

# 翠祥園ショートステイ重要事項説明書

平成28年11月1日 現在

## 1 施設設置・経営法人

- (1)法人名：社会福祉法人翠祥会
- (2)所在地：福島県いわき市久之浜町末続字深谷33番地の1
- (3)代表者：理事長 新妻 尚二郎
- (4)設立年月：平成4年8月
- (5)定款に定めた事業
  - イ 第一種社会福祉事業
    - ・特別養護老人ホーム翠祥園の設置経営
  - ロ 第二種社会福祉事業
    - ・老人デイサービスセンター事業（翠祥園デイサービスセンター）の設置経営
    - ・老人短期入所事業
  - ハ 公益を目的とする事業
    - ・翠祥園居宅介護支援センターの設置経営

## 2 ご利用施設

- (1)施設種類：短期入所生活介護
  - 平成12年4月1日指定福島県 0770400570
- (2)施設目的：利用されるご本人をはじめ、ご家族の皆様が望まれるサービスを提供できるよう努めると同時に、その方らしい生活ができるようご支援いたしております。
- (3)施設の名称：翠祥園ショートステイ
- (4)所在地：福島県いわき市久之浜町末続字深谷33番地の1
- (5)施設長（管理者）名：鈴木 康久
- (6)運営方針：「短期入所生活介護計画」（施設サービス計画）に基づき、可能な限り、居宅における生活を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるようにすることを旨とする。
- (7)開設年月：平成5年5月
- (8)利用定員：15名

## 3 厚生労働省令による基準要員と当施設配置要員（特別養護老人ホーム翠祥園含む）

厚生労働省令による基準人員に対する当園の配置人員は、次のとおりとなっております。

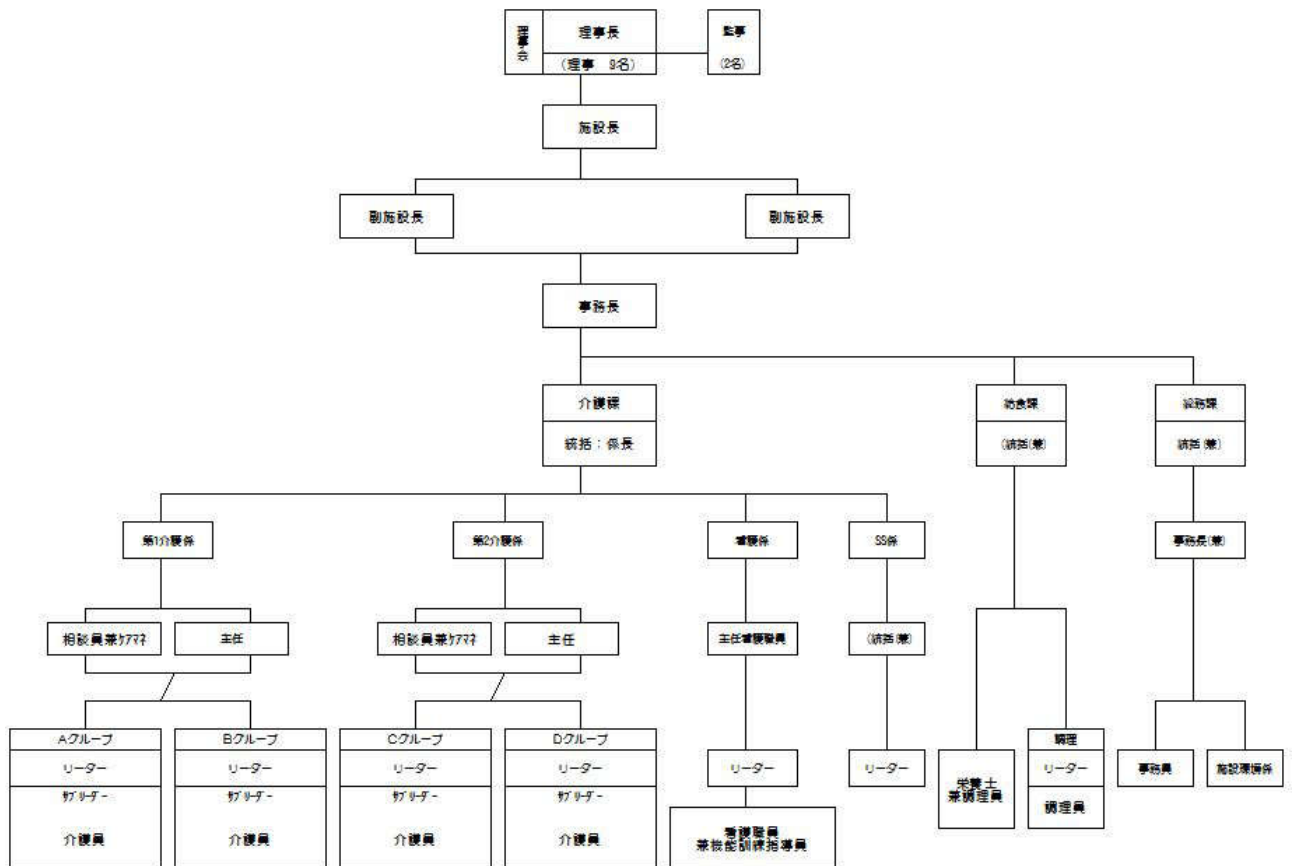
職種	基準要員	当園配置要員	主な職務内容
施設長	1	1	施設全体の運営・管理
副施設長	—	2	施設長の補佐

