

## ケアステーションピース安中 介護予防短期入所生活介護 重要事項説明書

様

あなたに対するケアステーションピース安中（以下「当施設」という。）が行う短期入所生活介護を提供するにあたって、次のとおり説明します。この内容は、重要ですから、十分理解されるようお願いします。

## 1 施設の概要

## (1) 事業者の概要

## ①事業者の概要

医療法人社団 三思医光会

## ②主たる事務所の所在地

群馬県みどり市笠懸町阿左美 1 1 5 5

## ③代表者

駒井 太一

## (2) 施設の名称等

①施設名称 ケアステーションピース安中

②開設年月日 平成16年11月1日

③施設の所在地 安中市中宿2180-2

④介護保険事業所番号 1071100299

⑤電話番号等 027-380-5020

⑥管理者 神澤 幸一

⑦建物 鉄骨2階造 延床面積

⑧居室 1人部屋 9室 10、9㎡

1人部屋 8室 11、0㎡

3室 11、11㎡

⑨主な設備 共同生活室 1階 45、58㎡

共同生活室 2階 45、44㎡

浴室 11、37㎡

⑩利用定員 20名

## 2 施設・事業の目的及び運営の方針

## ① 目的

指定介護予防短期入所生活介護事業（以下「短期入所生活介護」という。）は、要支援者が居宅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に、短期入所計画等に基づいて、機能訓練、その他必要な日常生活上の世話を行うことにより要介護者の心身機能の維持、及び要介護者の家族の身体的及び精神的負担を軽減することを目的とします。

## ②運営の方針

- 1) ケアステーションピース安中は、利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場にたって予防短期入所生活介護（以下「施設サービス等」という。）を提供します。
- 2) ケアステーションピース安中は、明るく家庭的な雰囲気を有するよう努めるとともに、特に地域及び家庭との結びつきを重視し、積極的に地域との交流に努めるものとします。
- 3) ケアステーションピース安中は、利用者が良質で総合的なサービスの提供を受ける事ができるよう、市町村、他の介護保険施設、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者その他の保険・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携を図ります。
- 4) ケアステーションピース安中の従業者は、施設サービス等の提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者及びその家族に対し、生活上必要な事項について、理解しやすいように指導又、は説明をします。

## 3 職員体制

- ①管理者 1名（常勤兼務、併設通所介護の管理者兼務）

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うものとする。

- ②従業者 生活相談員 2名（常勤兼務）

（常勤兼務2名、通所介護の生活相談員兼務1名と介護職兼務1名）

介護職員 10名（常勤6名、非常勤4名、うち生活相談員兼務1名）

機能訓練指導員 1名（常勤兼務1名）《看護師》

栄養士 1名（常勤兼務1名）

## 4 通常の事業の実施地域

介護予防短期入所生活介護においての実施地域は、安中市・高崎市・富岡市の区域とします。

## 5 施設サービス等の内容

- ① 介護予防短期入所生活介護サービス計画書の立案

- ② 食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）

朝食 8時～

昼食 12時～

夕食 18時～

- ③入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。）

- ④介護・看護

- ⑤機能訓練

- ⑥レクリエーション

- ⑦相談援助

- ⑧その他

※これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金を頂くものもありますので、具体的にご相談下さい。

## 6 利用料等の額

## ① 介護保険自己負担額

| 要介護度  | 一日あたりの利用料 |            |            |
|-------|-----------|------------|------------|
|       | 1 割       | 2 割        | 3 割        |
| 要支援 1 | 5 6 1 円   | 1, 1 2 2 円 | 1, 6 8 3 円 |
| 要支援 2 | 6 8 1 円   | 1, 3 6 2 円 | 2, 0 4 3 円 |

| 加 算             | 1 回あたりの加算料                |         |         |
|-----------------|---------------------------|---------|---------|
|                 | 1 割                       | 2 割     | 3 割     |
| 送迎加算            | 1 8 4 円                   | 3 6 8 円 | 5 5 2 円 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 2 2 円                     | 4 4 円   | 6 6 円   |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 1 8 円                     | 3 6 円   | 5 4 円   |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 6 円                       | 1 2 円   | 1 8 円   |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)  | 1 月につき所定金額に 1 4. 0 % を乗じる |         |         |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)  | 1 月につき所定金額に 1 3. 6 % を乗じる |         |         |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)  | 1 月につき所定金額に 1 1. 3 % を乗じる |         |         |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)  | 1 月につき所定金額に 9. 0 % を乗じる   |         |         |

