

「指定短期入所生活介護」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。

(青森県指定 第 0272501958 号)

当事業所はご利用者に対して指定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通り説明します。

※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。

◆◆目次◆◆

1. 事業者.....	1
2. 事業所の概要.....	2
3. 職員の配置状況.....	3
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	4
5. 施設の利用に当たっての留意事項.....	6
6. 苦情の受付について.....	6
7. 緊急時の対応方法.....	7
8. 事故発生時の対応.....	7
9. 非常災害対策.....	8

1. 経営事業所

- (1) 事業者名 社会福祉法人 恵徳会
(2) 事業所在地 青森県上北郡東北町字古屋敷45番地1
(3) 電話番号 0175-62-2484
(4) 代表者氏名 理事長 沼山 助直
(5) 設立年月 平成 3年 6月 4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所・平成25年6月 1日指定
事業所番号 0272501958

※当事業所は、特別養護老人ホーム松風荘に併設されています。

- (2) 事業所の目的 居宅において介護を受けることが一時的に困難となった高齢者を短期間入所させ地域で安心して生活を送ることができる拠点施設
(3) 事業所の名称 松風荘短期入所生活介護事業所
(4) 事業所の所在地 青森県上北郡東北町字乙供123番地
(5) 電話番号 0175-63-2031 FAX 0175-63-3493
(6) 事業所長氏名 園長 沼山 英隆
(7) 当事業所の運営方針

1. 入所者それぞれの心身状況に合わせた介護及び能力に応じた自立援助の促進・健康管理の推進
2. 処遇向上への努力
3. 家族との連携
4. 入所者の人権と自主性の尊重
5. 生活向上と快適性の実現

- (8) 開設年月日 平成25年6月1日（前事業者：昭和46年4月1日）

- (9) 利用定員 12人（介護予防短期入所生活介護を含む）

(10) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、2人部屋です。

居室・設備の種類	室数	備考
2人部屋	6室	147㎡
合計	6室	
食堂兼機能訓練室	1室	63.70㎡
浴室	1室	普通浴槽 29.40㎡、特別浴槽 72.10㎡
医務室	1室	
静養室	1室	1床
相談室	1室	

※上記は、厚生省が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆居室の変更：ご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際に、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

(1) 利用に当たって別途利用料金をご負担いただく施設・設備

設 備	備 考
電気器具等	利用者が持ち込みの電化製品については、介護保険給付対象外となりますので、電気料金相当分をご負担いただく場合もあります。

※上記は、介護保険の給付対象とならないため、ご利用の際は、ご利用者に別途利用料金をご負担いただきます。

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。(特別養護老人ホーム松風荘兼務職員含む)

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤換算	指定基準
1. 事業所長	1	1名
2. 介護職員	40以上	32名
3. 生活相談員	1.2	1.2名
4. 看護職員	3	3名
5. 機能訓練指導員 (特養専務1人含む)	1	1名
6. 介護支援専門員	1.9	1.2名
7. 医師	0.05	必要数
8. 管理栄養士	1	1名

常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数 (例：週40時間) で除した数です。

(例) 週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、
1名 (8時間×5名÷40時間=1名) となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 医師 (内 科)	毎 週 火曜日 14:00~16:00

2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員	
	早番(1):	7:30～16:30 2名
	早番(2):	7:45～16:45 5名
	日勤(1):	7:45～16:45 1名
	日勤(2):	9:00～18:00 1名
	遅番:	10:00～19:00 5名
	夜勤:	16:00～ 9:00 5名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員	
	早番:	7:45～16:45 1名
	日勤:	8:00～17:00 2名
4. 機能訓練指導員	毎週火～土曜日 8:00～17:00	

☆土、日曜日・祝祭日は上記と異なります。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業者では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業者が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 (2) 利用料金の全額をご利用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、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 食事

- ・ 当施設では、食事サービス提供業務委託業者作成の献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
（食事時間）

朝食：8:00～8:45 昼食：11:45～12:25 夕食：17:40～18:20

②入浴

- ・ 入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・ 寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排せつ

- ・ 排せつの自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。

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費額を除いた金額（自己負担額）と食事に係る食材料費・居住費の合計金額をお支払いください。

