

指定短期入所生活介護
重要事項説明書

社会福祉法人宏喜会
幸楽園短期入所生活介護事業所

「指定短期入所生活介護事業所」重要事項説明

当施設は広島県から介護保険の指定を受けています。

広島県指定第3471501134号

ご契約者に対して短期入所生活介護サービスを提供いたします。

施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを説明します。

1 施設経営法人

- (1) 法人の名称 社会福祉法人宏喜会
- (2) 法人所在地 福山市蔵王町7159番地の14
- (3) 電話番号 084-947-3111
- (4) 代表者氏名 理事長 寺岡 俊人
- (5) 設立年月日 昭和57年10月9日

2 利用施設

- (1) 施設の種類 短期入所生活介護事業所 平成12年4月1日指定
- (2) 施設の目的 この施設は、介護保険法令に従い、ご契約者（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及び供用施設等をご利用いただき、短期入所生活介護サービスを提供いたします。この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために日常の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。
- (3) 施設の名称 幸楽園短期入所生活介護事業所
- (4) 施設所在地 福山市蔵王町7159番地の14
- (5) 電話番号 084-947-3111
- (6) 施設長 光成 謙二
- (7) 運営方針
 - ① 日常生活における自立支援
 - ② 利用者のニーズに対応できるケアとサービス
 - ③ 職員の対応は誠実・熱意・創意（園是）であること
 - ④ 利用者や地域に選ばれる施設をめざす
- (8) 開設年月日 平成2年12月1日
- (9) 入所定員 8名

3 居室の概要

- ・4人部屋 2室 合計8人
- ・食堂1室 ・医務室1室 ・機能訓練室1室 ・浴室2室（一般浴・特別浴）

4 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。（特養と兼務）

- ・施設長（管理者）1名 ・医師 1名（嘱託）
- ・介護職員 看護、介護人員配置基準による3：1を下回らない職員
併設の特別養護老人ホーム幸楽園の介護職員が兼務
- ・看護職員 3名以上（常勤換算） 併設の特別養護老人ホーム幸楽園の看護職員が兼務
- ・生活相談員 2名（介護職兼務） ・介護支援専門員 1名（介護職兼務）
- ・機能訓練指導員 1名（看護職兼務） ・管理栄養士 1名（常勤） ・調理員 5名以上

主な職種の勤務体制（標準的な時間帯における最低配置人員）

- (1) 介護職員、早出 7：00～16：00 3名 日勤9：00～18：00 8名
遅出 10：00～19：00 2名 夜勤17：00～9：30 3名
- (2) 看護職員、早出 7：30～16：30 1名 日勤8：30～17：30 1名
遅出 9：00～18：00 1名

(3) 医師、毎週 水曜日 15:00～17:00

5 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設が提供するサービスについて、以下のものがあります。

(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負担いただく場合

(1) 当施設が提供する基準介護サービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常9割（～7割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

- ① 居室の提供
- ② 食事・・・栄養士の立てる献立表により、栄養、身体の状態、及び嗜好を考慮した食事を提供します。（ミキサー・キザミ・ソフト・粥・お結びなど）
食事時間 朝食 7:30～8:30 昼食 11:30～12:30
夕食 17:30～18:30（おやつ 15:00～）
- ③ 入浴・・・入浴（一般・特別）または清拭を週2回行います。寝たきりの方でも特別浴槽を利用して入浴することができます。
- ④ 排泄・・・排泄の自立を促すため、身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ⑤ 機能訓練・・・機能訓練指導員（兼務）により、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維持及び減退を防止するための訓練を実施します。
- ⑥ 健康管理・・・医師や看護職員が、健康管理を行います。
- ⑦ 自立支援・・・寝たきり防止のため、できる限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日及び1回あたりの自己負担額）＞（契約書第8条参照）

