

ショートステイ 幸楽園

重要事項説明書

1. 事業者の概要

設置者の名称 社会福祉法人 幸楽会
代表者氏名 理事長 渡 邊 良 雄
所在地 秋田市上新城中字片野4番
連絡先 018(870)2224

2. 事業の目的

要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護を提供することを目的とします。

3. 事業の運営方針

当施設は、短期入所生活介護サービス計画に基づき、施設機能を十分に発揮しながら日常生活介護、機能訓練、健康管理等を行うことにより、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した生活を営めるよう適切な介護サービスの提供を目指します。また、利用者の人格を尊重し心身の機能維持並びにご家族の身体的精神的負担の軽減を図ることができるよう援助すると共に市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を重視した運営に努めます。

4. 施設の概要

施設の名 称	ショートステイ 幸楽園		
施設の種 別	指定短期入所生活介護事業所 指定介護予防短期入所生活介護		
指定事業者番号	0570104786		
管 理 者	施設長 飯 塚 喜 弘		
開設年月日	平成12年 4月 1日		
所 在 地	秋田市上新城中字片野4番		
連 絡 先	018(870)2227		
利 用 定 員	20名(個室12名、多床室8名)		
利 用 設 備 等	居 室	個室(ﾄｲﾚ付) 1階 2床 2階 4床 個室(ﾄｲﾚ無) 1階 2床 2階 4床 多床室 1階 4床 2階 4床	1床当たり 12㎡ 以上
	共有設備	食堂、ホール(機能訓練コーナー含む)、相談室、 医務室、トイレ、洗面所、浴室 ※全館冷暖房完備	

5. 職員配置

(1) 従業者の職種、人員・勤務態様及び業務内容

職 種	人員	勤務態様	業 務 内 容
管 理 者	1 名	兼 務 1	事業所の運営管理の統括
生 活 相 談 員	1 名	常 勤	生活相談・助言
看 護 職 員	1 名以上	常 勤	保健衛生管理、看護業務
介 護 職 員	8 名以上	常 勤	日常生活全般の介護業務
機 能 訓 練 指 導 員	1 名以上	兼 務 1	身体機能の向上・健康維持の指導
管 理 栄 養 士 又 は 栄 養 士	1 名	兼 務 1	献立の作成、栄養計算、栄養指導等
医 師	1 名	非常勤	健康管理及び療養生活上の指導

※勤務態様：常勤は施設の専従職員、兼務 1 は併設の特養職員と兼務配置、医師は嘱託で外部の医療機関から往診していただいています。

(2) 勤務体制

職 種	勤務形態	勤 務 時 間	人 員	備 考
介 護 職 員	早 番	6:15 ～ 15:30	1 名	
	早 日 勤	8:00 ～ 17:00	1 名※	※勤務表により、 どちらか 1 名
	パ ー ト	8:00 ～ 12:30		
	日 勤	8:30 ～ 17:30	1 名	
	遅 番	10:00 ～ 19:00	1 名	
	夜 勤	16:30 ～ 9:30	1 名	
看 護 職 員	日 勤	8:30 ～ 17:30	1 名	夜間は自宅待機の 体制
医 師	毎週木曜日	15:00 ～ 16:30	1 名	施設内回診

6. サービスの内容

種 類	内 容
介 護 全 般	利用者の心身の状況に応じ、自立支援と日常生活の充実に資するように、適切な技術をもって行います。
食 事	利用者個々人の身体状況に応じた食事の提供に努め、週1回の選択食を実施しております。また月に一度お楽しみ昼食として、季節に合わせたお食事などを楽しんでいただいております。 ・朝食 7:30 ・昼食 12:00 ・夕食 18:00
入 浴・清 拭	週2回の入浴を実施いたします。身体状況により入浴が困難な場合は清拭を実施いたします。
排 泄 介 助	心身の状況に応じ、適切な方法で排泄の自立を目指します。自立での排泄が困難な場合はオムツを使用し、適切な援助を併用いたします。
機 能 訓 練	利用者個々人の身体状況に応じ、日常生活を送る上で必要な生活機能の改善、維持のための機能訓練を生活の中で行ないます。
相 談 援 助	必要に応じて、利用者及び家族等に対して、生活・介護・環境等に関する相談及び助言を行ないます。
生 活 サービス	シーツ交換・居室清掃・私物管理・施設内で可能な洗濯等を行ないます。
そ の 他	健康管理、電話の取次ぎ等を行ないます。

7. 利 用 料

(1)基本料金 (入退所日は、1日として計算します)