（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

1. ご利用者の要介護度とサービス利用料金 (サービス提供体制強化、夜勤職員配置加算 含む)	要介護度 1 6,240円	要介護度 2 6,930円	要介護度 3 7,660円	要介護度 4 8,360円	要介護度 5 9,050円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,616円	6,237円	6,894円	7,524円	8,145円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	624円	693円	766円	836円	905円
4. 食費	1,445円(減額措置がある場合もある)				
5. 居住費	915円(減額措置がある場合もある)				
6. 自己負担額合計 (3+4+5)	2,984円	3,053円	3,126円	3,196円	3,265円
7. 送迎加算（希望者）	片道184円				
8. 介護職員等処遇改善加算	サービス利用自己負担合計に対し14%（月1回）を加算させていただきます。				

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は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、ご利用者が保険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、ご利用者の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第7条参照）

以下のサービスは、利用料金の金額がご利用者又は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理髪

[理髪サービス]

理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

利用料金：1回あたり2,000円（直接理容師にお支払いいただきます。）

②レクリエーション・クラブ活動

ご利用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：0円

③複写物の交付

ご利用者又はご契約者は、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申し出て下さい。（無料）

④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利用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。

但し、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。

（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、サービス利用終了時に、ご利用期間分の合計金額をお支払い下さい。

（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、ご利用者の都合により、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の実施日前日までに事業者申し出て下さい。

○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ご利用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ご利用者に提示して協議します。

○ご利用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。

5. 施設の利用に当たっての留意事項

①ご利用者は、日常生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めて下さい。

②ご利用者は、外泊又は外出する場合は、その都度外泊先又は外出先、用件、期間等の予定を施設長に届け出て、承認を受けて下さい。

③ご利用者は、施設内で次の行為をしないで下さい。

- ・ けんか、口論、泥酔等他人に迷惑をかけること。
- ・ 指定した場所以外で喫煙すること。
- ・ 営利行為、宗教の勧誘及び特定の政治活動を行うこと。
- ・ その他この規定の定めに反すること。

6. 苦情の受付について（契約書第22条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の体制で受け付けます。

○苦情解決責任者

〔職名〕 園 長 沼 山 英 隆

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 副 園 長 濱 中 久 美 子 〔職名〕 生活相談員 漆 戸 修

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：00～17：00

○第三者委員苦情受付窓口

〔職名〕 第三者委員 乙 崎 一 男 0175-63-2338

奥 寺 精 七 0175-64-6310

また、苦情受付ボックスを正面玄関に設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

七戸町役場 (天間林保健センター) 介護保険担当課	所在地 青森県上北郡七戸町字森ノ上359-5 電話番号 0176(68)3500 FAX 0176(68)3536 受付時間 AM 8:30~PM 4:30
東北町役場(本庁舎) 介護保険担当課	所在地 青森県上北郡東北町上北南4丁目32-484 電話番号 0176(56)3111 FAX 0176(56)3110 受付時間 AM 8:30~PM 4:30
東北町役場(東北分庁舎) 介護保険担当課	所在地 青森県上北郡東北町字塔ノ沢山1-94 電話番号 0175(63)2111 FAX 0175(63)2036 受付時間 AM 8:30~PM 4:30
国民健康保険団体連合会	所在地 青森県青森市新町二丁目4番1号 電話番号 017(723)1336 FAX 017(723)1088 受付時間 AM 9:00~PM 4:30
青森県社会福祉協議会	所在地 青森県青森市中央3丁目20-3 電話番号 017(723)1391 FAX 017(723)1394 受付時間 AM 9:00~PM 4:30

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

8. 事故発生時の対応

ご利用者に対するサービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、ご利用者に対して施設の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

なお、施設はあいおいニッセイ同和損害保険株式会社と介護保険・社会福祉事業者総合保険を結んでおります。

9. 非常災害対策

防災時の対応	ご利用者の避難を防災協力員（朝日団地及び馬込町内会）と共に迅速に行い、東北消防署とホットライン（非常時通報機）で連絡する。
防災設備	消火器・警報設備・避難設備・誘導灯・誘導標識
防災訓練	総合訓練（年2回）、消火訓練（年3回）
防火責任者	園長 沼山英隆

令和 年 月 日

指定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。

指定短期入所生活介護 松風荘 短期入所生活介護事業所

説明者

職名

氏名

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、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者住所

氏名

印

続柄

※この重要事項説明書は、厚生省令第39号（平成11年3月31日）第4条の規定に基づき、入所者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。