

重 要 事 項 説 明 書

(介護予防短期入所生活介護サービス 志摩特別養護老人ホーム才庭寮)

1. 事業主体に関すること

(1) 事業主体

名 称：志摩広域行政組合

所 在 地：三重県志摩市阿児町神明1537番地1

(2) 代表者氏名

代表理事 橋 爪 政 吉

(3) 主な事業

志摩特別養護老人ホーム 才庭寮

志摩特別養護老人ホーム ともやま苑

志摩養護老人ホーム 花園寮

志摩福祉センター

2. 施設に関すること

(1) 施設等の種類

指定介護予防短期入所生活介護事業所

三重県指定第2472900097号

(注) 「指定介護予防短期入所生活介護事業所」とは、利用者の心身の状況により、若しくは家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由、又は家族の身体的、精神的な負担の軽減を図るため、一時的に居宅において日常生活を営むのに支障がある者を対象に、介護予防短期入所生活介護サービスを提供する施設です。

(注) 利用するためには、介護保険制度における要介護・要支援認定を受けていただく必要があります。

(2) 施設の名称及び所在地

名 称：志摩特別養護老人ホーム 才庭寮

所在地：〒517-0502 三重県志摩市阿児町神明1537番地1

(3) 問い合わせ先

TEL 0599-43-2112 FAX 0599-43-7279

(4) 交通の便

近鉄鵜方駅下車、三交バス「御座」行きで10分、長沢停留所下車20m

(5) 建物の面積及び建物の構造

建物の延べ床面積 2,707.15㎡ (A)

うち居室の延床面積 838.54㎡ (B)

(B) / (A) 30.98%

(注) ショートステイ部分含む

鉄筋コンクリート造平屋建

(6) 開設日

昭和57年4月1日

(7) 利用定員

14人

(8) 居室以外の設備・施設

食堂、医務室、静養室、洗面所、便所、浴室、会議室、ロビー、談話室、厨房、寮母室、事務室

3. 利用に関する事項

(1) 利用の条件

利用は、要介護・要支援認定の結果、「要支援1・2」と認定された方が対象となります。
(介護保険被保険者証をご確認下さい)

(注) 当施設は、医療機関ではありませんので、入院治療を必要とする方は利用できません。

(2) 入所時の持ち物

「ショートステイ利用のご案内」に定めるものとする。

4. 介護の場所

(1) 居室の概要 (注) 空室状況は、施設に直接ご確認ください。

区分	室数
一人部屋 9.60 m ² ・11.25 m ² ・11.50 m ²	4 室
二人部屋 19.25 m ² ・17.50 m ² ・16.64 m ²	8 室
四人部屋 33.00 m ²	2 0 室

居室総数 3 2 室

(2) 居室の決定方法

ご本人のご希望と部屋の空き状況等により、施設が決定いたします。

(3) 居室の変更等

ご本人のご希望と部屋の空き状況等により、施設が決定いたします。

また、ご本人の心身の状況等により、居室を変更する場合があります。

5. 職員体制及び職務内容

(1) 職員定数及び主な業務内容

職 名	主な業務内容	定数
施設長 (管理者)	常勤にて専ら施設の職務に従事し、施設の職員の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、職員を指導監査する。	1
医 師	利用者の健康管理及び療養上の指導を行う。	(1) 非常勤
生活相談員	利用者の生活相談、処遇の企画や実施等を行う。	1
介護職員	利用者の生活全般にわたる介護業務を行う。	3 2
看護職員	利用者の保健衛生並びに看護業務を行う。	4 (1)
栄養士	食事の献立作成、栄養計算、利用者に対する栄養指導等を行う。	1
機能訓練指導員	利用者の日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う。	1 (兼務)
介護支援専門員	施設サービス計画の作成等を行う。	1
調理員	給食業務を行う。	5
事務員	必要な事務を行う。	4

(注) 介護職員には介護福祉士・無資格者を、看護職員には看護師・准看護師を含みます。

(2) 夜間の最少人数時の介護職員

介護職員 4 名

(3) 介護職員の専門資格の有無 (令和7年4月1日現在)

社会福祉士 0 名

介護福祉士 2 3 名

介護支援専門員 3 名

精神保健福祉士 0 名

(4) 機能訓練にかかる専門職員の有無

有 (看護職員が兼務)

6. 認知症への対応

(1) 認知症への対応

認知症の場合も施設内で対応しますが、ご本人の状況に応じて、居室を変更する場合があります。

なお、認知症になられても、拘束、抑制することはありません。

(2) 契約上の取扱い

他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼし、通常の介護方法ではこれを防止できない等、契約上の信頼関係を著しく害するような場合に限り、契約を解除する場合があります。