単位：円／日

費用区分 介護区分	介護サービス費 1割負担分(A)	保険外負担 居住費(B)+食費(C)	合 計 (A)+(B)+(C)	
要支援1	451	915 + 1,445 1,231 + 1,445	2,811 3,127	多床室 個室
要支援2	561	915 + 1,445 1,231 + 1,445	2,921 3,237	多床室 個室
要介護1	603	915 + 1,445 1,231 + 1,445	2,963 3,279	多床室 個室
要介護2	672	915 + 1,445 1,231 + 1,445	3,032 3,348	多床室 個室
要介護3	745	915 + 1,445 1,231 + 1,445	3,105 3,421	多床室 個室
要介護4	815	915 + 1,445 1,231 + 1,445	3,175 3,491	多床室 個室
要介護5	884	915 + 1,445 1,231 + 1,445	3,244 3,560	多床室 個室

※介護サービス費は、介護保険負担割合証に記載の額とし、所得等に応じて負担割合が

1割～3割に区分されます。上記表については、1割負担の金額を記載しています。

※居住費は、多床室と個室とで料金が変わります。

(2)居住費および食費の負担限度額

利用者の所得等（階層）に応じて居住費および食事費の負担限度額があります。認定を受けてる方は介護保険負担限度額認定証をご持参下さい。

単位：円／日

費用区分 階層区分	居 住 費		食 事 費
	多 床 室	個 室	
利用者負担 第1段階	0	380	300
利用者負担 第2段階	430	480	600
利用者負担 第3段階①	430	880	1,000
利用者負担 第3段階②	430	880	1,300
利用者負担 第4段階	915	1,231	1,445

※負担限度額を適用した場合の金額です。

※食事費（単価）：朝食：300円、昼食：600円、夕食：545円の負担となります。

提供させていただいた食数分の金額を精算させていただきます。

(3)介護保険法の加算算定に伴う費用

- ・送迎加算 184円／回（片道）
当施設と利用者のご自宅間の送迎をした場合
- ・サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 18円／日
介護福祉士の有資格者の配置に伴う加算（介護福祉士を60％以上配置）
- ・看護体制加算（Ⅰ） 4円／日
常勤看護師の配置に伴う加算（要支援は対象外）
- ・看護体制加算（Ⅱ） 8円／日
看護職員と24時間の連絡体制の確保に伴う加算（要支援は対象外）
- ・療養食加算 8円／回 （1日につき3回を限度）
主治医が発行する食事箋に基づき、管理栄養士又は栄養士による管理された食事について、利用者の心身の状況に応じて適切な栄養量等を考慮し提供した場合に算定される加算
- ・医療連携強化加算 58円／日
重度の疾患を持つ利用者（重度者要件に該当した場合）に対し、医療機関との連携強化を図り緊急時対応の体制に係る加算
- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数に14％を乗じた金額
介護職員等へ処遇改善を実施し、都道府県に届け出した施設に対し、介護サービスの提供を行った費用算定に関する区分に従い加算される金額をご負担いただきます。

(4)その他のサービス利用に伴う費用

- | | |
|----------------------|--------|
| ・嗜好品購入代金 | 実費相当額 |
| ・買物代行費用 | 実費相当額 |
| ・テレビ使用料 | 100円／日 |
| ・居室用冷蔵庫使用料金 | 100円／日 |
| ・理髪代金 | 実費相当額 |
| ・レクリエーション等行事参加費 | 実費相当額 |
| ・ご利用者の希望による私的用事に係る費用 | 実費相当額 |

(5)キャンセル料について

ご利用者の容態の変化等、やむを得ない事情がある場合を除き、次によるキャンセル料をいただく場合があります。

キャンセルの申し出状況	キャンセル料の有無
利用日前日までにご連絡をいただいた場合	無
利用日当日にご連絡をいただいた場合	有（介護給付サービス費の25％）
ご連絡なくキャンセルとなった場合	有（介護給付サービス費の50％）

8. 利用料金のお支払い方法

利用料は、1ヶ月毎に計算し、利用翌月の15日までにご請求させていただきます。
利用翌月の月末までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。

イ	施設の窓口での現金払い			
ロ	金融機関名	北 都 銀 行	通 町 支 店	普通預金
	口 座 振 込	口 座 番 号	0 7 8 1 3 7 1	
	口 座 名 義	ショートステイ幸楽園 施設長 飯 塚 喜 弘		

※お支払いについてご不明な点は、窓口にご相談下さい。

9. 送迎実施地域

秋田市内全域および潟上市

10. 当施設ご利用時の留意事項

(1) 来訪・面会

来訪・面会時は、必ず玄関前の面会簿のご記載をお願いします。

(2) 通院・入院等

利用時に緊急及び定期通院、入院が必要となった場合は、原則としてご家族に対応していただきます。

(3) 居室・設備・器具の使用

施設内の居室設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損が生じた場合、補償していただくことがあります。