多床室		事業所番号 3471501134			
1 要介護度 利用料金	要介護1 603円	要介護2 672円	要介護3 745円	要介護4 815円	要介護5 884円
2 滞在費負担額	915円（減額申請結果により異なる）				
3 食事負担額	朝食/280円・昼食/600円・夕食/565円 （減額申請結果により異なる）				
4 送迎費負担額	184円（片道）				
5 サービス提供体制強化加算Ⅰ	22円 介護福祉士の資格者等経験豊富な職員を一定の割合配置				
6 夜勤職員配置加算（Ⅲ）	15円 （夜勤を行う職員配置基準を超えて職員配置）				

部屋種別	多床室	
1 要介護度 利用料金	要支援1 451円	要支援2 561円
2 滞在費負担額	915円 (同条件)	
3 食事負担額	朝食/280円・昼食/600円・夕食/565円	
4 送迎費負担額	184円 (片道)	
5 サービス提供体制強化加算 I	22円 介護福祉士の資格者等経験豊富な職員を一定の割合配置	

介護予防給付

事業所番号 3471501134

空床利用 (多床室)

事業所番号 3471501142

1 要介護度 利用料金	要介護1 603円	要介護2 672円	要介護3 745円	要介護4 815円	要介護5 884円
2 滞在費負担額	(多床室) 915円 (同条件) (個室) 1, 231円 (同条件)				
3 食事負担額	朝食/280円・昼食/600円・夕食/565円				
4 送迎費負担額	184円 (片道)				
5 サービス提供体制強化加算 I	22円 介護福祉士の資格者等経験豊富な職員を一定の割合配置				
6 夜勤職員配置加算 (Ⅲ) ロ	16円 (夜勤を行う職員配置基準を超えて職員配置)				
7 看護体制加算 I	4円				

その他の加算

介護職員等処遇改善加算 (I)	上記表のサービス利用料の合計 (2 滞在費・3 食費 は除く) に、 14.0%を乗じて得た額
-----------------	--

- ※ 上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の自己負担額と居室・食事に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。
- ※ 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。
- ※ 滞在費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。
- ※ 30日を越えての連続利用の場合、31日目は介護保険給付対象外となるため、10割の自己負担となります。但し、滞在費、食費については、減額認定証の記載している金額の自己負担とします。

(2) (1) 以外のサービス (契約書第5条、8条参照)

有料サービス

- ①出張理美容サービス (理容サービス1回2000円、美容サービス1回1500円)
- ②出張売店による園内販売 (実費)
- ③クリーニング代 (希望による実費)
- ④写真プリント代 (1枚40円)
- ⑤おやつ代 (希望により1日120円)

無料サービス

- ① 書道、生花等のクラブ活動材料費
- ② 年間諸行事等の材料費

<年間の主な行事等>

4月	5月	6月	7月	8月	9月
花見会	節句 避難訓練 カラオケ大会		七夕	盆法要 盆踊り大会	敬老会 彼岸法要
10月	11月	12月	1月	2月	3月
ふれあい交流会 避難訓練	カラオケ大会	Xマス忘年会	初詣 (賢忠寺)	節分	雛祭り 彼岸法要

(3) 利用料金のお支払方法

(1) の利用料金については、1か月の利用期間の最終日に、利用日数に応じて計算し現金にて翌月にお支払いいただきます。

(2) については、その都度のお支払いとなります。

(4) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、下記の協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。但し、優先的な診療、入院治療の保障、受診の際の付き添い等の対応は、行っておりません。

①協力医療機関

医療機関の名称	寺岡整形外科病院
所在地	福山市南本庄3-1-52
電話	084-923-0516
診療科	整形外科 内科 脳神経外科 形成外科

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	おきとう歯科クリニック
所在地	福山市神辺町大字新徳田字3-495
電話	084-962-5511

6 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村および入所者の家族等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じることとし、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。また、事故が発生した際には、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