7. 提供するサービスと費用

(1) 介護保険給付の利用料金と、対象となる主なサービス

イ・介護保険給付対象サービス利用料金《利用者負担金》

① 併設型介護予防短期入所生活介護費

【多床室・従来型個室を利用した場合】

介護度	金額
要支援1の場合	日額 451円
要支援2の場合	日額 561円

(注) 介護保険の給付の限度額までの場合です。

② 個別の加算等

療養食加算	医師の指示に基づく療養食を提供した場合に算定	6単位／回
送迎サービス利用料金	入退所時の送迎利用時に算定 ※送迎地域の範囲は組合構成市町とする。	184単位／片道
若年性認知症利用者受入加算	個別の担当者を定め、若年性認知症利用者に対して短期入所生活介護を行った場合に算定	120単位／日
緊急短期入所受入加算	居宅サービス計画にない短期入所を受け入れた場合に算定 ※7日間。	90単位／日
口腔連携強化加算 (新設)	・口腔の健康状態を評価し、歯科医師、ケアマネに対し、結果を提供し、1月に一回算定。 ・口腔の健康状態の評価で、歯科点数表区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料の算定実績がある医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が相談等に対応する体制を確保し、取り決めを策定すること。	50単位／回

③ 共通の加算

★サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上、又は勤続10年以上介護福祉士35%以上	22単位／日
★サービス提供体制強化加算Ⅱ	介護福祉士60%以上	18単位／日
★サービス提供体制強化加算Ⅲ	以下のいずれかを満たす 介護福祉士50%以上 常勤職員75%以上 勤続7年以上30%以上	6単位／日
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	以下の3つ要件をすべて満たしている場合に算定 ①キャリアパス要件、②月額賃金改善要件、③職場環境等要件	総単位数 ×0.14 単位

★についてはいずれかを算定する。

④介護保険負担割合 介護保険負担割合証記載の割合に応じた自己負担額になります。

自己負担割合	
1割	上記記載介護保険給付の利用料金と対象となる主なサービスの額
2割	上記記載介護保険給付の利用料金と対象となる主なサービスの額の2倍の額
3割	上記記載介護保険給付の利用料金と対象となる主なサービスの額の3倍の額

ロ・主なサービスの内容

①施設サービス計画の立案

利用者、ご家族の意向を踏まえ、施設サービスを提供するうえでの要点を検討して、施設サービス計画を作成いたします。

②食事の提供

食 事 利用者の食事は、栄養並びにご本人の身体状況及び嗜好を考慮します。
また、自立支援のため離床して各食堂で食事を取っていただくことを原則としています。

食事時間 朝食 7:15 昼食 11:45 夕食 17:15

特 別 食 嘱託医師の発行する食事箋により、治療食を提供します。

③入 浴 1週間に2回以上、入浴または清拭を行います。

④介 護 施設サービス計画に沿って下記の介護を行います。

食事、排泄、入浴等の介助、身辺介助（移動、移乗、着替え等）
おむつ交換、シーツ交換

⑤そ の 他

自立支援 寝たきり防止のため、離床に配慮します。
生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを励行します。
個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助いたします。
季節の行事、クラブ活動、レクリエーション等を行います。

生活相談 利用者、ご家族からの相談に応じ、必要な助言や援助を行います。

家 事 洗濯、居室の清掃、ゴミだし（以上毎日）

(2) 介護保険給付対象外の利用料金と、対象となる主なサービス

イ・介護保険給付の支給限度額を超過した予防介護短期入所生活介護費 自費

ロ・食費《自費負担》

朝食 290円

昼食 605円

夕食 550円

※1食単位のご請求

ただし、所得の低い方には負担の限度額が設定されています。

負担限度額 ※金額は1日あたりの限度額です。

段階区分	対 象 者	金額
利用者負担 第1段階	・生活保護受給者の方等 ・世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金受給者の方等	300円
利用者負担 第2段階	・世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額、課税年金収入額及び非課税年金収入額の合計が80万円以下の方等	600円
利用者負担 第3段階①	・世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額、課税年金収入額及び非課税年金収入額の合計が80万円超120万円以下の方等	1,000円
利用者負担 第3段階②	・世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額、課税年金収入額及び非課税年金収入額の合計が120万円超の方等	1,300円
利用者負担 第4段階	・住民税課税世帯の方	1,445円

1日の食費の合計が、負担限度額を超えた分については、介護保険の補足給付を受けられますので、負担限度額分のみのご請求となります。

・滞在費《自費負担》

従来型個室	915円／日
多床室	915円／日

ただし、所得の低い方には負担の限度額が設定されています。

負担限度額 従来型個室（上段） / 多床室（下段）

段階区分	対 象 者	金額
利用者負担 第1段階	・生活保護受給者の方等 ・世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金受給者の方等	0円 0円
利用者負担 第2段階	・世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額、課税年金収入額及び 非課税年金収入額の合計が80万円以下の方等	430円 430円
利用者負担 第3段階	・世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額、課税年金収入額及び 非課税年金収入額の合計が80万円超の方等	430円 430円
利用者負担 第4段階	・住民税課税世帯の方	915円 915円

(3) その他のサービス《実費負担》

以下のものについては、実費を負担していただきます。

- ・通院介助 施設車両使用時で1回（往復） 3,000円
但し組合を組織する市町の行政区域外で片道20km以上
- ・理美容サービス 実費
- ・契約者が選定する特別な食事の提供 実費

(4) 料金改定のルール

介護給付対象のサービス利用料金については、介護給付費体系の変更があった場合、変更になります。
給付対象外のサービス利用料金については、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、事前の説明をしたうえで、料金を変更することがあります。

