

(介護予防)短期入所生活介護重要事項説明書

< 2025年 4月 1日 現在 >

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

担当 生活相談員
電話 0537-86-3286 (9:00~17:30まで)

* ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2. 東海清風園の概要

(1) 提供できるサービスの種類

| | |
|----------|--------------------------------|
| 施設名称 | 東海清風園 |
| 所在地 | 静岡県御前崎市池新田4094 |
| 介護保険指定番号 | (介護予防)短期入所生活介護 静岡県 2276100100号 |

(2) 同施設の職員体制 <介護老人福祉施設と兼務>

施設長 1名 (東海清風園ユニットと兼務)
医師 必要とされる数 (東海清風園ユニットと兼務)
生活相談員 2名以上 (東海清風園ユニットと兼務)
介護職員 43名以上
看護職員 4名以上 (東海清風園ユニットと兼務)
栄養士 1名以上 (東海清風園ユニットと兼務)
機能訓練指導員 1名以上 (東海清風園ユニットと兼務)
介護支援専門員 2名以上 (東海清風園ユニットと兼務)
事務員他 必要とされる数 (東海清風園ユニットと兼務)
調理員 (業者委託)
その他

(3) 同施設の設備の概要

| | | | |
|-----|-----------------|--------|----------------|
| 定員 | 8名 | 定員 | 128名 |
| 居室 | ユニット型個室 8室 | 居室 | 従来型多床室4室×8ユニット |
| 静養室 | 2室 | 医務室 | 2室 |
| 浴室 | 一般浴槽と特殊浴槽があります。 | 機能訓練室 | 2室 |
| | | 食堂・談話室 | 13室 |

3. (介護予防)短期入所生活介護の内容

ご利用場所 静岡県御前崎市池新田4094 東海清風園

入所時間 ご利用開始日の 9:00

退所時間 ご利用終了日の 17:30

ご利用可能設備等 居室 ユニット型個室 ・ 4人部屋(空床利用)
 食堂
 機能訓練室
 診療室
 談話室
 浴室(普通浴槽・特殊浴槽)

食事 朝食 8:00～9:00
 昼食 12:00～13:00
 夕食 17:30～18:30
 *原則として上記時間に提供しますが、ご本人の体調等により時間を変更することが可能です。またお好みの場所で食事をとることができます。

入浴 原則として、週に最低2回入浴していただけます。
 ただし、状態に応じ、特別浴または清拭となる場合があります。

介護 ご希望や状態に応じ適切な介護サービスを提供します。
 ・着替え介助 ・施設内の移動の付添い
 ・排泄介助 ・体位変換
 ・おむつ交換 ・シーツ交換 等

口腔ケア ご本人の状態に合わせた口腔ケアを毎日実施します。

機能訓練 生活リハビリを中心とした機能回復訓練を行います。

レクリエーション 詳しくは月間予定表をご覧ください。

健康管理 (介護予防)短期入所生活介護の初日に簡単な健康チェックを行います。

4. 利用料

①基本料金(1日の自己負担額)

| 利用者負担の割合 | ユニット型個室 | | |
|----------|---------|--------|--------|
| | 1割 | 2割 | 3割 |
| 要支援1 | 529円 | 1,058円 | 1,587円 |
| 要支援2 | 656円 | 1,312円 | 1,968円 |
| 要介護1 | 704円 | 1,408円 | 2,112円 |
| 要介護2 | 772円 | 1,544円 | 2,316円 |
| 要介護3 | 847円 | 1,694円 | 2,541円 |
| 要介護4 | 918円 | 1,836円 | 2,754円 |
| 要介護5 | 978円 | 1,974円 | 2,961円 |

| 利用者負担の割合 | 従来型多床室 (空床利用の場合) | | |
|----------|---------------------|--------|--------|
| | 1割 | 2割 | 3割 |
| 要支援1 | 451円 | 902円 | 1,353円 |
| 要支援2 | 561円 | 1,122円 | 1,683円 |
| 要介護1 | 603円 | 1,206円 | 1,809円 |
| 要介護2 | 672円 | 1,344円 | 2,016円 |
| 要介護3 | 745円 | 1,490円 | 2,235円 |
| 要介護4 | 815円 | 1,630円 | 2,445円 |
| 要介護5 | 884円 | 1,768円 | 2,652円 |

◇基本料金以外の費用(職員配置や体制、個別の対応により加算の有無が、また利用者負担の割合により異なります)