(4) 喫煙・飲酒

喫煙は所定の場所に限らせていただきます。医師の指示による制限等がない限り、飲酒は可能です。

(5) 所持品の管理

ご利用時に所持品届出を受け、預かり証を作成いたします。なお、原則として所持品は日常生活品に限りお預かりいたします。貴重品は極力避けていただきます。

(6) 宗教・政治活動、動物の飼育

施設内では、宗教・政治活動および動物の飼育は禁止しております。

11. 緊急時・事故発生時の対応

(1) 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合や、その他緊急の事態が生じた場合にはご家族に速やかに連絡するとともに主治医の指示の基づき医療機関への緊急搬送を行なう等の必要な措置を講じます。

(2)事故発生時の対応

サービス提供時に事故が発生した場合は、事故対応マニュアルに基づき、応急処置、医療機関への搬送の措置を講じ、ご家族への連絡、市町村等への事故発生の報告を行います。また、事故の再発防止対策について検討し職員への周知を図ります。事故により身体への障害、後遺症等が生じた場合、損害賠償を速やかに行います。但し、施設及び職員の責によるものではない場合はこの限りではありません。

12. 衛生管理

施設の衛生管理に努め、衛生上必要な措置を講じ、医薬品・医療用具の適正な管理を行うとともに感染症又は食中毒の発生、蔓延を防ぐために必要な措置を講じます。

13. 個人情報の取扱い

日常生活のお世話させていただく中で、ご利用者またはご家族の個人情報を使用させていただく場合には、事前に使用目的ならびに使用すべき情報・方法について説明し、同意を得た上で使用させていただきます。個人情報保護法および個人情報に関する規程に基づき適正な管理・保管に努めるとともに個人情報の漏洩防止に努めます。

14. 虐待防止のための措置

利用者の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するために、虐待防止委員会を定期開催しその結果を職員に周知するとともに、虐待防止に関する研修会を開催し、職員間での共通認識に努めます。

15. 身体拘束排除への取組み

施設サービスの提供にあたり、ご利用者の生命または身体保護のため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為をしないものとします。やむを得ず身体拘束を行う場合は、施設サービス計画に明記し、施設全体で承認するとともに、ご利用者およびご家族に説明の上文書で同意を得るものとします。また、定期的に検討を行い、身体拘束排除へ向けた取り組みを行います。

16. 非常災害対策

災害の未然防止と利用者の安全を図るため、別に定める防災に関する規定に基づき、利用者の安全確保に努めるとともに、非常災害に備えるための避難訓練（年2回以上）を実施します。また、消火器、屋内消火栓、防火扉、スプリンクラー等の消防設備の定期点検の実施、消防機関への自動通報体制ならびに地元救援隊の災害時の応援協力体制を確保しております。

17. 業務継続計画の策定

感染症や自然災害等の発生時において、継続的なサービスを提供するため、非常時の体制であっても早期の業務再開を図るため、当該業務継続計画に基づき必要な措置を講じます。

18. ハラスメントの禁止

適切なサービスの提供を確保する観点から、職場内での性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

19. 第三者評価の実施状況 (有 無)

実施日	評価機関名称
-----	--------

評価結果の開示	(有 無)
---------	---------

20. 苦情・相談受付窓口

当事業所には、受付窓口を設け担当者を配置し適切に対応いたします。ご相談・ご要望がございましたらお気軽にご相談下さい。

◇当事業所の窓口

事業所名	ショートステイ 幸楽園
所在地	秋田県秋田市上新城中字片野4番
電話番号	018-870-2227
担当者	短期入所課長 川井 聡子

◇苦情解決第三者委員

・氏名	遠藤 江美子	(ボランティア団体：八橋さくらの会)
住所	秋田市高陽青柳町10-20	
電話番号	018-863-7276	

・氏名	永田 凡人	(上新城地区民生児童委員)
住所	秋田市上新城中字家ノ後185-1	
電話番号	018-870-2040	

◇公的機関の相談窓口

・秋田市介護保険課

所在地	秋田市山王1丁目1-1
電話番号	018-866-2069
受付時間	8:30~17:15

・秋田県国民健康保険団体連合会

所在地	秋田市山王4丁目2-3
電話番号	018-883-1550
受付時間	8:30~17:15

短期入所生活介護の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護事業所

ショートステイ 幸 楽 園

説明者職氏名：生活相談員 川 井 聡 子 ㊞

私は、本書面に基づいて、上記担当者より重要事項の説明を受け、サービス提供について同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