

基準該当短期入所生活介護施設・基準該当介護予防短期入所生活介護施設
ショートステイ大井シクラメン
重要事項説明書

基準該当短期入所生活介護(基準該当介護予防短期入所生活介護)サービスの提供開始にあたり、社会福祉法人敬愛会ショートステイ大井シクラメンについて説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 敬愛会
所在地	岐阜県中津川市阿木2811-1
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 花田美晴
電話番号	0573-63-3232
FAX番号	0573-63-3233

2. 事業所の概要

事業の種類	岐阜県第 2181700028 号 恵那市基準該当サービス 利用者定員 13 名 平成 16 年 7 月 1 日指定 基準該当短期入所生活介護事業 平成 18 年 4 月 1 日指定 基準該当介護予防短期入所生活介護事業
事業所の名称	ショートステイ 大井シクラメン
所在地	岐阜県恵那市大井町神徳1002-3
管理者名	井上 克志
電話番号	0573-20-0533
FAX番号	0573-20-0534

3. 営業日及び営業(受入れ)時間

営業日	年中無休 (特定日を除く)
営業(受入れ)時間	24 時間対応可能

※ 特定日＝設備点検などによって終日利用できない日など

4. 事業の目的と運営の方針

事業者の目的	この事業は、介護保険法の定めるところにより、加齢による心身の変化に起因する疾病等により要支援又は要介護の状態になった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することを目的とします。
施設運営の方針	当施設にあっては、日常生活において介護又は支援を必要とする要介護者・要支援者に対し、その心身の特性を踏まえて有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事などの介護、その他の日常生活の世話及び機能訓練により、要介護者・要支援者の心身機能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ことを運営の基本方針とします。

5. 施設の概要

敷地面積		自己所有地 1163.86㎡
建物	構造	鉄筋コンクリート2階建(耐火建築)
	延べ床面積	572.76㎡
	利用定員	ショートステイ 13床

(主な設備)

設備の種類	数	面積	1人あたりの面積
食堂兼談話ホール	2カ所	42.68㎡	3.56㎡
一般浴室	1室	9.6㎡	
機械浴室	特殊浴槽1台	30.6㎡	

6. 職員体制

職種	職員人数		勤務体制	
管理者	常勤兼務	1名	勤務時間	早番 7:30~16:15
看護職員	非常勤兼務	3名		日勤 8:15~17:00
生活相談員	常勤専従	1名		8:45~17:30
	常勤兼務	1名		遅番 11:30~20:15
介護職員	常勤兼務	6名		夜勤 15:00~ 9:30
	非常勤兼務	8名		
機能訓練指導員	非常勤兼務	3名		

7. 提供するサービスの内容

種類	内容
食事	・献立により、栄養と利用者の身体状況に配慮した季節感溢れる食事を提供します。食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。
排泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴	・週2回以上の入浴又は清拭を行います。 ・歩行が困難な方は、特殊浴槽での入浴が可能です。
離床、着替え 整容等	・寝たきり防止のため、出来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に配慮します。
健康管理	・緊急時等、必要な場合には予め届出されている緊急時連絡先へ連絡を行うとともに、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 ・利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについて出来るだけ配慮します。
相談及び援助	・当施設は、利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。(相談窓口:生活相談員)
送迎	・ご自宅と事業所間の送迎を行います。

社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> ・行政機関に対する手続きが必要な場合には、利用者及びご家族の状況により代行可能であるものは代行します。 ・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、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行事を企画します。 (主な娯楽設備と行事 *カラオケ・DVD 設置 *レクリエーション行事)
----------	---

8. サービスの料金

(1)1日あたりの自己負担額

		介護保険負担割合 1割負担	介護保険負担割合 2割負担	介護保険負担割合 3割負担
基本料金	要支援1	474円	948円	1,422円
	要支援2	589円	1,178円	1,767円
	要介護1	638円	1,276円	1,914円
	要介護2	707円	1,414円	2,121円
	要介護3	778円	1,556円	2,334円
	要介護4	847円	1,694円	2,541円
	要介護5	916円	1,832円	2,748円
サービス提供体制強化加算 I		22円	44円	66円
サービス提供体制強化加算 II		18円	36円	54円
送迎加算 [片道]		184円	368円	552円
介護職員処遇改善加算 I		介護保険対象サービス利用料金 × 8.3%		
介護職員等特定処遇改善加算 I		介護保険対象サービス利用料金 × 2.7%		

