

## 指定短期入所生活介護事業所 萩の花 重要事項説明書

当施設は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。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上のご注意いただきたいことを次の通り説明します。

### 1 施設の概要

|            |                          |
|------------|--------------------------|
| 開設者の名称     | 社会福祉法人 紅紫会               |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 437-0023 袋井市高尾 1468 番地 |
| 電話番号       | 0538-43-0041             |
| 法人の種別及び名称  | 社会福祉法人                   |
| 代表者職       | 理事長 松本 育                 |
| 設立年月日      | 平成 2 年 1 1 月 2 8 日       |

|           |                                |
|-----------|--------------------------------|
| 施設の名称     | 萩の花 ショートステイ                    |
| 施設の所在地    | 〒 437-0023 袋井市高尾 1 4 3 9 番地の 1 |
| 介護保険事業所番号 | 2 2 7 6 4 0 0 1 0 4            |
| 指定年月日     | 平成 1 4 年 5 月 1 日               |
| 交通の便      | JR 袋井駅よりバス 1 0 分 徒歩 2 5 分      |

### 2 施設の職員の概要

| 職 種     | 資 格    | 員 数  | 勤 務 の 体 制 |         |
|---------|--------|------|-----------|---------|
| 管理者     | 社会福祉主事 | 1 人  | 常勤        | 1 人     |
| 医師      |        | 1 人  | 常勤 1 人    | 非常勤 1 人 |
| 生活相談員   |        | 1 人  | 常勤 1 人    | 非常勤 1 人 |
| 看護職員    |        | 4 人  | 常勤 4 人    | 非常勤 1 人 |
| 介護職員    |        | 22 人 | 常勤 19 人   | 非常勤 3 人 |
| 栄養士     |        | 1 人  | 常勤 1 人    | 非常勤 1 人 |
| 機能訓練指導員 |        | 1 人  | 常勤 1 人    | 非常勤 1 人 |
| 介護支援専門員 |        | 1 人  | 常勤 1 人    | 非常勤 1 人 |

### 3 短期入所生活介護施設の概要

|                 |  |
|-----------------|--|
| 定員              | 1 2 人                                  |
| 居室              | 4 人部屋 16 室 (1 室 11.56 m <sup>2</sup> ) |
|                 | 個室 8 室 (1 室 15.3 m <sup>2</sup> )      |
| 浴室              | 一般浴室 2 室<br>特殊浴室 1 室                   |
| 食堂・機能訓練室・介護コーナー | 4 7 6 ・ 2 2 m <sup>2</sup>             |

|        |     |       |                |
|--------|-----|-------|----------------|
| その他の設備 | 静養室 | 24,07 | m <sup>2</sup> |
|        | 医務室 | 44,17 | m <sup>2</sup> |
|        | 面接室 | 9,18  | m <sup>2</sup> |

#### 4 短期入所生活介護の運営の方針

明るく家庭的な雰囲気のもとで、保健、医療、福祉サービス等の密接な連携の上に、利用者の意志及び人格を尊重し、その有する能力に応じた自立生活が営めるように、常に自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、適切な介護技術をもって総合的なサービスを提供することを運営の方針とします。

#### 5 利用料金

(1) 当施設の指定短期入所生活介護の提供（介護保険適用部分）に際しあなたが負担する利用料金は、原則として基本料金の1割です。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては、全額自己負担となります。

基本料金（1日当たり）：人員配置3：1

|        | 基本料金の1割<br>多床室 | 基本料金の1割<br>従来型個室 |
|--------|----------------|------------------|
| 経過的要支援 | 657単位          | 575単位            |
| 要介護度1  | 701単位          | 619単位            |
| 要介護度2  | 772単位          | 690単位            |
| 要介護度3  | 842単位          | 760単位            |
| 要介護度4  | 913単位          | 831単位            |
| 要介護度5  | 983単位          | 901単位            |

・基本料金は、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（厚生省告示）に規定される機能訓練指導を含みます。その他、送迎を受けた場合、及び栄養管理体制加算、夜間看護体制加算など、一定の料金を負担していただきます。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

食事費（食材及び調理費）

1日 1,380円（1日単位で算定します）

居住費（滞在費）

|          | 多床室（1日当り） | 従来型個室（1日当り） |
|----------|-----------|-------------|
| 居住費（滞在費） | 320円      | 1,150円      |

