

ショートステイ啄木鳥 重要事項説明書



社会福祉法人 正和会

短期入所生活介護（予防短期入所生活介護）重要事項説明書

当事業所は、ご契約者に対して短期入所生活介護（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及び契約上ご留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1・2」「要介護1～5」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. 提供するサービスについての相談窓口

電話番号：018-872-2515（月曜日～日曜日、8時30分～17時30分）

FAX：018-872-2516

担当 当：管理者 高橋 雄太 生活相談員 青木 美鈴

*ご不明な点等ございましたら何なりとお尋ねください。

2. ショートステイ啄木鳥の概要

(1) 運営の方針

①可能な限り、居宅における生活の継続を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、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、利用者がその有する能力に応じ自立した日常上生活を営むことができるよう支援します。

②明るく家庭的雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。

(2) 提供できるサービスの種類

名称	ショートステイ啄木鳥
所在地	秋田県潟上市天王字棒沼台247番1
事業所の種類	短期入所生活介護事業所（介護予防短期入所生活介護事業所）
介護保険指定番号	秋田県 0571020478号（平成24年2月1日指定）

(3) 居室・設備等の概要

利用定員		60人	
居室	個室	8室	11.21m ² 、洗面所付
	2人部屋	2室	22.03m ² 、洗面所付
	4人部屋	12室	43.09m ² 、洗面所付

浴室（一般浴、特浴）	1室	医務室	詰所内1ヶ所
静養室	詰所内1ヶ所	食堂	2ヶ所
看護・介護職員室	詰所内1ヶ所	機能訓練室	食堂と兼用

(5) 職員体制

職種	人数	保有資格等	主な業務内容
管理者	1人	介護支援専門員	施設の運営管理、業務統括
医師	1人 (非常勤)	内科 (小玉医院)	利用者の診療、健康管理、療養上の指導
生活相談員	1人	社会福祉士、 介護支援専門員	利用者の生活相談、提供サービスの調整、入退所に関わる調整
介護職員	20人以上	介護福祉士、 初任者研修等	利用者の日常生活の介護、援助、相談等
看護職員	3人以上	看護師、 准看護師	診療の補助、利用者の健康管理や療養上の支援
機能訓練指導員	1人以上	作業療法士、 准看護師等	利用者の状況に応じた機能訓練
栄養士	1人	栄養士	献立表の作成、利用者の身体状況・嗜好等を考慮した食事の提供
介護支援専門員	1人	生活相談員と 兼務	短期入所生活介護計画の作成
事務職員	1名		庶務及び会計事務
調理員	委託		利用者の状況に応じた調理、食事の提供

3. サービス内容

項目	サービス内容
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の立てる献立表により、栄養、利用者の身体状況や嗜好、季節感等に配慮した食事を提供します。 ・医師の指示により、必要に応じて療養食の提供が可能です。 ・利用者の自立支援や他のご利用者との交流を図るため、離床して食堂で食べていただくことを基本としています。 <p style="text-align: center;"><食事時間> 朝食 8:00~ 昼食 12:00~ おやつ 15:00~ 夕食 17:00~</p> <p>※食事内容、時間、提供場所等については、利用者の生活リズム等に合わせて可能な範囲でご希望に対応します。</p>

入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的には週2回入浴していただきます。利用者の状態に応じ、一般浴槽、特殊浴槽（座位、仰臥位、ミスト浴）での入浴が可能です。 ・体調不良等で入浴が難しい場合は、清拭を行います。
介護	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス計画に沿って、下記の介護を行います。 食事・入浴・排泄の介助、おむつ交換、口腔ケア、移動・移乗介助、更衣・整容介助、体位変換、シーツ交換、その他個別に必要な介助
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・常に利用者の健康状態に留意するとともに、看護職員が健康チェック、服薬管理等を適宜行います。 ・毎週水曜日、嘱託医師による内科往診があります。 ・緊急時等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもつて引き継ぎます。
レクリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション活動や季節行事を企画します。行事によっては別途参加費がかかるものもございます。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員を中心に、利用者的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またはその減退を防止するための訓練を実施します。
生活相談	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活全般において生活相談員が中心となって、利用者や家族からの相談に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。
送迎	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者的心身の状態や家族等の事情からみて、必要と認められる利用者に対しては、自宅と当事業所の間で送迎を行います。 ・送迎地域：潟上市、秋田市、南秋田郡、男鹿市、三種町