医師	必要な数(非常勤可)	非常勤 1	利用者の健康管理
生活相談員	1	2	利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行う
介護員	3 1	3 3	利用者の生活全般の援助等
看護職員	3	5	利用者の健康管理
栄養士	1	1	利用者の栄養管理
機能訓練指導員	1	1	機能訓練に関する指導等
介護支援専門員	1	1	施設サービス計画の立案等ケアマネジメント全般に関する業務
事務員	—	3	施設運営の事務処理等
調理員	—	7	提供食事の調理
その他	—	4	介護補助と施設環境整備

#### 4 組織

当施設では、サービス提供を円滑に行うため、次の内部組織を設けて運営にあっております。

(翠祥園業務に関わる組織のみ抜粋)



## 5 勤務体制

職員の勤務体制は、次のとおりとなっております。

介護職	早番・日勤・夜勤の交替勤務体制（夜勤は4名体制）
医療職	週1回の回診
看護職	早番及び日勤体制
事務職	日勤体制
調理職	早番及び日勤体制

## 6 設備等の概要

- (1)居室 多床室～4名用＝2室、2名用＝4室（特別養護老人ホーム1床との共用居室1含む）  
利用者1人当りの最小面積 10.5 m<sup>2</sup>
- (2)浴室 一般浴槽・リフト浴槽・特殊浴槽
- (3)その他 食堂、デイルーム、多目的ホール、静養室、医務室、機能訓練室、相談室

## 7 サービスの内容

- (1)短期入所生活介護計画を立案します  
ご利用期間が4日以上連続する場合は、「居宅サービス計画」に沿って「短期入所生活介護計画」を作成します。
- (2)居室の指定はできません（4人部屋が基本となります）。  
サービスの都合等により居室を変更することがあります。
- (3)送迎 当園出発時間が、9時から17時の間に送迎いたします。土曜・日曜・祝日はご利用いただけません。（※通常の送迎の実施地域は、いわき市、広野町、楢葉町内とする。）
- (4)食事 食事は概ね次の時間にお摂りいただけるよう食堂に配膳いたします。  
朝食 7時30分から  
昼食 12時から  
夕食 17時30分から  
食事は、通常献立のほか、各行事に合わせた特別献立も実施いたします。
- (5)入浴 週に2回を予定しています。ただし、入退所日が入浴日と重なっている場合は、ご利用の方の体調により、入浴していただけない場合があります。
- (6)介護 短期入所生活介護計画に沿って、次の介護を行います。  
着替え、排泄、入浴、食事等の介助、おむつ交換、体位変換、シーツ交換、施設内移動の付添(7)機能訓練 機能訓練を行います。
- (8)生活相談 日常生活に関する相談に応じます。
- (9)健康管理 利用開始日に簡単な健康チェックを行うほか、日常の健康管理を行います。
- (10)医療 当園で対応できる医療の範囲を超えた場合は、医療機関へ通院または入院をしていただきます。（医療費は別料金）  
その場合はご家族にもご相談のうえ対応いたしますが、緊急時は事後報告となる場合もあります。なお、入院及び通院の際は基本的にご家族様の対応となります。
- (11)理容 理容業者による理容を行います。（別料金）