居住費（滞在費）は、利用される居室に基づき負担いただきます。

居住費（滞在費）、食事費については、負担額軽減（補足給付）の認定を受けて

いる場合は、認定書に記載されている金額となります。

通常の事業の実施地域（袋井市）以外の地域に居住する場合の送迎

通常の事業の実施地域（袋井市）以外に居住される利用者の送迎を行う場合には費用を負担していただきます。

利用料金

送迎距離片道 10Km未満 1回につき 200円

送迎距離片道 10Km以上20Km未満 1回につき 300円

送迎距離片道 20Km未満 1回につき 1,000円

(3) その他の費用

特別な居室の提供に要する費用、特別な食事の提供に要する費用、理美容代は利用者の負担となります。また、利用者が個人的に使用される日常生活費として別表により選択されたその費用を負担いただきます。

(3) 料金の支払方法

あなたが当施設に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月10日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をします。20日までにお支払いください。支払方法は、銀行振込、口座自動引落とし、現金集金の中からご契約の際に選んでください。

(4) キャンセル料

ご契約者又はご利用者のご都合により短期生活介護をキャンセルした場合には、下記の料金を頂きます。キャンセルする場合は、至急当施設に連絡してください。

ア 入所前のキャンセルの場合

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| 入所日の前日の午後5時までにご連絡いただいた場合 | 無料          |
| 入所日の前日の午後5時までにご連絡がなかった場合 | 1日の基本料金の50% |

イ 入所中のキャンセルの場合

ご利用者が中途退所を希望する場合などは、退所までの利用料金を支払っていただきます。

(5) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるとき、また、利用者がまだ要介護の認定を受けていない場合には費用の全額を支払っていただきます。この場合、当施設でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、市町村の窓口に出して差額（介護保険適用部分の9割）の払い戻しを受けてください。

## 6 サービスの利用方法

### (1) 利用開始

- ・ 当施設に電話でお申し込みください。当施設の担当職員が短期入所生活介護の内容等についてご説明します。
- ・ この説明書によりあなたからの同意を得た後、当施設の介護支援専門員が施設サービス計画を作成し、サービスの提供を開始します（入所期間が短い場合は作成しない場合があります。）
- ・ あなたが居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者にご相談ください。

### (2) サービスの終了

#### ア あなたのご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の7日前までに文書で申出てください。

#### イ 当施設の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の30日前までに、文書によりあなたに通知します。

#### ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・ あなたが他の介護保険施設に入所した場合。
- ・ あなたの要介護度が非該当（自立）又は自立と認定された場合
- ・ あなたが亡くなったとき

#### エ その他

- ・ 当施設が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当施設が閉鎖した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ・ あなたがサービスの利用料金を2ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当施設に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

## 7 サービス利用に当たっての留意事項

指定介護老人福祉施設萩の花 運営規程第18条による別紙2のとおりです。  
(別紙2 添付)

## 8 サービスの内容

当施設があなたに提供するサービスは、以下のとおりです。

### 食事

- ・施設は、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・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ます。

(食事時間)

朝食 7:30～ 昼食 12:00～ おやつ 15:00～  
夕食 18:00～

### 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・一般浴槽による入浴と特殊浴槽による入浴を用意し、寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴をすることができます。

### 排泄

- ・排泄の自立を促すため、利用者の身体機能を最大限活用した援助を行うようにします。

### 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

### 健康管理

- ・医師や看護職員が適切な健康管理を行います。

### その他自立への支援

- ・寝たきりの防止のため、できる限り離床に配慮するものとします。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うように配慮します。
- ・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に援助します。

### サービス提供時の注意

- ・サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、利用者の身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

## 9 緊急時の対応

短期入所生活介護の利用中に利用者の容体に変化等があった場合は、速やかに主治医、当事業所の協力医療機関に連絡します。

|        |                  |                          |
|--------|------------------|--------------------------|
| 協力医療機関 | 名称               | 袋井市立袋井市民病院               |
|        | 住所               | 袋井市久能2515番地              |
|        | 連絡先              | 0538-43-2511             |
| 嘱託医    | 名称<br>医師名<br>診療科 | 城所医院<br>城所 龍一<br>内科 消化器科 |
|        | 住所               | 袋井市広岡1463-2番地            |
|        | 連絡先              | 0538-44-2323             |

## 10 非常災害対策

|           |   |
|-----------|---|
| 非常時の対応    | 別に定める「紅紫萩消防防災規定」に基づき対応します。  |
| 近隣との協力関係  | 隣接地の NSK ワーナー高南寮とにおいて災害応援協定を締結しており非常時には協力体制が整っています。<br>また、夜勤勤務者の他に、宿直員を毎夜配置して夜間の防災体制を強化しています。 |
| 平常時の防災訓練等 | 日常、非常災害発生を想定して防災訓練を実施し、災害発生時の被害の発生を防止するよう努めます。  |
| 防災設備      | 全館スプリンクラー設備、非常ベル、消火器設備  |

