

指定介護予防短期入所生活施設「<sup>きらり</sup>輝樂里」

(介護保険事業所番号 0770104222)

## 重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人 **なごみ**

# 指定介護予防短期入所生活介護施設「輝楽里」

## 重要事項説明書

(平成30年4月1日現在)

1. 設置名 社会福祉法人 なごみ

2. 事業所名 ショートステイ 輝楽里  
(介護保険事業所番号 0770104222)

### 3. 運営方針

- (1) 事業の実施にあたっては、外出が困難な方々に地域住民またはその自発的な活動等との連携または協力を得て、地域との社会交流に努めます。
- (2) 当施設の介護職員等は、要支援者の特性をふまえ、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事の介護、機能訓練による身体機能の維持、その生活全般にわたる援助を行います。
- (3) 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携をはかり、総合的なサービス提供に努めるものとします。

### 4. サービス内容

【食 事】朝食 7:30 ~ 9:30

昼食 12:00 ~ 14:00

夕食 18:00 ~ 20:00

【入 浴】週に2回以上入浴していただけます。

ただし、状態に応じ、清拭となる場合があります。

【介 護】施設サービス計画に沿って下記の介護を行います。

着替え、排泄、食事等の介助

体位交換、シーツ交換、施設内の移動の付き添い等

【生活相談】生活相談員または介護支援専門員に、介護以外の日常生活に関することも含めて相談できます。

【機能訓練】日常生活動作の機能維持のために機能訓練を行います。

【理美容サービス】当施設では月に2回以上、理容師および美容師によるサービスを提供できます。料金は別途かかります。

【レクリエーション】当施設では、季節ごとの行事を行います。行事によっては、別途で参加費がかかる場合もあります。

### 5. 利用料金

(1) ショートステイ利用料 (1日あたり)

要介護度	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)
要支援1	543円	1,086円
要支援2	660円	1,320円

(2) 加算 (1割負担又は2割負担) 該当するもののみ

加算名称	1日又は1回	1割負担額	2割負担額
療養食加算	1日あたり	8円	16円
個別機能訓練加算	1日あたり	56円	112円
機能訓練体制加算	1日あたり	12円	24円

若年性認知症利用者受入加算	1日あたり	120円	240円
認知症緊急対応加算	1日あたり (7日間)	200円	400円
認知症専門ケア加算Ⅰ	1日あたり	3円	6円
認知症専門ケア加算Ⅱ	1日あたり	4円	8円
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	1日あたり	18円	36円
サービス提供体制強化加算Ⅰロ	1日あたり	12円	24円
サービス提供体制強化加算Ⅱ又はⅢ	1日あたり	6円	12円
送迎加算(※)	片道	184円	368円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1回	月額算定した所定単位の 8.3%の介護報酬総額の1割又は 2割	

※送迎サービス提供地域は、福島市（茂庭地区を除く）の区域とし、サービス提供地域の境界を越えて送迎を実施する場合の費用は、その境界より起算し、送迎距離（km単位）に50円を乗じて得た金額となります。

