



(介護予防)短期入所生活介護
社会福祉法人神愛会愛の園
重要事項説明書

<2024年4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. 利用施設

施設の名義	特別養護老人ホーム愛の園
事業所の名義	社会福祉法人神愛会愛の園
事業の種類	ユニット型指定(介護予防)短期入所生活介護
介護保険指定番号	3072400124
利用定数	20人
ユニット数及び定員	2ユニット(20人)
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	崎山賢士
電話番号	0739-47-1234 / (FAX) 0739-47-4329
ホームページ	http://shinai.or.jp

3. 基本方針

指定(介護予防)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. 営業日及び利用の予約

営業日	通年(受付時間：午前9時～午後6時)
予約方法	利用の予約は、利用を希望される月の2ヶ月前の1日から受け付けます。

5. 主な職員の職種、員数及び職務

職種	常勤	非常勤	計	職務内容
施設長	1		1	総括管理
生活相談員	2		2	相談援助
介護職員	58	4	62	介護
この内介護福祉士	39	2	41	
看護職員	2	1	3	看護
機能訓練指導員	1	1	1	機能訓練
管理栄養士	1		1	栄養管理
医師		3	3	健康管理
介護支援専門員	2		2	介護計画

6. 主な職種の勤務体制

職種	勤務体制
医師	月・水・金曜日 12:30~14:30
施設長 生活相談員	毎日（交代勤務） 9:00~18:00 （夜間はオンコール体制で緊急時に備えます）
介護職員	Aシフト 7:30 ~ 16:30 Bシフト 9:00 ~ 18:00 Cシフト 13:00 ~ 22:00 Dシフト 22:00 ~ 7:30（夜勤） 夜間は介護職員6名、宿直職員1名勤務
看護職員	早番 8:00~17:00 当番 9:00~18:00 遅番 10:00~19:00
機能訓練指導員	月曜日~金曜日 8:30~17:30

7. 施設サービスの概要

①介護

- 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. 利用料金

- ①基本サービス費、食費、居住費等は8~10ページの料金表をご参照ください。
- ②食費内訳（第4段階の場合） 朝食 339円 昼食 665円 夕食 513円
- ③送迎体制

身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分で来園が困難な方は、リフト付き送迎車等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送迎車等で送迎を実施します。

送迎利用料

- 上富田町内の方 184円（回）
- 上富田町外の方 184円（回）と距離別の料金

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 1,200円（回・近隣美容室の出張による）
- ②利用中の特別な行事などへの参加費 実費
- ③複写物の交付 10円（枚）

10. 利用料のお支払いについて

金融機関口座からの自動引き落とし（銀行、農協、信金等）となります。

11. 取消料

利用日前日・当日及び利用期間中の予定の中断、変更、取り消しなどのお申し出があった場合、食費実費相当額の取消料をいただきます。

※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

紀南病院 和歌山県田辺市新庄町46-70 TEL.0739-22-5000

13. 苦情受付

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：介護支援専門員（相談員）小中久美子

受付時間：9:00～18:00

電話番号：0739-47-1234 / FAX: 0739-47-4329

②その他機関等

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@wakayamakenshakyō.or.jp

国民健康保険団体連合会

電話番号：073-427-4662

14. 身体拘束廃止

- ① 施設サービスの提供に当たっては、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、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 施設長を長とする身体拘束廃止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. 高齢者虐待防止

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知徹底します。
- ② 虐待防止のための指針を整備します。
- ③ 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- ④ 上記措置を適切に実施するための担当者を置いています。

16. 利用中の医療行為等

- ① 愛の園には医師と看護職員が勤務し健康管理のお手伝いをしていますが、サービス利用期間中は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利用いただけない場合があります。
- ③ サービス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、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します。
- ④ 利用当日の体調（発熱・風邪等）によって、利用を見合わせていただく場合があります。