## 11 苦情の受付について（契約書 第16条）

### （1）当事業所の短期入所生活介護における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます

|  |
|--|
| <p>苦情受付窓口担当 生活相談員 萩原 正晃<br/>         受付時間 8：30～17：30<br/>         連絡先 電話0538-45-3007 FAX0538-45-3110</p> |
|--|

### （2）行政機関その他苦情受付機関

|                        |                                    |
|------------------------|------------------------------------|
| 各市町村役場<br>介護保険担当課      | 利用者が加入している介護保険保険者（市町村）の<br>介護保険担当課 |
| 静岡県<br>国民健康保険<br>団体連合会 | 担当窓口 事業部 介護保険課                     |
|                        | 電話番号 054-253-5590                  |
|                        | 所在地 静岡市春日2丁目4番34号                  |

平成 年 月 日

(施設)

指定短期入所生活介護のサービスの開始に際し、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 袋井市高尾1439番地の1 \_\_\_\_\_

名称 萩の花ショートステイ \_\_\_\_\_

説明者 \_\_\_\_\_ 印

この説明書により、指定短期入所生活介護のサービスに関する重要事項の説明を受けました。

(利用者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(代理人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私および代理人は、社会福祉法人紅紫会（特別養護老人ホーム萩の花）が、私および身元引受人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

### 1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間および契約期間に準じます。

### 2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請および更新、変更のため
- (2) 利用者に関する介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- (4) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 上記各号に関わらず、緊急を要するときの連絡等の場合

### 3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は、必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば、開示する。

年 月 日

本人（利用者） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代 理 人 住 所 \_\_\_\_\_

（ 続 柄 ）

利用者との関係 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

（ ）



利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

|           |            |
|-----------|------------|
| 事業所名又は施設名 | 萩の花ショートステイ |
| サービスの種類   | 指定短期入所生活介護 |

| <b>措置の概要</b>   |  |
|--|--|
| <p>1. 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置、相談苦情に対応する常設の窓口として、相談担当者を設置している。</p> <p>また、担当者が不在のときは、基本的な事項について誰でも対応できるようにするとともに、担当者に必ず引き継ぎ、苦情に対する早期の改善、是正措置を講ずるように配慮している。</p> <p style="padding-left: 40px;">担当者 介護老人福祉施設苦情受付担当 生活相談員 萩原 正晃<br/>連絡先 (0538) 45 - 3007 FAX (0538) 45 - 3110<br/>受付時間 8:30 ~ 17:30</p> |  |
| <p>2. 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制、手順</p> <p>(1) 苦情があった場合は、直ちに利用者と連絡を取り、直接利用者を訪問するなどして事情を聞き、苦情の内容を確認する。</p> <p>(2) 担当者は、苦情の内容を施設に報告する。</p> <p>(3) 施設長は、担当者及び他の従業者を加え、苦情処理に向けた検討会議を行う。</p> <p>(4) 検討会議の結果を基に処理結果をまとめ、施設長は、必ず翌日までに具体的な対応を指示する。(例 担当者が利用者を訪問し、謝罪する。)</p> <p>(5) 苦情処理結果記録を台帳に記載し、再発防止に役立てる。</p>           |  |
| <p>3. サービス事業者としての対応方針等</p> <p>施設長は、利用者からの苦情に関して市町村及び国民健康保険団体連合会が行う調査に協力し、文書等の提出に応じ、市町村、国保団体連合会等の指導、助言に従って対応し、必要な改善を行う。</p>   |  |
| <p>4. その他参考事項</p> <p>普段から利用者から苦情が出ないようなサービス提供を心がける。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 毎日の朝礼により、サービス提供の心構えを確認する。</li> <li>・ 事業所の職員等に対する研修を定期的実施する。</li> </ul>  |  |
| 各市役所及び役場<br>介護保険担当課  | 利用者が加入している介護保険保険者（市町村）の<br>市役所及び役場 介護保険担当者   |
| 静岡県<br>国民健康保険団体連合会   | 担当窓口：事業部 介護保険課<br>所在地：静岡市春日2丁目4番34号<br>電話番号：054 - 253 - 5590<br>(月曜日～金曜日 8:30～17:15) |