(3) 食費（①は一般の方、②は負担限度額認定の有る方）

①（1日あたり）1,620円（朝 440円 昼（おやつ含む）620円 夕 560円）

②（1日あたり）1,380円（朝 380円 昼（おやつ含む）500円 夕 500円）

※負担限度額認定を受けている場合には、介護保険負担限度額認定証に記載している負担限度額となります。

※負担限度額認定の有る方の1日あたりの食費は、国で定められている額となります。

区 分	負担限度額
利用者負担第1段階	300円
利用者負担第2段階	390円
利用者負担第3段階	650円
利用者負担第4段階以上	1,620円

(4) 滞在費（1日あたり） 1,930円

※負担限度額認定を受けている場合には、介護保険負担限度額認定証に記載している負担限度額となります。

区 分	負担限度額
利用者負担第1段階	820円
利用者負担第2段階	820円
利用者負担第3段階	1,310円
利用者負担第4段階以上	1,930円

(5) その他の料金

① 特別な食事 通常の献立以外の食事を希望する場合は、その実費を申し受けます。

② 美容費

調 髪	1回あたり	1,500円～
-----	-------	---------

③日用品の購入代金等、利用者にご負担いただくことが適当であるものにつきましては、ご持参いただくか実費でのご負担となります。

(6) キャンセル料

利用者の都合でサービスを中止する場合は次に定めるキャンセル料をお支払いいただきます。なお、緊急その他やむを得ない理由の場合はこの限りではありません。

- ・入所日の前日午後5時までに連絡があった場合・・・無料
- ・入所日の前日午後5時までに連絡がなかった場合・・・

1日の自己負担額の30%に利用予定日数分を乗じた額

(7) 支払い方法

\*金融機関口座からの自動引落し（金融機関により引落とし手数料が違います）

当施設で用意する手続きにて、各金融機関本支店より自動引落しが可能です。

毎月15日までに前月分の利用料請求書を送付致しますので、支払い期日（25日）までにご準備願います。

※介護保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合は、当該月の費用を全額お支払いいただきます。お支払いいただきますと、サービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を市町村の窓口に提出しますと自己負担額（費用の1割又は2割と食費ならびに滞在費）を除く金額が払い戻しされます（償還払い）。

6. 当施設の職員の構成と勤務体制

(1) 職員構成と職務

職 名	職 務 内 容	常 勤	非常勤	計
事業 管理者	事業所の職員および業務を管理します。 (輝楽里 生活相談員が兼務する)	1名		1名
事 務 長	施設の職員および業務の管理補佐をします。		1名	1名
医 師	利用者の健康管理、療養上の指導を行います。		1名	1名
生活 相談員	利用者の日常生活上の相談・援助等を行います。	1名以上	1名	2名以上
管理 栄養士	利用者の栄養や身体の状態および嗜好を 考慮した献立の作成、調理指導を行います。	1名		1名
事 務 員	会計、庶務等の事務処理を行います。		1名以上	1名以上
看護職員	医師の指示を得て、利用者の 健康保持のための適切な措置をとります。	1名以上	1名以上	2名以上
機能訓練 指導員	医師の指示を得て、利用者の状況に応じて 機能訓練を行います。	1名以上		1名以上
介護職員	上司の命を受け、利用者の生活全般の 介護、援助を行います。	8名以上	2名以上	10名以上

(2) 基本勤務体制

早 番	07:00 ~ 16:00
日 勤	08:30 ~ 17:30
遅 番	13:00 ~ 22:00
夜 勤	22:00 ~ 07:00

7. 入所定員 20名

8. サービス内容に対する苦情の受付

(1) 苦情は、面接、電話、手紙等により、苦情受付担当者が随時受け付けします。

苦情受付担当者 介護リーダー 渡邊 慎也

解決責任者 事業管理者 井浦 あゆみ

電 話 番 号 024(573)7829

(受付時間 日祭日を除く 午前8時30分～午後5時30分)

また、当法人の第三者委員に直接苦情を申し出ることも出来ます。

第三者委員 羽田 トモ子

電 話 番 号 024(545)5466

第三者委員 高木 征子

電 話 番 号 024(545)4402

(2) 苦情受付の報告と確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情は、苦情解決責任者と第三者委員に報告いたします。た

だし、苦情を申し出た方が、第三者委員への報告を拒否した場合は、その限りではありません。第三者委員は、内容を確認し、苦情を申し出た方に対して報告を受けた旨を通知します。

(3) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情を申し出た方と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情を申し出た方は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。なお、第三者委員立会いによる話し合いは、次により行います。

- ①第三者委員による苦情内容の確認
- ②第三者委員による解決案の調整および助言
- ③話し合いの結果や改善事項等の確認

(4) 福島県運営適正化委員会の紹介

当事業者で解決できない苦情は、福島県運営適正化委員会に申し立てることが出来ます。

事務局 〒960-8141 福島市渡利字七社宮111  
福島県総合社会福祉センター2階  
電話番号 024(523)2943

9. 非常災害時の対応

当施設は、火災、地震、水害等の非常災害に関して具体的な対処計画を立て、それらの非常災害に備えて、定期的に避難・救出、その他の必要な訓練を行っています。

10. 協力医療機関

利用中に健康状態が悪化し、なおかつ緊急を要する場合には、当施設の協力病院に搬送いたします。但し、事情により協力医療機関に搬送が困難な場合は、救急隊に一任し、搬送先がわかり次第ご家族様に連絡いたします。