17. 急変時の対応

- ① サービス利用中に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します。
- ② 受入病院は、利用者の主治医が所属する医療機関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しますが、状況により事後となる場合があります。
- ④ 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。
- ⑤ 緊急入院時でご家族との連絡がとれない場合にも、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ます。その際の費用は利用者の負担となります。

18. 事故発生時の対応

- ① 施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入居者の家族等に連絡し、必要な措置を講じます。
- ② 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- ③ 施設サービスの提供によって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。

19. 施設利用中の医療機関受診

- ① サービス利用中に、ご契約時または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・看護職員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あります。
- ② 受診のための送迎・付添いは原則としてご家族でお願いします。
- ③ 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なります。

※ 定期的な受診がサービス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。

20. 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ことに、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。複写は有償となります。
- 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。

21. 利用に当たってのお願い

- 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します。

- ② 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。
- ③ 面会について
- 面会の際は、ユニットに設けている面会カードに氏名、住所、続柄をご記入ください。
 - 面会時間は午前9時から午後8時までをお願いします。
 - 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制限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ご配慮ください。
 - ・食物の手土産は少量をお願いします。
 - ・生物（なまもの）は一回で食べきれるだけの極少量をお願いします。
 - ・他の利用者へのご配慮は無用です。
 - 職員へのお心遣いはご遠慮願います。

_____年_____月_____日

指定(介護予防)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(介護予防)短期入所生活介護事業所 社会福祉法人神愛会愛の園

説明者
職 名 _____生活相談員_____

氏 名 _____小中 久美子_____

私は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明と交付を受け、指定(介護予防)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 _____

代理人(身元引受人)

氏 名 _____

続 柄 _____

住 所 〒 _____

連絡先 _____

ショートステイサービス愛の園 利用料金表 (負担割合1割) 2024年4月1日現在

要介護度	介護保険サービス費 (単位:円/日)							居住費・食費(単位:円/日)				1日当たりの自己負担額合計の目安
	基本サービス費	サービス提供体制加算I	機能訓練体制加算	夜勤職員配置加算IV	サービス合計	新処遇改善加算	1日当たりサービス利用料金の目安	介護保険負担限度額段階	居住費	食費(3食)	1日当たり居住費・食費	
要支援1	529	22	12	-	563	79	642	1	820	300	1,120	1,762 円
								2	820	600	1,420	2,062 円
								3-1	1,310	1,000	2,310	2,952 円
								3-2	1,310	1,300	2,610	3,252 円
								4	2,006	1,445	3,451	4,093 円
要支援2	656	22	12	-	690	97	787	1	820	300	1,120	1,907 円
								2	820	600	1,420	2,207 円
								3-1	1,310	1,000	2,310	3,097 円
								3-2	1,310	1,300	2,610	2,610 円
								4	2,006	1,445	3,451	4,238 円
要介護1	704	22	12	20	758	107	865	1	820	300	1,120	1,985 円
								2	820	600	1,420	2,285 円
								3-1	1,310	1,000	2,310	3,175 円
								3-2	1,310	1,300	2,610	3,475 円
								4	2,006	1,445	3,451	4,316 円
要介護2	772	22	12	20	826	116	942	1	820	300	1,120	2,062 円
								2	820	600	1,420	2,362 円
								3-1	1,310	1,000	2,310	3,252 円
								3-2	1,310	1,300	2,610	3,552 円
								4	2,006	1,445	3,451	4,393 円
要介護3	847	22	12	20	901	127	1,028	1	820	300	1,120	2,148 円
								2	820	600	1,420	2,448 円
								3-1	1,310	1,000	2,310	3,338 円
								3-2	1,310	1,300	2,610	3,638 円
								4	2,006	1,445	3,451	4,479 円
要介護4	918	22	12	20	972	137	1,109	1	820	300	1,120	2,229 円
								2	820	600	1,420	2,529 円
								3-1	1,310	1,000	2,310	3,419 円
								3-2	1,310	1,300	2,610	3,719 円
								4	2,006	1,445	3,451	4,560 円
要介護5	987	22	12	20	1,041	149	1,190	1	820	300	1,120	2,310 円
								2	820	600	1,420	2,610 円
								3-1	1,310	1,000	2,310	3,500 円
								3-2	1,310	1,300	2,610	3,800 円
								4	2,006	1,445	3,451	4,641 円

