

# 重 要 事 項 説 明 書

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(茨城県指定第 0870700549 号)

当事業所はご利用者に対してユニット型短期入所生活介護サービスまたは、ユニット型介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。  
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

＊当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

## 1 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 達生堂
- (2) 法人所在地 茨城県結城市大字結城 10767 番地の 19
- (3) 電話番号 0296-34-7101
- (4) 代表者氏名 理事長 多田正毅
- (5) 設立年月 昭和60年11月21日

## 2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護事業 平成12年2月29日指定  
介護予防短期入所生活介護事業 平成18年4月1日指定  
茨城県指定第 0870700549 号  
＊当事業所は、特別養護老人ホーム ヒューマン・ハウスに併設されています。
- (2) 事業所の目的 指定短期入所生活介護事業所は、介護保険法令に従い、ご利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご利用者に、日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、ユニット型短期入所生活介護サービスまたは、ユニット型介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。

- (3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム ヒューマン・ハウス
- (4) 事業所の所在地 茨城県結城市大字結城 10767 番地の 19
- (5) 電話番号 0 2 9 6 - 3 4 - 7 1 0 1  
事業所長（管理者）丹波 恭一
- (6) 当事業所の運営 居宅サービス計画または、介護予防サービス計画に基づき、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスを提供します。又、明るく家庭的な雰囲気の中で、地域や家族との結びつきを重視し、市町村、他の居宅サービス事業者等との連携に努めます。
- (7) 開設年月 平成 1 9 年 1 1 月 2 0 日
- (8) 営業日及び営業時間

営 業 日	年中無休
受入時間及び 送迎実施時間	月～金曜日 午前 9 時～午後 5 時 (但し、祭日、年末年始を除く)

- (9) 利用定員 1 5 人

- (10) 居室等の概要

居室・設備の種類	室 数	備 考
居室（全室個室）	1 5 室	
居間・食堂	2 室	
浴 室	1 室	

\*家具等の持ち込みについて

電動ベッド、家具以外の家具類は、入居者の皆様にお持ち込みいただきます。

- (11) 通常の送迎の実施地域 結城市、筑西市、小山市

- (12) 職員の配置状況 （特養併設・空床利用含む人数となっています）

職 種	常勤換算	指定基準
1 施設長（管理者）	兼務 1 名	1 名
2 介護員	3 8 名	3 8 名
3 生活相談員	2 名	2 名
4 看護師	3 名	3 名
5 機能訓練指導員	兼務 1 名	1 名
6 医師	1 名	必要数
7 管理栄養士（栄養士）	1 名	1 名

〈主な職員の勤務体制〉

職 種	勤 務 時 間
1 医 師	週 2 回程度
2 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早番 7 : 00 ～ 16 : 00 1 2 名 日番 10 : 00 ～ 19 : 00 7 名 遅番 11 : 00 ～ 20 : 00 1 2 名 夜間 16 : 30 ～ 9 : 30 6 名
3 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日番 8 : 30 ～ 17 : 30 2 名

＊ 土日は上記と異なります。

### 3 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- I. 利用料金が介護保険から給付される場合
- II. 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、滞在費、食費を除き利用者負担分を差し引いた分が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

#### ① 介護

入浴・排泄・離床・着替え・整容・ユニット内での家事への参加等の支援 ＊体調不良により入浴できない場合は、清拭に替えさせていただきます。

#### ② 食事

当施設では、管理栄養士の立てる献立により、栄養並びにご利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。

大体の食事時間は決まっていますが、ご利用者の生活習慣に応じゆっくりと食事を取っていただくことができるよう、配慮します。

（食事時間）

朝食 8 : 00 ～ 昼食 12 : 00 ～ 夕食 18 : 00 ～

#### ③ 機能訓練

主に日常生活の中での機能訓練、レクリエーションや行事等を通じた機能訓練を行います。

#### ④ 健康管理

看護師による日常の健康管理を行います。

⑤ 送迎サービス

ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を実施します。但し通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

⑥ その他自立への支援

寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。

生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。

清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

〈サービス利用料金（1日あたり）〉（契約書第8条参照）

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

併設型ユニット型短期入所生活介護

1日当たり（円）

ユニット型個室	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本報酬	716	785	861	934	1,004
サービス提供体制加算(Ⅱ)	18	18	18	18	18
夜勤職員配置加算(Ⅱ)	18	18	18	18	18
処遇改善加算(Ⅰ)	105	115	126	136	146
1割負担合計	858	937	1,024	1,106	1,186
2割負担合計	1,716	1,874	2,047	2,212	2,372
3割負担合計	2,574	2,810	3,071	3,318	3,558