4. 利用料金

(1) 保険給付の自己負担額

※負担割合は所得に応じて異なります。原則1割負担ですが、一定以上の所得がある方は2割もしくは3割負担となります。お手持ちの「介護保険負担割合証」をご確認ください。

①施設サービス費（基本料金）

多床室・従来型個室		1日あたりの自己負担分		
		1割負担	2割負担	3割負担
介護予防 短期入所生活介護	要支援1	479円 (442円)	958円 (884円)	1,437円 (1,326円)
		596円 (548円)	1,192円 (1,096円)	1,788円 (1,644円)
※下段は連続31日以上利用した場合				

多床室・従来型個室		1日あたりの自己負担分		
		1割負担	2割負担	3割負担
短期入所生活介護 ※下段は連続61日以上利用した場合	要介護1	645円	1,290円	1,935円
		(589円)	(1,178円)	(1,767円)
	要介護2	715円	1,430円	2,145円
		(659円)	(1,318円)	(1,977円)
	要介護3	787円	1,574円	2,361円
		(732円)	(1,464円)	(2,196円)
	要介護4	856円	1,712円	2,568円
		(802円)	(1,604円)	(2,406円)
	要介護5	926円	1,852円	2,778円
		(871円)	(1,742円)	(2,613円)

②加算減算料金I（施設全体が適用を受けるため、利用者全員に適用される項目）

	自己負担分			内容
	1割負担	2割負担	3割負担	
機能訓練体制加算	12円／日	24円／日	36円／日	常勤専従の機能訓練指導員を1名以上配置している場合
看護体制加算I ※要支援1、2除く	4円／日	8円／日	12円／日	常勤の看護師を1名以上配置している場合
看護体制加算II ※要支援1、2除く	8円／日	16円／日	24円／日	入所者25人に対して看護職員を1人以上配置しており、24時間連絡体制が取れる場合
夜勤職員配置加算I ※要支援1、2除く	13円／日	26円／日	39円／日	夜勤を行う職員の数が最低基準を1人以上上回っている場合
サービス提供体制加算I	22円／日	44円／日	66円／日	介護職員のうち介護福祉士が80%以上配置されている場合
介護職員等処遇改善加算I	介護職員等の賃金の改善等を実施している場合、施設サービス費と各種加算減算の合計の14%を加算			

③加算減算料金Ⅱ（利用者個人が適用を受けるため、個人別に適用される項目）

	自己負担分			内容
	1割負担	2割負担	3割負担	
送迎加算	184円／回	368円／回	552円／回	居宅と施設間との送迎を行った場合（片道）
療養食加算	8円／回	16円／回	24円／回	医師の処方箋に基づく療養食を提供した場合（1食あたり）
医療連携強化加算	58円／日	116円／日	174円／日	定められた医療行為（痰の吸引、人工肛門、経管栄養、褥瘡等）がある場合
緊急短期入所 受入加算	90円／日	180円／日	270円／日	利用者の状態や家族等の事情により介護支援専門員が緊急に利用が必要と認めた場合（7日間限度）
長期利用者 提供減算 ※要支援1、2除く	-30円／日	-60円／日	-90円／日	連続して30日を超えて同一の短期入所生活介護を利用する場合に減算（連続61日以上利用した場合は算定なし）

（2）利用料

①滞在費

多床室料金	1日あたり	915円
個室料金	1日あたり	1,231円

②食費：1日あたり1,445円

朝 食	420円
昼 食	525円
夕 食	500円

※ただし、負担限度額認定を受けている場合には、所得に応じて滞在費及び食費が減額されます。第1～3段階の方は認定証に記載されている負担限度額が自己負担額となり、差額分は介護保険から補足給付されます。