【介護保険負担限度額認定制度】

課税状況や年金収入・資産の状況に応じて4段階に区分されます。市町への申請により1~3段階に認定されると居住費食費の軽減措置が受けられます。(4段階は非該当です。)

【高額介護サービス費制度】

課税状況や年金収入・資産の状況に応じて5段階に区分されます。利用料が一定額を超えると申請により後日還付されます。

【食費内訳】

※4段階
朝食 319円
昼食 623円
夕食 503円

ショートステイサービス愛の園 利用料金表（負担割合2割） 2024年4月1日現在

要介護度	介護保険サービス費（単位：円/日）							居住費・食費（単位：円/日）				1日当たり自己負担額合計の目安
	基本サービス費	サービス提供体制加算 I 1	機能訓練体制加算	夜勤職員配置加算IV	サービス合計	新処遇改善加算	1日当たりサービス利用料金の目安	介護保険負担限度額段階	居住費	食費(3食)	1日当たり居住費・食費	
要支援 1	1,058	44	24	-	1,126	158	1,284	4	2,006	1,445	3,451	4,735 円
要支援 2	1,312	44	24	-	1,380	194	1,574	4	2,006	1,445	3,451	5,025 円
要介護 1	1,408	44	24	40	1,516	213	1,729	4	2,006	1,445	3,451	5,180 円
要介護 2	1,544	44	24	40	1,652	232	1,884	4	2,006	1,445	3,451	5,335 円
要介護 3	1,694	44	24	40	1,802	253	2,055	4	2,006	1,445	3,451	5,506 円
要介護 4	1,836	44	24	40	1,944	273	2,217	4	2,006	1,445	3,451	5,668 円
要介護 5	1,974	44	24	40	2,082	292	2,374	4	2,006	1,445	3,451	5,825 円

【高額介護サービス費制度】

課税状況や年金収入・資産の状況に応じて5段階に区分されます。利用料が一定額を超えると申請により後日還付されます。

【食費内訳】

※4段階
朝食 319円
昼食 623円
夕食 503円

ショートステイサービス愛の園 利用料金表（負担割合3割） 2024年4月1日現在

要介護度	介護保険サービス費（単位：円/日）							居住費・食費（単位：円/日）				1日当たり自己負担額合計の目安
	基本サービス費	サービス提供体制加算Ⅰ	機能訓練体制加算	夜勤職員配置加算Ⅳ	サービス合計	新処遇改善加算	1日当たりサービス利用料金の目安	介護保険負担限度額段階	居住費	食費(3食)	1日当たり居住費・食費	
要支援1	1,587	66	36	-	1,689	237	1,926	4	2,006	1,445	3,451	5,377 円
要支援2	1,968	66	36	-	2,070	290	2,360	4	2,006	1,445	3,451	5,811 円
要介護1	2,112	66	36	60	2,274	319	2,593	4	2,006	1,445	3,451	6,044 円
要介護2	2,316	66	36	60	2,478	347	2,825	4	2,006	1,445	3,451	6,276 円
要介護3	2,541	66	36	60	2,703	379	3,082	4	2,006	1,445	3,451	6,533 円
要介護4	2,754	66	36	60	2,916	409	3,325	4	2,006	1,445	3,451	6,776 円
要介護5	2,961	66	36	60	3,123	438	3,561	4	2,006	1,445	3,451	7,012 円

【高額介護サービス費制度】

課税状況や年金収入・資産の状況に応じて5段階に区分されます。利用料が一定額を超えると申請により後日還付されます。

【食費内訳】

※4段階
朝食 319円
昼食 623円
夕食 503円