\*1単位 10.17 円での計算のため、若干の誤差が生じます。

併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護

1日当たり（円）

ユニット型個室	要支援 1	要支援 2
基本報酬	538	667
サービス提供体制加算(Ⅱ)	18	18
処遇改善加算(Ⅰ)	78	96
1割負担合計	634	781
2割負担合計	1,268	1,563
3割負担合計	1,903	2,344

\* 1単位 10.17 円での計算のため、若干の誤差が生じます。

送迎を利用した場合の加算

送迎加算	片 道	往 復
送迎加算	198 円	396 円
1 割負担の方	198 円	396 円
2 割負担の方	396 円	792 円
3 割負担の方	594 円	1,188 円

＊ 1 単位 10.17 円での計算のため、若干の誤差が生じます。

＊ ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が介護給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

＊ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

＊ 居室と食費に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

（２） 介護保険の給付とならないサービス（契約書第 5 条）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

利用者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

実費相当額の範囲内にて負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1 日当たり）のご負担となります。

食事の提供 に要する費 用	通 常	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			
	第 4 段階	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階 ①	第 3 段階 ②
	1 日 1,500 円	1 日 300 円	1 日 600 円	1 日 1,000 円	1 日 1,300 円

（朝食 400 円、昼食 600 円（おやつ含む）、夕食 500 円）

② 滞在に要する費用（光熱水費及び室料（建物設備等の減価償却費等））

この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、光熱水費及び室料相当額をご負担していただきます。介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された滞在費の金額（1日当たり）のご負担となります。

居室の提供に 要する費用	通 常	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			
	第4段階	第1段階	第2段階	第3段階 ①	第3段階 ②
	1日 2,066円	1日 880円	1日 880円	1日 1,370円	1日 1,370円

③ 通常の送迎の実施地域外の送迎

通常の送迎の実施地域を越える時点から、実施地域以外に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用

送迎距離片道2<sup>キロ</sup>までの距離については600円

送迎距離片道2<sup>キロ</sup>を越える距離については500<sup>メートル</sup>ごとに100円を加算

④ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきことがあります。

⑤ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 20円

⑥ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

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。

⑦ 電化製品の持ち込み

ご契約者の希望により電化製品（テレビ・冷蔵庫）を居室に持ち込むことができます。

利用料金・・・日額50円

※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、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第8条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、指定日までにご利用期間分の合計金額をお支払いください。

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第9条参照)

- 利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、ユニット型短期入所生活介護サービスまたは、ユニット型介護予防短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービス実施日前日までに事業者申し出て下さい。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料の 50% (自己負担相当額)

- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。
- ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

4 苦情の受付について (契約書第22条参照)

- (1) 当施設における苦情やご相談は、下記の専用窓口で受け入れます。  
当施設における苦情やご相談は下記の専用窓口で受け付けます。

＊苦情受付窓口 (担当者)

介護支援専門員  
生活相談員

＊受付時間 毎週月曜日～金曜日  
8:30～17:30

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

＊結城市役所 介護保険担当課

所在地 結城市大字結城1447  
電話番号 0296-32-1111

＊筑西市役所

所在地 筑西市丙 360 番地

電話番号 0 2 9 6 － 2 4 － 2 1 1 1

＊小山市役所

所在地 小山市中央町 1 丁目 1 番 1 号

電話番号 0 2 8 5 － 2 3 － 1 1 1 1

＊茨城県国民保健保険団体連合会

所在地 水戸市笠原町 9 7 8 － 2 6

電話番号 0 2 9 － 3 0 1 － 1 5 6 7

## 5 事故発生時の対応について

- (1) サービス提供中に事故が発生した場合には、ご利用者のご家族、市町村及び利用者に係る居宅介護支援事業所等へ連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事故の状況や事故に際してとった処置については、記録を作成し、事故発生の原因究明と予防の検討を行い、再発防止に努めます。
- (3) ご利用者に補償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

## 6 第三者評価の実施状況

提供するサービスの第三者評価の実施状況について提供するサービスの第三者評価は実施していません。



令和 年 月 日

ユニット型短期入所生活介護サービスまたは、ユニット型介護予防短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム ヒューマン・ハウス

説明者 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、ユニット型短期入所介護サービスまたは、ユニット型介護予防短期入所生活介護サービスの提供の開始に同意しました。

利用者住所 \_\_\_\_\_

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行者 \_\_\_\_\_ 印