利用者負担段階	滞在費（日額）		食費（日額）
	多床室	個室	
第1段階	0円	380円	300円
第2段階	430円	480円	600円
第3段階①	430円	880円	1,000円
第3段階②	430円	880円	1,300円
第4段階（基準費用額）	915円	1,231円	1,445円

③日用品費（1日あたり100円）

日常使用する消耗品（シャンプー、ボディソープ、ティッシュペーパー、トイレットペーパー、歯ブラシ、歯磨き粉等）に係る費用としてご負担いただきます。（要支援1、2は除く）

（3）他の料金

①おやつ代	70円
②私物の洗濯代	1ネット 660円 ※ドライクリーニング 1枚330円
③個人的に使用する機器等にかかる電気代	1台あたり（1日）電気代 30円
④テレビの貸し出し	1日 100円
⑤その他費用について	実費

（4）利用料金のお支払い方法

利用料金は1ヶ月ごとに計算し、毎月15日までに前月分の請求書を送付いたしますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座振替 <u>*秋田銀行のみ</u> (手数料無料)	<ul style="list-style-type: none"> 毎月25日（銀行休業日の場合は翌営業日）に、指定された預金口座より自動引き落としさせていただきます。前日までに口座へのご入金をお願いいたします。 <p>※原則として口座振替でのお支払いをお願いしております。所定の「預金口座振替依頼書」に必要事項をご記入のうえ、ご提出をお願いいたします。</p>
現金払い	<ul style="list-style-type: none"> 当月末までに、請求書をご持参のうえ、事務窓口にて現金でお支払いください。（土日祝日も対応可）
銀行振込	<ul style="list-style-type: none"> 当月末までに、下記の口座にお振込みください。 <p>振込先：秋田銀行 大久保支店 口座番号：普通 1003091 / 口座名：社会福祉法人正和会</p>

5. サービス利用と契約の終了

(1) サービスの利用申込

- ①まずは担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）にご相談ください。介護支援専門員が申し込みの手続きを代行します。
- ②利用前にご自宅等へ訪問し、面談を行います。その後、利用が決定した場合は契約を締結いたします。

(2) 短期入所生活介護利用中止

①利用期間中の中止

ご利用中にサービスを中止して退所させる場合、退所日までの日数を基に計算いたします。
以下の場合に、ご利用期間中でもサービスを中止する場合がございます。

- ・ご利用者が中途退所を希望した場合
- ・利用中の健康チェック結果、体調が悪かった場合
- ・他の利用者の生命又は健康に重大な影響を与える行為があった場合

②感染症などの発生の場合

施設内でインフルエンザなどの感染症が流行している状況がある場合、ご相談のうえ、介護支援専門員などと連携し、他施設のご紹介をするなど、短期入所生活介護ご利用に支障が生じないよう配慮いたします。

(3) サービス利用契約の終了

①ご利用者の都合でサービスを終了する場合

- ・実際に短期入所生活介護をご利用中でなければ、文章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

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・ご利用者がお亡くなりになった場合

③その他

次の場合、30日前までに文章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事がございます。なお、この場合、その後の予約は無効となります。

- ・ご利用者が、サービス料金の支払いを2ヶ月以上滞納し、料金を支払うに催促したにもかかわらず30日以内に支払わない場合
- ・ご利用者やご家族等が当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背任行為を行った場合
- ・やむを得ない事情により当施設を閉鎖もしくは縮小する場合

