



特別養護老人ホーム 愛の園 ユニット型指定短期入所生活介護 重要事項説明書

〈2017年9月1日 現在〉

1. 設置者

法人の名称	社会福祉法人 神愛会
法人の所在地	和歌山県西牟婁郡上富田町岩田 2754-3
代表者名	理事長 宮崎 靖子
電話番号	0739-47-1234

2. ご利用施設

施設の名称	社会福祉法人 神愛会 愛の園
事業の種類	ユニット型指定短期入所生活介護
介護保険指定番号	3072400124
利用定数	10人
ユニット数及び定員	1ユニット(10名)
施設の所在地	和歌山県西牟婁郡上富田町生馬 316-56
施設長名	武藤 直二
電話番号	0739-47-1234
ファクシミリ番号	0739-47-4329
電子メール	Short_ainosono@shinai.or.jp
ホームページ	http://shinai.or.jp

3. 基本方針

指定短期入所生活介護は、利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう努めます。

4. 営業日及びご利用の予約

営業日	年中無休(受付時間：午前9時～午後6時)
ご予約方法	ご利用の予約は、利用を希望される期間の初日の2ヶ月前から受け付けております。

5. 主な職員の職種及び員数

職 種	常 勤	非常勤	員 数
施設長	1		1
生活相談員	3		3
介護職員	52	3	55
看護職員	5		5
機能訓練指導員	1	1	2
管理栄養士	1		1
医師		1	1
介護支援専門員	2		2

6. 主な職種の勤務体制

職種	勤務体制
医師	週3日（月・水・金曜日） 時間帯 12：30～14：30
介護職員	A番 7：30～16：30 B番 9：00～18：00 C番 13：00～22：00 D番（夜勤）22：00～7：30 夜勤は介護職員6名で行います。
看護職員	早番 8：00～17：00 当番 9：00～19：00 遅番 10：00～19：00 夜間は交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。
機能訓練指導員	月曜日～土曜日 8：00～17：00

7. 施設サービスの概要

①介護

- 各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう、利用者の心身の状況等に応じ、適切な技術を持って行います。
- 利用者の日常生活における家事を、利用者が、その心身の状況に応じて、それぞれの役割を持って行うよう適切に支援します。
- 利用者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、利用者に入浴の機会を提供します。ただし、やむを得ない場合には、入浴の機会の提供に代えて、清拭を行うことで清潔の維持に努めます。
- 利用者の心身の状況に応じて、適切な方法により、排泄の自立について必要な支援を行います。
- おむつを使用せざるを得ない利用者については、排泄の自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えます。
- 前各項に規定するもののほか、利用者が行う離床、着替え、整容等の日常生活上の行為を適切に支援します。

②食事

- 栄養並びに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。

○利用者の心身の状況に応じて、適切な方法により、食事の自立について必要な支援を行います。

○利用者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、利用者がその心身の状況に応じてできる限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保します。

○利用者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、利用者が共同生活室で食事を摂ることを支援します。

8. 基本利用料金

①サービス利用料金

利用者の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用料金	677円	743円	814円	880円	946円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	18円	18円	18円	18円	18円
機能訓練指導体制加算	12円	12円	12円	12円	12円
夜勤職員配置加算	18円	18円	18円	18円	18円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 下段は2割負担の方です。	60円 120円	66円 131円	72円 143円	77円 154円	83円 165円
サービス利用に係る自己負担額 下段は2割負担の方です。	785円 1,570円	857円 1,713円	934円 1,867円	1,005円 2,010円	1,077円 2,153円
居室に係る自己負担額	1,970円	1,970円	1,970円	1,970円	1,970円
食事に係る自己負担額	1,380円	1,380円	1,380円	1,380円	1,380円
自己負担額合計（1日当り） 下段は2割負担の方です。	4,135円 4,920円	4,207円 5,063円	4,284円 5,217円	4,355円 5,360円	4,427円 5,503円

※介護職員処遇改善加算（Ⅰ）はサービス利用料金に各種加算を加えた額に8.3%を乗じた額を算定

※食事に係る自己負担額は、朝食、昼食、夕食のお食事単位で計算します。

朝食	7：30～	300円
昼食	11：45～	600円
夕食	17：00～	480円

②介護保険負担限度額認定の制度

	居室に係る自己負担金額	食事にかかる自己負担額
第1段階	820円	300円
第2段階	820円	390円
第3段階	1,310円	650円
第4段階	1,970円	1,380円