※利用者の負担割合に応じた料金を算定いたします。

※施設に適応した加算料金を算定いたします。

## ② その他の料金

| 種別         | 利用料        | 内容等                                                | 介護保険負担限度額認定者 |              |
|------------|------------|----------------------------------------------------|--------------|--------------|
| 滞在費        | 2， 0 9 0 円 | 光熱水費<br>室 料                                        | 第 1 段階       | 8 8 0 円／日    |
|            |            |                                                    | 第 2 段階       | 8 8 0 円／日    |
|            |            |                                                    | 第 3 段階       | 1， 3 7 0 円／日 |
| 食 費        | 1， 8 5 0 円 | 朝食、昼食、夕食の<br>食材料費と調理費                              | 第 1 段階       | 3 0 0 円／日    |
|            |            |                                                    | 第 2 段階       | 6 0 0 円／日    |
|            |            |                                                    | 第 3 段階①      | 1， 0 0 0 円／日 |
|            |            |                                                    | 第 3 段階②      | 1， 3 0 0 円／日 |
| 食費を分割にした場合 |            | 朝食 4 4 0 円   昼食 6 9 0 円   おやつ 1 0 0 円   夕食 6 2 0 円 |              |              |
| 理美容代       | 1， 0 0 0 円 |                                                    |              |              |
| 教養娯楽費      | 必要分        |                                                    |              |              |

## 7 施設利用に当たっての留意事項

- ①食事 施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
- ②面会 面会時間は、午前8時30分から午後8時00分までです。面会の際は「来所者カード」に必要事項を記入して下さい。また、緊急の際はこの限りではありません。
- ③飲酒 原則として禁止です。但し、事前に管理者に、申し出た上で了解を得ている場合は飲酒を認めます。
- ④喫煙 施設内での喫煙は禁止です。屋外の指定された場所で喫煙してください。
- ⑤火気の取扱い 喫煙する為の煙草やライター等の火気類は当施設の従業員が管理いたします。また、火気類等、危険物は、施設内に持ち込まないようお願いします。
- ⑥設備、備品 当施設の設備や備品を使用する際は破損、紛失等に注意してください。
- ⑦金銭、貴重品 原則としてお持ちにならないようお願いします。お持ちになった場合は事務室内の金庫にて保管させていただきます。また、盗難や紛失等に際しては当施設において、責任を負いかねます。
- ⑧施設サービス利用中の他科受診  
介護保険制度において当該施設での、受診送迎、受診介助は認められていません。  
必要時をご家族様等で対応をお願いいたします。但し、緊急時等、やむを得ない理由がある場合等はこの限りではありません。

## 8 事故発生時及び緊急時の対応

- ①サービス提供により事故が発生した場合、当施設は利用者に対し必要な措置を講じます。
  - ②利用者の状態又は、状況により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関又は、専門的機関での診察を依頼します。
  - ③施設サービス等を利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は利用者等が予め指定する者に対して、緊急に連絡します。
- ※緊急時の連絡先  
緊急の場合には「利用同意書（別紙1）」に記入した連絡先に連絡します。

## 9 協力医療機関

当施設では、下記の医療機関や診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・ひぐち内科クリニック                      高崎市正観寺町208

## 10 身体拘束等

- ①当施設は原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- ②利用者が自傷他害の恐れがある緊急やむを得ない場合は、施設管理者が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、次の手順により行います。
  - 1) 管理者は、あらかじめ、利用者等にやむを得ず身体拘束をする利用者の心身の状況並びに拘束の態様及びその時間等、緊急やむを得ない理由等を説明し、その同意を得る

ものとし、あらかじめ同意を得ることができなかつたときは、身体拘束後直ちに、同意を得ます。

- 2) 施設の従業者が、管理者の指示に基づき利用者の指示に基づき利用者の身体拘束をしたときは、サービスの提供内容に係る記録に利用者の心身の状況、身体拘束の態様及びその時間、その他特記事項を記載するものとし、

#### 1 1 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー 消火器、消火栓、自動通報装置等
- ・防災訓練 年2回 その他、普通救命訓練、呼集訓練等適宜実施

#### 1 2 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して利用していただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

#### 1 3 要望及び苦情等の相談

当施設には生活相談の専門員として生活相談員が勤務していますので、お気軽にご相談下さい。

電話番号 027-380-5020

FAX番号 027-380-5021

要望や苦情などは、苦情・要望受付担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、所定の場所に備え付けられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

##### ◇安中市保健福祉部 介護高齢課

電話番号 027-382-1111 (代表)

FAX番号 027-381-0503 対応時間 平日の8:30~17:15

##### ◇高崎市の介護保険担当課

電話番号 027-321-1111 (代表)

FAX番号 027-327-7387 対応時間 平日の8:30~17:00

##### ◇富岡市健康福祉部 高齢介護課

電話番号 0274-62-1511

FAX番号 0274-64-1294 対応時間 平日の8:30~17:15

##### ◇群馬県国民健康保険団体連合会苦情処理相談窓口

電話番号 027-290-1323

FAX番号 027-255-5077 対応時間 平日の9:00~16:00

#### 1 4 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

- ①利用者の意見を把握する体制・・・あり（通所介護事業所の玄関入口に意見箱設置）

結果の開示・・・なし

- ②第三者による評価の実施・・・なし

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明し交付しました。

令和     年     月     日

＜事業者＞ 住 所 安中市中宿 2 1 8 0 - 2  
名 称 ケアステーション ピース安中  
説明者 \_\_\_\_\_ 印

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、同意し交付を受けました。

令和     年     月     日

＜利用者＞ 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

＜署名代行者＞ 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印（続柄            ）