6. サービス利用にあたっての留意事項

※感染症の流行状況等により、対応を一部変更、制限させていただく場合がございます。

①面会	ご面会時は事務所窓口にて面会受付票のご記入をお願いいたします。面会時間は原則的に月曜日～日曜日の午前8時30分から午後17時30分までとなっておりますが、ご都合のある方はこの限りではありません。
②外出	簡単な手続きがありますので、職員にお申し出てください。食事などの用意の関係上、前日までにお申し出下さい。
③飲酒・喫煙	施設内行事での飲酒は可能ですが、それ以外はご遠慮下さい。施設内での喫煙は全面禁止となっております。
④金銭・貴重品	現金、貴重品等の持ち込みはご遠慮下さい。希望により所持される場合は、利用者の責任において管理していただきます。自己管理中に生じた紛失等に関して、当施設は一切の責任を負いかねます。
⑤所持品の持ち込み	ご家庭で使用しているポータブルトイレ、歩行器、車椅子等は、できるだけ自分のものをご持参下さい。所持品は最小限とし、その預かりについては原則行いません。
⑥宗教、政治活動等	利用者の方々に安心してご利用していただくため、一切その活動はお断りします。
⑦ペット	利用を希望される方、面会をされる方の居室等へのペットの持ち込みは、禁止させていただきます。
⑧食べ物の持ち込み	飲食物を差し入れたときは、必ず職員に声をかけてください。

7. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその関係者の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

8. 身体拘束の制限

職員は、短期入所生活介護の提供に当たり、利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。なお、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合にも、嘱託医、家族に速やかに連絡ののち、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかつた理由を記録します。

9. 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、ご家族等へ速やかに連絡いたします。

1 0. 事故発生時の対応

利用者に対する指定短期入所生活介護の提供により事故が発生した場合は、迅速かつ適切に応急処置及び緊急受診等の必要な処置を講ずるほか、ご家族・居宅介護支援事業所等関係機関にも連絡・報告を行います。あわせて、事故の状況や事故に際して取った措置について記録し、賠償すべき事故の場合は損害賠償を速やかに行います。

1 1. 連携医療機関

医療機関の名称	小玉医院
院長	小野塚 直也
所在地	秋田県潟上市昭和大久保字街道下 96-8
電話番号	018-877-2040
診療科目	内科
協力契約の内容	①利用者の容体が急変した場合の緊急対応措置 ②利用者が入院の必要がある場合の医療機関の紹介

1 2. 協力医療機関

医療機関の名称	南秋田整形外科（秋田県潟上市昭和大久保）
	おおくぼ歯科診療所（秋田県潟上市昭和大久保）
	南秋田眼科医院（秋田県潟上市昭和大久保）

1 3. 非常災害対策

災害時の対応	連絡網により可能な限り職員を招集します
防災設備	補助散水栓、防火戸、消火器を設置
防災訓練	年3回、消火訓練を実施
防火責任者	菅原 哲

1 4. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	[2] なし		

15. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当施設 苦情受付窓口	○苦情解決責任者 管理者 高橋 雄太 ○苦情受付担当者 看護科長 星野 ふよう 受付時間 8:30~17:30 (月曜日~土曜日) 電話番号 018-872-2515
	○潟上市長寿社会課 所在地 潟上市天王字棒沼台226-1 受付時間 9:00~17:00 (平日) 電話番号 018-853-5323
その他の相談・ 苦情窓口	○秋田県国民保険団体連合会 所在地 秋田市山王四丁目2-3 受付時間 9:00~17:00 (平日) 電話番号 018-883-1550
	○秋田県運営適正化委員会（秋田県福祉サービス相談支援センター） 所在地 秋田市旭北栄町1-5 受付時間 9:00~17:00 (平日) 電話番号 018-864-2726

16. 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 正和会
代表者名	理事長 小玉 弘之
法人所在地	秋田県潟上市天王字棒沼台247番地4
電話番号	018-872-2520
併設施設等	地域密着特別養護老人ホーム たんちょう 小規模多機能型居宅介護 かわせみ ショートステイ こうのとり デイサービスセンター ふくろう 潟上居宅介護支援事業所

本書面の内容を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名押印のうえ、各1通を保有するものとします。

説明年月日 令和 年 月 日

指定短期入所生活介護サービス提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明し、交付しました。

<事業者>

住 所 秋田県潟上市天王字棒沼台 247-1
事業所名 社会福祉法人 正和会
ショートステイ 啄木鳥

説明者 職名 生活相談員
氏名 青木 美鈴 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

<利用者>

氏名 _____ 印 _____

住所 _____

<身元引受人>

氏名 _____ 印 _____ (続柄) _____

住所 _____