②各種加算

| 加算/減算名 | 1日の単位数 | 1割 | 2割 | 3割 |
|--------------------|--|------|------|--------|
| 機能訓練指導体制加算 | 12単位/日 | 12円 | 24円 | 36円 |
| 個別機能訓練加算 | 56単位/日 | 56円 | 112円 | 168円 |
| 療養食加算 | 23単位/日 | 23円 | 46円 | 69円 |
| 緊急短期入所受入加算 | 90単位/日 | 90円 | 180円 | 270円 |
| 看護体制加算Ⅰ | 4単位/日 | 4円 | 8円 | 12円 |
| 看護体制加算Ⅱ | 8単位/日 | 8円 | 16円 | 24円 |
| 看護体制加算Ⅲ | 12単位/日 | 12円 | 24円 | 36円 |
| 看護体制加算Ⅳ | 23単位/日 | 23円 | 46円 | 69円 |
| 医療連携強化加算 | 58単位/日 | 58円 | 116円 | 174円 |
| 夜勤職員配置加算Ⅲ | 15単位/日 | 15円 | 30円 | 45円 |
| 夜勤職員配置加算Ⅳ | 20単位/日 | 20円 | 40円 | 60円 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 120単位/日 | 120円 | 240円 | 360円 |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 200単位/日 | 200円 | 400円 | 600円 |
| 認知症ケア加算Ⅰ | 3単位/日 | 3円 | 6円 | 9円 |
| 認知症ケア加算Ⅱ | 4単位/日 | 4円 | 8円 | 12円 |
| 在宅中重度者受入加算イ | 421単位/日 | 421円 | 842円 | 1,263円 |
| 在宅中重度者受入加算ロ | 417単位/日 | 417円 | 834円 | 1,251円 |
| 在宅中重度者受入加算ハ | 413単位/日 | 413円 | 826円 | 1,239円 |
| 在宅中重度者受入加算ニ | 425単位/日 | 425円 | 850円 | 1,275円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ | 22単位/日 | 22円 | 44円 | 66円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ | 18単位/日 | 18円 | 36円 | 54円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ | 6単位/日 | 6円 | 12円 | 18円 |
| 生産性向上推進体制加算Ⅰ | 100単位/月 | 100円 | 200円 | 300円 |
| 生産性向上推進体制加算Ⅱ | 10単位/月 | 10円 | 20円 | 30円 |
| 送迎加算 | 184単位/片道 | 184円 | 368円 | 552円 |
| 短期生活長期利用者提供減算 | 1日につき長期利用者に対して短期入所生活介護を提供する場合 -30単位 | | | |
| 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) | 基本料金+加減算で算定した総単位数に41.0%を乗じる/月×各自己負担割合 | | | |
| 介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ) | 基本料金+加減算で算定した総単位数に13.6%を乗じる/月×各自己負担割合 | | | |
| 介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ) | 基本料金+加減算で算定した総単位数に11.3%を乗じる/月×各自己負担割合 | | | |
| 介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ) | 基本料金+加減算で算定した総単位数に9.0%を乗じる/月×各自己負担割合 | | | |

*送迎につきまして土・日・祝日・年末年始(12/30~1/3)は送迎対応はいたしかねます。

③食費

| 利用者負担段階 | 1日の食費 |
|------------|--------|
| 利用者負担第1段階 | 300円 |
| 利用者負担第2段階 | 600円 |
| 利用者負担第3段階① | 1,000円 |
| 利用者負担第3段階② | 1,300円 |
| 利用者負担第4段階 | 1,750円 |

*食費は、1食単位の請求となります。

【朝食 330円、昼食(おやつ込み)780円、夕食 640円】

④その他の料金

- ・理美容代 実費
- ・その他、特別に個人的な趣味や嗜好に関する費用は自己負担となります。

⑤滞在費(1日の居住費)

| 利用者負担段階 | ユニット型 個室 | 従来型多床室 (空床利用) |
|-----------|-------------|------------------|
| 利用者負担第1段階 | 880円 | 0円 |
| 利用者負担第2段階 | 880円 | 430円 |
| 利用者負担第3段階 | 1,370円 | 430円 |
| 利用者負担第3段階 | 1,370円 | 430円 |
| 利用者負担第4段階 | 2,066円 | 950円 |

5. (介護予防)短期入所生活介護ご利用の中止

①利用開始予定日以前の中止

お客様のご都合で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。

◇入所日の前日までにご連絡いただいた場合

- ・無料

◇入所当日にご連絡があった場合

- ・利用者負担段階に応じた、予定していた食費

◇入所当日までにご連絡がなかった場合

- ・介護度に応じた1日分の利用料、及び利用者負担段階に応じた、予定していた食費と1日の滞在費

②利用期間中の中止

以下の事由に該当する場合、利用期間中でもサービスを中止し、退所していただく場合があります。

- ・利用者が中途退所を希望した場合
- ・入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合
- ・他の利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合