・医療法人社団敬愛会 福島西部病院  
福島県福島市東中央三丁目15  
電話番号 024(533)2121 (代)

・医療法人社団敬愛会 福島南循環器科病院  
福島県福島市方木田字辻の内3-5  
電話番号 024(546)1221 (代)

・社会福祉法人 恩賜財団済生会支部福島県済生会 済生会福島総合病院  
福島県福島市大森字下原田25番地  
電話番号 024(544)5171 (代)

11. その他の留意事項

(1) 利用の中止

利用途中にサービスを中止して退所をする場合、退所日までの日数を基に計算します。以下の事由に該当する場合、利用期間中でもサービスを中止し退所していただく場合があります。

- ・利用者が中途退所を希望した場合
- ・入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合
- ・他の利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合
- ・その他、事業者が利用の継続が困難と判断した場合

(2) 利用の終了

以下の場合、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。

- ア) 利用者がほかの介護保険施設に入所した場合
- イ) 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)または要介護と認定された場合
- ウ) 利用者が死亡した場合
- エ) 利用者がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告した日から30日を超えて支払わない場合。
- オ) 利用者や家族などが当施設や当施設の従業員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、退所していただくことがあります。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
- カ) やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退所していただく場合があります。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

### (3) 施設利用に当たっての留意事項

#### ①面会

面会時間は特に定めません。ご都合の良い時間においで下さい。なお、玄関先の自動ドアは防犯のため午後9時から午前7時までロックされております。ご面会される方はインターホンでお知らせ頂ければ対応いたします。

#### ②喫煙・飲酒

基本的に自由となっております。喫煙については所定の場所をお願いいたします。なお、自己管理できない方および当施設で自己管理できないと判断した場合は、介護員室でお預かりさせていただき、利用者の希望により提供いたします。

#### ③所持品の持ち込みについて

可燃物、刃物、劇薬指定物等、利用者の共同生活の場として不適切なものについての持ち込みは一切お断りいたします。

#### ④施設、設備の使用上の注意

- ア) 居室および共用施設・敷地は、その本来の用途に従って利用してください。
- イ) 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたのにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、利用者の自己負担により現状に戻していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ウ) 利用者に対するサービスの実施および安全衛生上や管理上の必要があると認められる場合は、利用者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。ただし、その場合ご本人のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。
- エ) 当施設の他の利用者や職員に対し、迷惑を及ぼすような行為及び宗教活動、営利活動を行うことはできません。

### (4) 緊急時の対応方法

- ①事故が発生した場合、また、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、利用者に対し応急措置、医療機関への搬送等の策を講じるとともに、すみやかに家族等および関係諸機関に事故の発生状況および今後の対応等について報告します。
- ②施設は、サービスの提供に伴って、施設の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。
- ③施設は自己の責めに帰すべき理由がない限り、損害を賠償しません。とりわけ以下に示す場合には、その賠償責任を免れます。
  - ア) 利用者または代理人が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げずまたは不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
  - イ) 利用者または代理人が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対し、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合

- ウ) 利用者の急激な体調の変化や不慮の転倒・転落等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合
- エ) 利用者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

(5) 利用者の身体的状況

老人性骨粗鬆症は、加齢とともにその発生率が増大し、ちょっとした動作や外力によって骨折を起こすことがあります。ご承知おきください。

『ショートステイ 輝楽里』入所にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項の説明をいたしました。

重要事項説明日 平成 年 月 日

<事業所>

所在地 福島県福島市東浜町 10-16  
名称 社会福祉法人なごみ ショートステイ輝楽里  
代表者名 理事長 渡辺 康夫 印  
説明者 職名 生活相談員  
氏名 印

私は、契約書及び本書面により、『ショートステイ 輝楽里』についての重要事項の説明を受け、同意いたしました。

【利用者】

住所  
氏名 印

【家族】

住所  
氏名 印  
続柄 ( )

【代理人】

住所  
氏名 印  
利用者との続柄 ( )