なお、事前説明については、変更を行う日の2ヶ月前までに行うものとしますが、介護報酬改定等の場合、2ヶ月前までに行えない場合があります。

(5) お支払い方法

利用終了時に予防介護短期入所生活介護費並びに食費及び滞在費を計算し請求しますので、直接窓口または送迎サービスで自宅へお送りした際に現金で事業者にお支払いいただきます。

(6) 精算について

精算期間は契約終了日から1週間以内とします。

(7) その他

利用開始日に利用の中止を申し出た場合の取消料 無料
サービス提供記録を作成し保管いたします。保管期間は2年間とします。

8. 契約に関すること

(1) 契約期間等

契約終了の申し入れについては契約期間満了の2日前までとします。

(2) 契約者からの中途解約等

契約の解除を希望される場合は、終了日の7日前までに通知していただきます。

(3) 事業者からの解約等

利用者負担金及び食費・滞在費を3ヶ月以上遅滞したときは契約解除となります。

9. 苦情対応

(1) 苦情対応

施設内には苦情対応窓口を設置し、志摩広域行政組合の施設における苦情処理事務取り扱い等に関する要綱に基づいて提供したサービスに関する苦情に適切に対応します。

窓 口	志摩特別養護老人ホーム才庭寮事務所	
苦情処理責任者	事務局長	
苦情受付担当者	施設長	施設係長
	生活相談員	介護支援専門員
第三者委員	山本和子	森口博仁

※担当者名・連絡先電話番号は施設にて掲示しております。

(2) その他苦情受付機関

三重県国民健康保険団体連合会	059 (222) 4165
鳥羽市 健康福祉課	0599 (25) 1186
志摩市 介護・総合相談支援課	0599 (44) 0284

10. 事故発生時の対応

- (1) 事故発生時は速やかに対応、状況確認し、看護職員、施設長へ報告すると共に家族へ連絡します。
- (2) 看護職員判断のもと、嘱託医または協力病院へ連絡し、指示を仰ぎ対応し、搬送必要な場合は、協力病院へ搬送します。
- (3) 事故の状況等を代表理事、保険者（市町）へ報告します。
- (4) ひやりはっと報告書、施設事故報告書をもとに、事故発生の原因を解明し、再発生を防ぐ為、ケース会議等で協議します。

11. 医療機関

- (1) 医療を必要とする場合
状況等を連絡させていただきますので、かかりつけの病院等において診療を受けていただきます。
ご利用中は連絡が付くようにお願いします。
ご利用の継続が困難と判断された場合は、退所をお願いすることがあります。
- (2) 事業所の嘱託医師及び協力医療機関
嘱 託 医 師 山下医院 院長 山下順庸
協力医療機関 三重県立志摩病院
(注) 診療にかかる費用につきましては、医療機関に診療費をお支払いいただきます。
- (3) 入院を必要とする場合の取扱い
ご本人に入院治療が必要となった場合は、入院と同時に退所となります。
- (4) 緊急に医療を必要とする場合、救急車で対応をさせて頂く場合があります。受入病院の都合により、伊勢方面に搬送される場合があります。
- (5) ご利用中に体調を崩された場合は、ご家族にご相談のお電話をさせていただきます。在宅主治医の往診が可能ならば依頼をお願いさせて頂くことがあります。

12. 秘密保持等

- (1) 施設の職員は、正当な理由なく業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を漏らしません。
- (2) 施設の職員は退職した後も、正当な理由なく業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を漏らしません。
- (3) サービス担当者会議等において、利用者及びその家族に関する情報を提供する際には、あらかじめ、文書により利用者の同意を得るものとします。

13. 保証人

事業者は契約者に対し、保証人を求めることがあります。

- (1) 保証人は、次の各項の責任を負います。
 - 一 契約者が円滑な生活を営むにあたり必要な物品の準備や契約者の身の回りの援助に努めること。
 - 二 契約者による滞納未払い金が発生した場合、保証限度の範囲内で、契約者に代わり滞納未払い金を事業者に支払うこと。
 - 三 契約者が疾病等によりほかの医療機関に受診及び入院する場合、受診及び入院手続きが円滑に進行するように協力すること。
 - 四 契約者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引受、その他必要な措置をすること。

14. 表示有効期間

令和7年4月1日より、介護保険制度の見直し等により、改正の必要があると認めるまで。

介護予防短期入所生活介護サービスのご利用にあたり、本書面に基づいて重要事項について説明をしました。

事業者

住 所 三重県志摩市阿児町神明1537番地1
名 称 志摩広域行政組合
代表者名 代表理事 橋 爪 政 吉

説明者

事 業 所 指定介護予防短期入所生活介護事業所
志摩特別養護老人ホーム才庭寮
職 名 介護支援専門員
氏 名 宇 田 明 浩 印

私は、_____の介護予防短期入所生活介護サービス利用にあたり、本書面にて事業者から重要事項の説明を受け、その内容について同意します。

年 月 日

契約者・保証人

住 所

氏 名

印

(契約者との続柄)

保証限度額 50万円