※負担限度額認定は、毎年更新され、変更される場合があります。

③段階別個人負担額

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険利用料 (1割負担の方) (2割負担の方)		785円 1,570円	857円 1,713円	934円 1,867円	1,005円 2,010円	1,077円 2,153円
居室に係る自己負担金額	第1段階	820円	820円	820円	820円	820円
	第2段階	820円	820円	820円	820円	820円
	第3段階	1,310円	1,310円	1,310円	1,310円	1,310円
	第4段階	1,970円	1,970円	1,970円	1,970円	1,970円
食事にかかる自己負担額	第1段階	300円	300円	300円	300円	300円
	第2段階	390円	390円	390円	390円	390円
	第3段階	650円	650円	650円	650円	650円
	第4段階	1,380円	1,380円	1,380円	1,380円	1,380円
自己負担額合計(1日当り)	第1段階	1,905円	1,977円	2,054円	2,103円	2,173円
	第2段階	1,995円	2,067円	2,144円	2,198円	2,263円
	第3段階	2,745円	2,817円	2,894円	2,943円	3,013円
	第4段階 下段は2割負担の方	4,135円 4,920円	4,207円 5,063円	4,284円 5,217円	4,355円 5,360円	4,427円 5,503円

◇施設の居住費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方(市町村民税世帯非課税者)や生活保護を受けておられる方の場合は、施設利用の居住費(滞在費)・食費の負担が軽減されます。

対象者		区分
生活保護受給者		1
世帯全員が市町村民税非課税	高齢福祉年金受給者	
	課税年収額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	
	利用者負担第2段階以外の方(課税年収が80万円超の方など)	3
上記以外の方〇		4

④送迎

身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付き送迎車で入退所の送迎を行います。又、当施設の事業実施区域外の方、あるいは実施区域内で特に送迎をご希望の方にリフト付きの送迎車で送迎を実施します。

(利用料)

上富田町内の方

介護報酬の告示上の額(184 円)

上富田町外の方

介護報酬上の告示上の額(184 円)と別途に次の額を負担いただきます。

事業所から片道	5km未満	無料
事業所から片道	5km～30km未満	1,000 円
事業所から片道	30km～50km未満	1,500 円
事業所から片道	50km以上の場合は	10kmごとに300円加算します。

9. その他のサービス及び利用料金

①理美容サービス

近隣の美容室の出張による理美容サービスをご利用いただけます。

理美容サービス 1回 1,200 円

②サークル活動、行事等について

利用者の趣味や活動能力に応じてサークルをご用意しています。これらサークルの運営は職員をはじめ、ボランティアの方々の協力も得て行っています。

年間行事として、お花見や盆踊り、遠足、クリスマスなど四季の行事を催しています。ご家族の方々にはその都度ご連絡いたしますが、いずれの行事に参加していただいても愛の園としては差し支えございませんので、お気軽にご参加下さい。行事によっては別途参加費等がかかるものもございます。

⑤複写物の交付

1 枚につき 10 円頂きます。

10. 利用料のお支払いについて

原則として、利用者の年金が振り込まれる金融機関口座からの自動引き落とし(銀行、郵便局、農協)となります。

11. キャンセル料

ご利用日前日・当日及び利用期間中の予定の中断、変更、取り消しなどの申し出があった場合、実費相当額(食費)のキャンセル料をいただいております。

※連絡が困難な場合などやむを得ない場合はこの限りではありません。

12. 協力医療機関

医療機関の名称 紀南病院
所在地 和歌山県田辺市新庄町 46 番の 70
電話番号 0739-22-5000

13. 苦情の受付について

①当施設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。

苦情受付窓口（担当者）：介護主任 小出 郁

受付時間 : 9:00~18:00

電話番号 : 0739-47-1234

ファクシミリ: 0739-47-4329

電子メール : sodanin@shinai.or.jp

②行政機関等

和歌山県福祉サービス運営適正化委員会

電話番号: 073-435-5527

電子メール: kujou@wakayamakenshakyo.or.jp

国民健康保険団体連合会

電話番号: 073-427-4662

14. 身体拘束について

- ① 施設サービスの提供に当たっては、ご利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行いません。
- ② 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、ご利用者またはそのご家族に対して事前に口頭および文書による説明を行い、併せて文書による同意を得ます。
- ③ 施設長を長とする特定ケア検討委員会を随時開催し、緊急やむを得ず行う身体拘束について判断を行うと共に、常にその解消のため検討に努めます。

