></tr><tr><td>住 所</td><td>神奈川県中郡大磯町月京21-1</td></tr><tr><td>名 称</td><td>加藤クリニック</td></tr><tr><td>住 所</td><td>神奈川県中郡二宮町百合ヶ丘2-4-1</td></tr></table>       | 名 称 | 湘南大磯病院 | 住 所 | 神奈川県中郡大磯町月京21-1 | 名 称 | 加藤クリニック | 住 所 | 神奈川県中郡二宮町百合ヶ丘2-4-1 |
| 名 称                       | 湘南大磯病院                                                                                                                                                                                      |     |        |     |                 |     |         |     |                    |
| 住 所                       | 神奈川県中郡大磯町月京21-1                                                                                                                                                                             |     |        |     |                 |     |         |     |                    |
| 名 称                       | 加藤クリニック                                                                                                                                                                                     |     |        |     |                 |     |         |     |                    |
| 住 所                       | 神奈川県中郡二宮町百合ヶ丘2-4-1                                                                                                                                                                          |     |        |     |                 |     |         |     |                    |
| その他                       | サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご辞退させていただきます。                                                                                                                                                      |     |        |     |                 |     |         |     |                    |

## 9 事故発生時の対応及び防止

事業所は、事故が発生した場合の対応、次に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備します。

- (1) 事業所は、お客様に対するサービスの提供により事故が発生した場合、保証人様等へ連絡するとともに、必要に応じ速やかに市町村への連絡を行います。

(様式－特相19-23)

- (2) 事業所は、事故が発生した時またはそれに至る危険性がある事態が生じた時に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備します。
- (3) 事業所は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録を行います。
- (4) 事業所は、賠償すべき事故の場合は損害賠償を速やかに行います。但し、お客様に故意又は過失が認められる場合には、お客様のおかれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、賠償責任を減じる事ができるものとします。
- (5) 事業所は、事故発生の防止のための委員会及び介護職員その他の従業者に対する研修を定期的に行います。
- (6) 安全管理体制に関する責任者を選任しています。  
安全管理体制に関する責任者： 施設福祉課 課長

#### 1 0 苦情・相談窓口

|                     |                                                                                                             |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| メゾン・二宮<br>ご利用者ご相談窓口 | ご利用時間 平日 8：30 ～ 17：00<br>土日 8：30 ～ 17：00<br>ご利用方法 電話 0463-73-3373<br>面接 場所 メゾン・二宮<br>苦情受付担当者 佐野 春樹<br>春木 勇佑 |
| 二宮町                 | ご利用時間 平日 8：30 ～ 17：00<br>ご利用方法 電話 0463-71-3311<br>受付担当： 健康福祉部高齢介護課介護保険班                                     |
| 大磯町                 | ご利用時間 平日 8：30 ～ 17：00<br>ご利用方法 電話 0463-61-4100<br>受付担当： 町民福祉部福祉課高齢福祉係                                       |
| 中井町                 | ご利用時間 平日 8：30 ～ 17：00<br>ご利用方法 電話 0465-81-5546<br>受付担当： 健康課高齢介護班                                            |
| 小田原市                | ご利用時間 平日 8：30 ～ 17：00<br>ご利用方法 電話 0465-33-1872<br>受付担当： 福祉健康部高齢介護課                                          |
| 平塚市                 | ご利用時間 平日 8：30 ～ 17：00<br>ご利用方法 電話 0463-21-8790<br>受付担当： 介護保険課                                               |
| 神奈川県<br>国民健康保険団体連合会 | ご利用時間 平日 8：30 ～ 17：00<br>ご利用方法 電話 0570-022110（苦情専用）<br>045-329-3447<br>受付担当： 介護保険課 介護苦情相談係                  |

#### 1 1 第三者委員

- 1) 二宮寿考園施設長 里山 樹
  - 2) (株) いわしや西方医科器械会長 西方 晃
- \* 詳細は 1 階正面玄関掲示板参照

#### 1 2 衛生管理

事業所は、発症が予測される感染症に対し、感染症の予防及びまん延防止に努め、感染防止に関する会議等においてその対策を協議し、感染症対策マニュアルを作成しています。感染症や食中毒発生、またはまん延しないように、研修会や訓練を実施し、感染対策の資質向上に努め、以下に掲げる措置を講じます。

(様式－特相19-23)

- (1) 感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底します。
- (2) 感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための指針整備をしています。
- (3) 職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延防止のための訓練（シミュレーション）を定期的の実施します。
- (4) 1から3までのほか、厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います

#### 1 3 会議や他職種連携におけるICT活用

事業所は、各種会議等について、感染防止や多職種連携の促進からICTの活用を行います。

- (1) お客様等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にし、テレビ電話等の活用を行います。
- (2) お客様等が参加して実施するものについては、お客様等又はご家族様の同意を得た上で、テレビ電話等の活用実施を行います。

#### 1 4 身体拘束について

事業者は、原則としてお客様に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、お客様本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、お客様及びご家族様に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、緊急やむを得ない場合に必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、管理者及び介護職員により検討会議を行い、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みにて、身体拘束廃止委員会を設置し、介護職員への研修を積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

#### 1 5 虐待防止に関する事項

事業所は、お客様の人権の擁護・虐待等の防止のために、次に掲げる措置を講じます。また、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じます。

(1) 事業所は、虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

(2) 事業所は、虐待の防止のための指針を整備する。

(3) 事業所は、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的の実施する。

(4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置く

高齢者虐待防止委員会                      統括責任者    柴谷   寛人

(5) 事業者は、サービスの提供中に従業者又は養護者等による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに市町村へ通報するものとする。

#### 1 6 非常災害対策

事業所では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に 関係機関と連携を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災 計画に基づき、年2回入居者及び職員等の訓練を行います。

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組み

(様式－特相19-23)

- を行います。
- (2) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。  
避難訓練実施時期：(毎年2回)
- (4) 3の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

令和      年      月      日

(事業者)      住      所      神奈川県中郡二宮町一色1435-1  
事業者名      社会福祉法人      一      燈      会  
代表者名      理      事      長      山      室      淳      印  
(事業所名      メゾン・二宮      )

本書面に基づき重要事項説明書の説明を行い交付しました。

説明者      氏      名      印  
私は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明書の説明を受け、その内容に同意し交付を受けました。

保証人住所 \_\_\_\_\_

保証人氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印