

特別養護老人ホーム けやきの里
あやめ館 ユニット型
ショートステイサービス

短期入所生活介護及び
介護予防短期入所生活介護
重要事項説明書

社会福祉法人 阜仁会

1. 法人の概要

名称	社会福祉法人 阜仁会
所在地	千葉県白井市笹塚3丁目118番23号
連絡先	047-492-1100
代表者	理事長 杉山 雅英

2. 当施設の概要

施設の名称	特別養護老人ホームけやきの里あやめ館ユニット型 ショートステイサービス
所在地	千葉県我孫子市青山415番
連絡先	04-7181-1110
管理者	吉田 光成

3. 当施設の設備の概要

ユニット型個室	10床	共同生活室	1室
医務室	1室	浴室	個浴、機械浴、 特殊浴槽
診療所	1か所		

4. 職員体制

管理者	サービス管理全般	1名（兼務）
医師	診療、健康管理、療養上の指導	1名（兼務）
看護職員	医療、健康管理	1名以上（兼務）
介護職員	日常介護業務	4名以上（兼務）
管理栄養士	栄養管理	1名（兼務）
機能訓練指導員	機能回復訓練	1名以上（兼務）
生活相談員	生活上の相談業務	1名（兼務）
事務職員	施設運営に係る事務処理	3名（兼務）

上記以外に必要な場合はその他の従業者を配置する

5. サービスの内容

短期入所生活介護（予防含む）計画の作成	担当のケアマネージャーの居宅サービス計画に沿って作成します。
食事	利用者の状況に応じて適切な食事を提供します。（目安となります） 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 17:30～

入浴及び清拭	利用ごとに最低1回以上の入浴又は清拭を行います。 利用者の状態や体調に合わせ、機械浴、特殊浴での入浴も実施可能です。
介護(支援)	食事介助、口腔ケア、着脱介助、入浴介助、排泄介助、移動介助等、入所者の希望や生活スタイルに合わせた支援を行います。
機能訓練	心身機能の低下を防止するため、機能訓練指導員により機能訓練を行います。
健康管理	看護職員によるバイタルチェックや投薬等の医療的管理を行います。
レクリエーション等	日々の活動の他、種々の季節行事等を行います。行事やクラブ活動によっては別途費用がかかる場合もあります。その際には事前に連絡をします。
相談及び援助	利用者及びご家族、後見人等からの相談に生活相談員が応じます。
安全管理	防災・避難訓練等設備を含め安全面に常時配慮しています。
緊急時の対応	体調変化等の緊急時には必要な緊急措置を行うと共に、ご家族、医療機関、関係機関に連絡します。

6、利用料金

(1) 居住費・食費

項目	区分	料金
居住に要する費用 〈ユニット型個室〉	4段階	2,800円/日
	3段階	1,370円/日
	2段階	880円/日
	1段階	880円/日
食事に要する費用	4段階	朝食：350円 / 昼食：690円 / 560円
	3段階②	1,300円/日
	3段階①	1,000円/日
	2段階	600円/日
	1段階	300円/日

※負担限度額認定証をお持ちの方はご提示ください。

(2) 介護サービス費

①基本料金

【ユニット型個室】

区分	単位数	日額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援 1	529	547円	1,093円	1,640円
2	656	678円	1,356円	2,034円
要介護 1	704	728円	1,595円	2,393円
2	772	798円	1,579円	2,368円
3	847	875円	1,750円	2,625円
4	918	949円	1,897円	2,814円
5	987	1,020円	2,040円	3,059円

※月のご利用の総単位数に、地域区分（6級）の報酬単価（10.33）を乗じ、その1割又は2割又は3割相当額がご利用者の自己負担金額となります。

②加算料金

加算項目	単位数	加算項目	単位数
看護体制加算（Ⅰ）★	4/日	緊急短期入所受入加算★	90/日
看護体制加算（Ⅱ）★	8/日	医療連携強化加算★	58/日
夜勤職員配置加算（Ⅱ）★	18/日	長期利用者提供減算★	—30/日
夜勤職員配置加算（Ⅳ）	20/日	送迎加算	184/片道
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100/月	在宅中重度者受入加算イ★	421/日
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200/月	在宅中重度者受入加算ロ★	417/日
機能訓練体制加算	12/日	在宅中重度者受入加算ハ★	413/日
個別機能訓練加算	56/日	在宅中重度者受入加算ニ★	425/日
若年性認知症受入加算	120/日	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22/日
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3/日	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18/日
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4/日	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6/日
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200/日	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10/月
療養食加算	8/回		

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	毎月の総単位数の14%
---------------	-------------