15. ご利用中の医療行為等

- ① 愛の園には医師と看護師が勤務し健康管理のお手伝いをしていますが、サービスご利用期間中はご利用者の主治医の診断による治療方針と方法が継続されます。
- ② 愛の園では投薬等につき必要に応じて医療に係らせていただきますが、医療の内容によってはサービスをご利用いただけない場合がございます。
- ③ サービスご利用中に行った処置等に伴う持ち込み以外の薬品や消耗品（ガーゼ等）は、ご利用者の負担として愛の園診療所よりサービス利用料にあわせて請求させていただきます。
- ④ ご利用当日の体調（発熱・風邪等）によっては、ご利用を見合わせていただく場合がございます。

16. 急変時の対応

- ① サービスご利用中にご利用者が急変された場合は、医師・看護師または介護職員の判断により、原則として救急車により医療機関へ救急搬送いたします。
- ② 受入病院は、ご利用者の主治医が所属する医療機関または愛の園協力病院となるよう救急隊員に依頼しますが、その他の医療機関への搬送もあり得ます。また、夜間・休日は救急指定病院への搬送となります。
- ③ 救急搬送の際は可能な限り事前にご家族に連絡をおとりしますが、状況により事後となる場合がございます。
- ④ ご利用者の状態によっては搬送先医療機関での緊急入院もあり得ますことをご理解ください。
- ⑤ 緊急入院時でご家族との連絡がとれない場合に、受入医療機関の状況や定めにより差額ベッドの利用や有償の付添人の依頼を行うことがあり得ますことをご了承ください。その際の費用はご利用者の負担となります。

17. 受診の依頼

- ① サービスご利用中に、ご契約時またはご利用開始時と著しく異なる心身の状況が認められた場合や、他のご利用者への影響が懸念される症状が認められた場合には、急変時対応以外でも、医師・看護師または介護職員の判断により医療機関での受診をお願いする場合がございます。
 - ② 受診のための送迎・付添いは原則としてご家族にご担当いただきます。
 - ③ ご利用者の状態により必要に応じて愛の園の福祉車両で病院までお送りする場合がありますが、その際はショートステイ送迎料金に準じて有償とさせていただきます。
- ※ 定期的な受診がサービスご利用中に予定されている場合は、ご家族により受診していただきます。

18. 短期入所生活介護サービスの提供記録

- ① 事業者は、利用者に対して短期入所生活介護サービスを提供するごとに、当該サービスの提供日および介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、所定の書面に記載します。
- ② 事業者は、利用者に対する短期入所生活介護サービスの提供に関する記録を整備し、サービスを提供した日から5年間保存します。
- ③ 利用者または代理人は、事業者に対し、いつでも①に規定する書面その他事業者が作成した利用者の短期入所生活介護サービスの提供に関する記録の閲覧および謄写を求めることができます。ただし、謄写に際して、事業者は利用者または代理人（身元引受人）に対して、実費相当額を請求できるものとします。
- ④ 事業者は、利用者の求めに応じて、提供した短期入所生活介護サービスの内容を確認するための報告書を作成します。

19. 施設の利用に当たっての留意事項

- ① 利用者は、次の各号に掲げる事項を守り、利用者相互の親睦と融和に努めるようお願いいたします。

- (1) 火気の取扱いに注意するとともに、所定の場所以外で喫煙しないこと。
- (2) 建物、備品その他の器具を破損し、若しくは持ち出さないこと。
- (3) 喧嘩、口論又は暴力行為等、他の者の迷惑になることをしないこと。
- (4) 飲酒、喫煙は定められた時間、場所において行うこと。

- ② 利用者が外泊しようとするときは、あらかじめ、施設長に届け出をお願いします。

- ③ 利用者が外出しようとするときは、あらかじめ、行き先、用件、所要時間等を施設の従業者に申し出をお願いします。

- ④ ご面会について

ご面会については次のことをご了承下さい

○ご面会の際は、各ユニットに設けていますご面会カードにお名前とご住所、続柄をご記入下さい。

○面会時間はできましたら午前9時から午後8時までをお願いします。

○ご利用者の中には飲み込みの悪い方、食物の量がコントロールできない方、腐敗の判断ができない方、医師から食事に対して注意を受けている方などがおられますので以下のことについては特に注意して下さい。

- ・食物の手土産は少量をお願いします。
- ・生物（なまもの）は一回で食べきれだけの極少量をお願いします。
- ・他の利用者へのご配慮はご遠慮申し上げます。
- ・もし配られたい場合は必ず職員にお知らせ下さい。

○ご家族の方々の職員に対する心遣いは固くご辞退いたします。

_____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、本書面に基づき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 特別養護老人ホーム愛の園（社会福祉法人神愛会愛の園）

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と交付を受け、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。

利用者氏名 _____ 印

代理人（身元引受人）

氏名 _____ 印

住所 〒 _____