上記の場合で、必要な場合は、ご家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

また、料金は退所日までの日数を基準に計算します。

6. 利用料の支払方法

毎月、20日までに前月分の請求をいたします。原則として、銀行口座引き落とし、振り込み、または現金のいずれかの方法での支払いとなります。

7. サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

まずは、お電話等でお申し込みください。

ご利用期間決定後、契約を締結いたします。なお、ご利用の予約は3ヶ月前からできます。

居宅サービス計画及び介護予防サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員にご相談ください。

(2) サービス利用契約の終了

① ご利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に(介護予防)短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書でのお申し出によりいつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効となります。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了し、予約は無効となります。

- ・ご利用者が介護保険施設に入院または入所した場合
- ・ご利用者がお亡くなりになった場合
- ・介護保険給付でサービスを受けているご利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合

③ その他

- ・ご利用者が、サービス利用料金の支払を3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、ご利用者やご家族などが当事業所や当事業所の従業者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、または、やむを得ない事情により施設を閉鎖もしくは縮小する場合は、30日前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことがございます。なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。

8. 当事業所のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

① 当事業所の(介護予防)短期入所生活介護は、居宅サービス計画及び介護予防サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活を継続することを念頭において、食事、入浴、排泄等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことにより、ご利用者が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することを目指すものとします。

② 当事業所の(介護予防)短期入所生活介護は、(介護予防)短期入所生活介護計画に基づき、ご利用者が可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるように支援し、併せて、ご利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の介護及び機能訓練等、その他必要な援助をさせていただきます。

③ 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連帯を図り総合的なサービスの提供に努めます。

(2) 施設利用に当たっての留意事項

- ・喫煙は必ず喫煙所をお願いいたします。
- ・受診の際の送迎については別途料金をいただきます。

9. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

| 緊急連絡先 | |
|-----------|---|
| 氏名 | |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | |
| 続柄 | |
| 氏名 | |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | |
| 続柄 | |
| 氏名 | |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | |
| 続柄 | |
| 主治医連絡先 | |
| 病院または診療所名 | |
| 医師名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |

10. 非常災害対策

当事業所は、消火設備、非常放送設備等、災害、非常時に備えて必要な設備を設けるとともに、非常災害等に対して具体的な防災計画・避難計画等をたて、職員及びご利用者が参加する訓練を定期的実施いたします。

11. 事故発生時の対応

- ・施設は、ご利用者がサービスの利用中に事故が発生した場合、指定された緊急連絡先に事故発生時の経過及び状況説明を行い、直ちに適切な対応を講じます。
- ・施設は、ご利用者に対する施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

12. サービス内容に関する相談・苦情

東海清風園では介護老人福祉施設のサービスをご利用の皆様からの苦情等について次のとおりご相談を受け付けています。承りました苦情等のご相談内容については、必要に応じて賛育会が委嘱する第三者機関に報告し、ご利用の皆様の立場に立った公正な解決に努めます。

(1) ご相談窓口

賛育会の経営または受託する各施設・事業所に設置するほか法人事務局でも窓口を設け苦情等の相談を受け付けています。またインターネットを利用して賛育会のホームページでも受け付けています

① 当施設ご利用者相談・苦情担当

責任者 施設長 生井 知三
担当者 生活部長 栗山 政子
連絡先 〒437-1612 御前崎市池新田4094 東海清風園
電話 0537-86-3286 ファックス 0537-86-7604
電子メール tokai@san-ikukai.or.jp

② 法人の相談窓口

担当 法人事務局 総務課長
連絡先 〒130-0012 東京都墨田区太平3-17-8 社会福祉法人 賛育会
電話 03-3622-7614 ファックス 03-3829-2302
ホームページ <http://www.san-ikukai.or.jp/>

③ その他の相談窓口

| 市町名 | 課名 | 電話番号 | FAX番号 |
|-----------------------|--------|--------------|--------------|
| 御前崎市 | 高齢者支援課 | 0537-85-1118 | 0537-85-1142 |
| 掛川市 | 長寿推進課 | 0537-21-1363 | 0537-21-1163 |
| 菊川市 | 長寿介護課 | 0537-37-1253 | 0537-37-1113 |
| 牧之原市 | 長寿介護課 | 0548-23-0076 | 0548-23-0099 |
| 静岡県国民健康保険団体連合会 苦情受付窓口 | | 電話 | 054-253-5590 |

(2) 苦情対応のための第三者機関について

賛育会ではご利用の皆様の立場に立った公正な解決を図るため苦情処理のための委員会を第三者に委嘱しています。賛育会が経営または受託する施設の地域に在住する有識者の方々と賛育会の監事経歴者計7名で構成されています。