居住費	介護保険負担限度額認定証			
	減免区分 第4段階	減免区分 第3段階	減免区分 第2段階	減免区分 第1段階
個室	2,000円	820円	420円	320円
多床室	1,500円	370円	370円	0円

◆緊急短期受入加算

利用者の状態や家族等の事情により、ケアマネージャーが緊急にショートステイを受けることが必要と認め、居宅サービス計画に位置付けられていないショートステイを緊急に行った場合に加算されます。

介護保険負担割合 1割負担	介護保険負担割合 2割負担	介護保険負担割合 3割負担
1日あたり 90円	1日あたり 180円	1日あたり 270円

※サービス提供体制強化加算 I …介護福祉士が介護職員総数の 80%以上、もしくは勤続 10 年以上の介護福祉士が 35%以上勤務している場合に加算されます。

(2)その他の利用料金

食 事	減免区分 第 4 段階	朝食（食材料費＋調理費）	310円
		昼食（食材料費＋調理費）	750円
		夕食（食材料費＋調理費）	700円
	減免区分 第 3 段階②（1日あたり）		1,300円
	減免区分 第 3 段階①（1日あたり）		1,000円
	減免区分 第 2 段階（1日あたり）		600円
	減免区分 第 1 段階（1日あたり）		300円
処置消耗品代	皮膚疾患等の処置で、ガーゼを使用した場合		100円
	包帯（1本）		320円
	絆創膏（1枚）		10円
創傷用テープ代	皮膚疾患等の処置で、ドレッシング材を使用した場合（1枚）		100円
事務手数料	内訳は銀行手数料・保険請求手数料・通信費用です。		月 100円
入退所時通院等の特別な送迎	特段の理由による指定地域外の送迎は、希望により送迎車で実施します。その費用は法定外給付の費用となります。 （入退所時間は原則 9:00～17:00 です。）		1kmあたり 100円
電気使用料	個人専用の家電製品（電気毛布・電気アンカ等）の電気使用料として、1コンセントにつき右記の料金を頂きます。		1日あたり 60円
特別な食事	当施設で提供する一般食以外の食事であり、申出により実施します。		実費
教養娯楽等の提供、行事参加費	花見等のバス代、催しものでの飲食費を超える部分、その他施設で用意できないもののレンタル料他		実費
年末年始の料金	年末年始ご利用の場合、年末年始特別料金を徴収します。		実費
再発行手数料	領収書等で再発行を希望された場合の費用です。		1件につき 100円

* 食費は提供回数によって食事単位での請求となります。

* 利用中に食べたくない等本人の意思や、予定外の都合によって食事時間前に帰宅される場合などは、食事料金が必要となります。

9. 介護負担限度額(減免区分)について

所得の低い方(利用者負担段階が第1段階～第3段階に該当する方)については、負担の上限額(負担限度額)が定められ、居住費(滞在費)・食費の負担が軽減されます。

利用者負担段階	
区 分	対 象 者
第1段階	・市民税非課税世帯で老齢福祉年金を受給されている方 ・生活保護を受給されている方
第2段階	・市民税非課税世帯の方で合計所得金額と課税年金収入額の合計が年間 80万円以下の方
第3段階	・市民税非課税世帯の方で上記第2段階以外の方 ・市民税課税層における特例減額措置が適用となる方
第4段階	・上記以外の方

* 減免区分は「介護負担限度額認定証」に基づきます。各市町村に申請し、認定を受け利用時に認定証を提示して下さい。また、大井シクラメンは社会福祉施設の減免制度が利用できます。市町村窓口へ申請し「社会福祉施設等利用者負担軽減確認証」の交付を受け、利用時に提出して下さい。