※★印は、予防短期入所生活介護の加算対象外となります。

(3) その他の自己負担

教養娯楽費	行事・イベント・クラブ活動等	実費
理美容代	カット(パーマ・カラリングは別途料金)	実費
テレビレンタル代	居室でテレビを見られる方に貸出し	150円/日
複写物	書類コピー	30円/枚

(4) キャンセル料

入所前に、ご利用者の都合により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。

- ①入所日の前日の17:00までにご連絡をいただいた場合・・・キャンセル料なし
- ②上記①の時間までにご連絡をいただかなかった場合・・・・・・1日の利用料の10%

※入院、体調不良等やむを得ない事由による場合は、キャンセル料は発生しません。

(5) 利用料金の支払い方法

- ①事業者は、当月の料金の合計額を請求書に明細を付して、翌月に利用者へ通知します。
- ②利用者は、当月の料金の合計額を翌月25日までに、「自動引き落とし・振り込み・窓口払い」により、事業者へ支払います。

7. サービス利用にあたっての留意点とご理解

(1) 利用にあたっての留意事項

面会	原則9：00～17：00とします。 ※ただし、電話等で事前に連絡をいただいている場合は、この限りではありません
外出	外出の際には、必ず訪問先と帰所予定時間・連絡先をお知らせ下さい。また、出発・帰所時間は基本的に面会時間内に準じます。
飲酒・喫煙	飲酒・喫煙はご遠慮下さい。
金銭・貴重品	利用者個人所有の貴重品等につきましては、紛失等の責任を負いかねます。予めご了承下さい。
居室・設備の利用	施設内の居室や設備は、用法に従ってご利用下さい。
迷惑行為	騒音又は他の入所者等の迷惑になる行為はご遠慮下さい。
宗教・政治活動	施設内での宗教・政治活動はご遠慮下さい。
食品・飲料	お持ちになった食品類は面会時間内にお召し上がりいただくか、置いていかれる場合は職員にお声かけ下さい。また、他の入所者へのおすそ分けはご遠慮下さい。
受診	原則として、利用中の受診はご家族で対応していただきます。ただし、急変時や緊急時は事業所で対応する場合もございます。

(2) 利用中の体調変化や事故等について

利用中は、普段生活されているご自宅とは生活環境が大きく変化します。利用者によっては、その環境の違いから不安を感じたり、精神的に不安定になられたり、時には体調を崩される場合があります。また、自宅との生活リズムの違いや環境の違いにより、思いもよらない事故（転倒など）が発生することもあります。当事業所では、このような事態が生じないよう、細心の注意を払ってのサービス提供を心がけておりますが、職員の配置状況やサービスの特性上、常時の見守りが不可能な場面も多くあり、利用中の事故等を完全に防ぐことは困難であります。こうした状況を踏まえて、あらかじめご理解いただいた上でのご利用をお願い申し上げます。

利用中に何らかの体調の変化、事故等が発生した場合には速やかにご家族へご連絡させていただきますので、あらかじめご承知のほどお願いいたします。

8. サービス内容に関する相談・苦情

施設サービス等に関する相談や苦情につきましては、当施設担当窓口の他、介護保険証を発行した市区町村、国民健康保険団体連合会でもお受けしています。

担当	住所	電話番号
受付窓口 生活相談員	我孫子市青山 415 番	04-7181-1110
解決責任者 施設長	我孫子市青山 415 番	04-7181-1110
我孫子市役所 健康福祉部 高齢者福祉課	我孫子市我孫子 1858	04-7185-1111
千葉県国民健康保険団体 連合会	千葉市稲毛区天台 6-4-3	043-254-7428

9. 非常災害対策

災害時の対応	施設の消防計画に沿う
防災設備	火災報知器、屋内消火栓、消火器、スプリンクラー等設置
防災訓練	年に3回以上の訓練を実施
防火管理者、火元責任者	施設の防火管理者、各箇所に火元責任者を配置 定期的、日常的な自主検査等を実施

10. 緊急時の連絡先

第1 連絡先	氏名	(続柄)
	電話番号	自宅 / 携帯
	勤務先	会社名
電話・FAX		
第2 連絡先	氏名	(続柄)
	電話番号	自宅 / 携帯
	勤務先	会社名
電話・FAX		

【事業者】 千葉県白井市笹塚3丁目118番23号

社会福祉法人 阜仁会 理事長 杉山 雅英

【事業所】 千葉県我孫子市青山415番

特別養護老人ホームけやきの里あやめ館ユニット型

ショートステイサービス

(指定番号 千葉県 1272702141)

管理者 吉田 光成 印

説明者 印

私は、上記の説明を受け、了承しました。

20 年 月 日

利用者 _____ 印

身元引受人 _____ 印

(本人との続柄 _____)