(3) 委員会の構成員

柴田 光昭氏 (元賛育会理事・職員 特定非営利活動法人共働学舎 ぶどうの会)
阿形 操氏 (前御前崎市民生委員・児童委員 御前崎市地域医療を育む会 代表)
柴田 和子氏 (墨田区保護司会吾嬬西分長)
坂野 修一氏 (特定非営利活動法人町田フレンズサポート 事務局長)
坂根 慶子氏 (すみだ共生社会推進センター運営委員
すみだ共生社会推進センター協力委員)
田宮 一茂氏 (社会福祉法人ベタニアホーム 法人事務長)
齊藤 希世氏 (東京YMCA教育保育・保育事業部統括)

13. 協力医療機関

- ・市立御前崎総合病院
- ・阿部医院
- ・こいず外科・消化器内視鏡クリニック
- ・大澤歯科医院

14. 第三者評価の受審

なし

15. 当事業所の概要

| | | |
|------------|---------------|-----------------|
| 名称・法人種別 | 社会福祉法人 賛育会 | |
| 代表者役職・氏名 | 理事長 平野 昭宏 | |
| 法人所在地・電話番号 | 墨田区太平三丁目17番8号 | 電話 03-3622-7614 |

主な事業

【医療】

| | |
|---------------|--------|
| 賛育会病院 | (墨田区) |
| 賛育会訪問看護ステーション | (墨田区) |
| 賛育会クリニック | (長野市) |
| 清風園診療所 | (町田市) |
| 訪問看護ステーションとよの | (長野市) |
| 東海診療所 | (御前崎市) |
| 訪問看護ステーション清風園 | (町田市) |

【保険】

| | |
|---------------|-------|
| 介護老人保健施設 ゆたかの | (長野市) |
|---------------|-------|

【福祉】

| | |
|----------------------|--------|
| 介護老人福祉施設(短期入所生活介護併設) | |
| 東京清風園 | (墨田区) |
| はなみずきホーム | (墨田区) |
| たちばなホーム | (墨田区) |
| マイホーム新川 | (中央区) |
| 清風園 | (町田市) |
| 第二清風園 | (町田市) |
| 豊野清風園 | (長野市) |
| 東海清風園 | (御前崎市) |
| 相良清風園 | (牧之原市) |
| 認知症高齢者グループホーム | |
| 丘の風清風 | (町田市) |
| さんいくの家あづま | (墨田区) |
| 都市型経費老人ホーム | |
| さんいくハイツ東墨田 | (墨田区) |
| さんいくハイツ東あづま | (墨田区) |
| ケアハウス | |
| りんごの里 | (長野市) |
| さんいくハイツ立花 | (墨田区) |

| | | |
|---------------|---------------------|--------|
| 介護医療院 | | |
| | 介護医療院とよの | (長野市) |
| サービス付き高齢者向け住宅 | | |
| | 清風ヒルズ金井 | (町田市) |
| 訪問介護 | | |
| | 新川訪問介護ステーション | (中央区) |
| | 清風園訪問介護ステーション | (町田市) |
| | ヘルパーステーションとよの | (長野市) |
| | 東海清風園ヘルパーステーション | (御前崎市) |
| | 相良清風園ヘルパーステーションたんぽぽ | (牧之原市) |
| 通所介護 | | |
| | 東京清風園 | (墨田区) |
| | はなみずきホーム | (墨田区) |
| | マイホーム新川 | (中央区) |
| | 清風園 | (町田市) |
| | 第二清風園 | (町田市) |
| | 豊野中央デイサービスセンター | (長野市) |
| | 池新田デイサービスセンター | (御前崎市) |
| | 佐倉デイサービスセンター | (御前崎市) |
| | はぎまデイサービスセンター | (牧之原市) |
| 通所リハビリステーション | | |
| | ゆたかの | (長野市) |
| 包括 | | |
| | 包括支援センターさんいく | (牧之原市) |

【保育】

| | | |
|-------|-------------|-------|
| 認可保育園 | | |
| | さんいく保育園清澄白川 | (江東区) |
| | さんいく保育園有明 | |

確 認 書

年 月 日

(介護予防)短期入所生活介護ご利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

[事業者名]社会福祉法人 賛育会

[施設名]特別養護老人ホーム 東海清風園

[事業所番号]2276100100

[住所]〒437-1612 静岡県御前崎市池新田4094

[代表者名] 施設長 生井 知三

[説明者]

私は、契約書および本重要事項説明書により、施設から(介護予防)短期入所生活介護についての重要事項の説明を受けました。

ご利用者

[住所] 〒

[氏名]

印

(代筆者 :)

代理人 (成年後見人)

[住所] 〒

[氏名]

印

家族代表者

[住所] 〒

[氏名]

印

(ご利用者本人との関係 :)