10. キャンセル料について

都合により利用をキャンセルする場合、キャンセルの通知時間によりキャンセル料を請求させていただきます。

当日の9:00までにご連絡いただいた場合	キャンセル料は不要です
当日の9:00までにご連絡がなかった場合	1日の自己負担額 100%

*ただし、利用者の身体状況の急変など緊急やむを得ない事情がある場合、キャンセル料は請求いたしません。

11. 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

① 利用料、その他の費用の請求	利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。また、請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 20 日までに、利用者宛てにお届けします。
② 利用料、その他の費用の支払い	原則として利用月の翌月末までに下記の方法によりお支払い下さい。 ・利用者指定口座からの自動振替(通常はこちら) ・現金支払い(利用開始時等やむを得ない場合)

12 連帯保証人について

連帯保証人を定めて頂きます。

連帯保証人は、利用者の過失による損害や、利用料金滞納等があった場合に備えて、本契約から生じる利用者の債務を極限額 50 万円の範囲内でご負担いただく場合があります。

13. 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
② 個人情報の保護について	・事業者は、個人情報の保護に十分な配慮をいたしますが、利用目的の向上のため、利用者及び利用者家族の必要最小限の個人情報について、サービス担当者会議等において使用すること、また利用及び心身状況について、他の居宅介護支援事業者及び医療機関等に、適切な介護や診療を受ける為に、利用者又は利用者の家族の個人情報を提供することに同意をお願い致します。 ・事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

14. サービス提供に関する相談、苦情について

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

【当事業所相談窓口】	窓口担当 生活相談員 ご利用時間 土・日を除く 午前9時～午後5時 ご利用方法 電話 0573-20-0533
------------	---

公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

【公共団体の窓口】 岐阜県運営適正委員会	岐阜県社会福祉協議会内(岐阜市下奈良 2-2-1) 電話 058-273-5136 FAX 058-273-5137
-------------------------	---

15. 協力医療機関

医療機関の名称	さつきクリニック
院長名	弓倉宏志
所在地	岐阜県恵那市大井町神徳1002-1
電話番号	0573-20-3350
診療科	内科・小児科・消化器科・リウマチ科
入院設備	無し
救急指定の有無	無し
契約の概要	利用者に急変があった場合には緊急往診体制を整えてある。

16. 非常災害時の対策

非常時対応	別途定める「防火管理規程」に基づいて対応を行います。			
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「防火管理規程」に基づき年1回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	箇所
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	あり
	自動火災報知器	あり		
	誘導灯	あり		
	ガス漏れ警報機	あり		
	カーテン・布団等は防災性能のある物を使用しています。			

17. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面接	来訪者は面会簿に記入して下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行き先と帰所時間を職員に申し出て下さい。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用によって破損等が生じた場合、賠償して頂くことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒は決められた場所・時間以外ではお断りします。
迷惑行為等	騒音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品の管理	利用者の方による貴重品の持ち込みはなるべくご遠慮ください。
宗教・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

18. 身体拘束等を行う際の手続き

身体拘束その他利用者の行為を制限する行為は行いません。ただし、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合にのみ、身体拘束等を行うことに対する同意書をもって対応いたします。

19. 情報の開示

利用者およびその代理人が記録の閲覧、謄与を求めた場合には、原則としてこれに応じます。ただし、関係人およびその他の者に対しては、利用者又はその代理人の承諾、その他当施設が必要と認められる場合に限り、これに応じます。

20.介護保険外のサービス利用料についての諾否

内 容	単 位	契約の諾否(希望に○)
特別な食事の提供	1食あたり 実費	可 ・ 否
入退所時等の特別な送迎	1kmあたり 100円	可 ・ 否
個人専用の家電製品の電気使用料	1コンセントにつき 1日60円	可 ・ 否
教養娯楽設備等の提供 レクレーション行事	1回あたり 実費	可 ・ 否
年末年始の特別料金	1日あたり 実費	可 ・ 否

21 その他

福祉サービス第三者評価の実施はありません。

22.重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	----------

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

事業者	所在地	岐阜県恵那市大井町神徳1002-3
	事業所名	ショートステイ 大井シクラメン
	センター長	井上 克志
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から受け、内容について同意しました。

利用者	住 所	
	氏 名	印

家族代表 利用者	住 所	
	氏 名	印 続柄