7 苦情受付・処理について

◎ 受付時間 毎週月曜日から金曜日 8:30~17:30

また、玄関入り口に「ご意見箱」を設置しておりますので、ご意見・要望などございましたらお聞かせください。

◎ 苦情処理体制

苦情受付担当者 ー 生活相談員・介護長・看護師長

苦情解決責任者 ー 施設長

第3者委員 ー 施設外2名

苦情を受け付けた場合には、内容を的確に記録し、苦情解決責任者が「苦情解決に関する処理要領」に従い、責任をもって円滑・円満な解決を図るよう定めています。

《重要事項説明書付属文書》

I 施設の概要

- ① 建物の構造 鉄筋コンクリート造2階建 全館冷暖房完備
- ② 建物延べ床面積 4, 239. 66㎡
- ③ 利用定員 8名
- ④ 併設事業 介護老人福祉施設 定員60名
地域密着型介護福祉施設入所者生活介護 定員20名
特定施設入居者生活介護 定員24名
通所介護事業所 定員30名
居宅介護支援事業所

II 職員配置状況

- 介護職員・・・ご契約者の日常生活上の介護や健康保持のための相談・助言を行います。併設の特別養護老人ホーム幸楽園の介護職員が兼務しています。
- 看護職員・・・主に健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護・介助も行います。併設の特別養護老人ホーム幸楽園の看護職員が兼務しています。
- 生活相談員・・・日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
2名（特養兼務）の生活相談職員（介護職員兼務）を配置しています。
- 機能訓練指導員・・・機能訓練を担当します。常勤（看護職兼務）で1名を配置しております。
- 介護支援専門員・・・ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。
1名（介護職員兼務）の介護支援専門員を配置しております。
- 医師・・・健康管理及び療養上の指導を行います。
1名（特養兼務）の嘱託医師を配置しております。

III サービス提供における事業者の義務

- ① ご契約者の生命・身体・財産の安全、確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態から見て必要な場合には、医師または看護職員との連携の上、状況聴取確認し対応します。
- ③ 非常災害に関する具体的計画を策定すると共に、年2回、避難・救出その他必要な訓練を行います。
- ④ 提供したサービスの記録を作成し、5年間保管すると共に、ご契約者の請求に応じて閲覧することができます。
- ⑤ ご契約者に対する身体拘束、その他行動を制限する行為は行いません。
但し、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむをえない場合には、記録を記載する等、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ 施設において感染症又は、食中毒防止の体制及び褥瘡防止の体制を整備して、その発生防止に努めます。
- ⑦ 事業者及びサービス従事者は、サービスを提供するにあたって、知り得たご利用者またはご家族等に関する情報を正当な理由なく第三者に漏洩しません。（守秘義務）
但し、ご利用者に緊急な医療上又はサービス担当者会議等において必要性のある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供する事があります。またご利用者の円滑な退所のための援助を行う場合にも、ご利用者に関する情報を提供する事があります。

IV 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、当施設をご利用されているご利用者の共同生活の場としての快適性・安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

- ① 持込の制限
入所にあたり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。
日常生活上必要な物品（・衣類・洗面用具等） 車椅子

- ② 面会時間 10:00～16:00 (予約制)
時間外の面会については、必ず都度職員にお申し出ください。
感染症等の理由により、面会についてはTV会議システムを用いることにより代える場合や、実施を制限する場合があります。
- ③ 食品等の持込については、職員にご報告ください。ペット(動物)等と共に入室されることは堅くお断りします。
- ④ 施設・整備の使用上の注意
- ・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途にしたがって利用してください。
 - ・故意にまたはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者の自己負担により現状に復していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合があります。
 - ・ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。ただし、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- ⑤ 当施設の職員や他の入所者に対して、ハラスメントやその他の迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

指定短期入所生活介護事業所名 幸楽園短期入所生活介護事業所

説明者 職名及び氏名 園長 光成 謙二 ㊞

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。

必要な場合には、利用者及び家族の個人情報を他の事業所等へ提供することに同意しました。

利用者住所 _____

氏名 _____ ㊞

代理人住所 _____

氏名 _____ ㊞

続柄 _____