- (12)洗濯 衣類の洗濯サービスを行います。なお、洗濯のできないものは、業者によるクリーニングを行います。(別料金)
- (13)園内喫茶室 月に2回、園内喫茶(ホーム喫茶)を行います。
- (14)売 店 月に2回、注文により業者が配達いたします。(別料金)
- (15)行 事 各季節の年中行事、誕生会、お楽しみ会、クラブ活動、外出行事等を随時実施いたします。  
(一部別料金)
- (16)サービス提供記録の開示 ご本人の求めに応じてサービス提供記録を開示いたします。

## 8 利用料

(1)利用料は、次のようになります。

### イ、施設利用料

	1日当りの利用料金	介護保険適用時の 1日当りの自己負担額	
		1割	2割
要介護1	5,990円	599円	1,198円
要介護2	6,660円	666円	1,332円
要介護3	7,340円	734円	1,468円
要介護4	8,010円	801円	1,602円
要介護5	8,660円	866円	1,732円

注1 「1日当りの自己負担額」は、介護保険法に基づき、目安として試算したもので、ご利用後毎月ご送付する請求書の計算方法とは異なります。

### ロ、送迎費

	1日当りの利用料金	介護保険適用時の 1日当りの自己負担額	
		1割	2割
片 道	1,840円	184円	368円
往 復	3,680円	368円	736円

### ハ、加算される費用等

	1日当りの利用料金	介護保険適用時の 1日当りの自己負担額	
		1割	2割
夜勤職員配置加算(Ⅰ)	130円	13円	26円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	120円	12円	24円
機能訓練指導体制加算	120円	12円	24円
個別機能訓練体制加算	560円	56円	112円
看護体制加算Ⅰ	40円	4円	8円
看護体制加算Ⅱ	80円	8円	16円
医療連携強化加算	580円	58円	116円

## ハー２、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

イからハにより算定した1日当たりの利用料金の1000分の59に相当する金額  
(自己負担は算出金額の1割若しくは2割)

ニ、食費 1食当り 460円

ホ、部屋代

部屋代（多床室）	利用者負担段階			
	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
	0円	370円	370円	840円

ヘ、日常生活に要する費用

利用者に一律に提供するものは、当施設で負担いたしますが、ご希望によりお使いになる物品及びサービスは次によりご負担いただきます。

なお、当施設のサービス提供と直接関係ない個人的費用は利用者負担となります。

- (イ) 身の回り品として必要とされる（ティッシュ・歯ブラシ等）品代 <実費>
- (ロ) ご希望による書類の複写費用<実費>
- (ハ) 家電製品電気料（1台につき）<1日10円>
- (ニ) ご希望による特別献立の食事・お楽しみ会・外出行事時等の費用<実費>
- (ホ) クラブ活動の材料費<実費>
- (ヘ) 理容料金<実費>
- (ト) 移動売店<実費>

(2)ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行なうために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

(3)介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

## 9 支払方法

### (1) 支払い方法

毎月、10日までに前項(1)(2)に係る前月分の請求をいたしますので、当月末までに以下のいずれかの方法でお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

イ、窓口で現金支払

ロ、下記指定口座への振込み

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号
あぶくま信用金庫	久之浜支店	普通	0044137
福島さくら農協	久之浜支店	普通	3464829
ゆうちょ銀行	久之浜支店	記号18230	番号6986471

## 10 利用申し込み

- (1)ご利用いただける方は、介護保険法による要介護度が「要介護1」から「要介護5」に該当し、入院治療を必要とせず、利用料が負担できる方および生活保護法等の法令により利用要件を具備された方等です。なお、伝染性疾患のある方はご利用いただけません。
- (2)ご利用の予約は、要介護認定等の有効期間内であるか否かにかかわらず、利用予定日の2ヶ月前の月の初日からお電話等でお受けいたします。なお、お申し込みの時にご利用予定日が要介護認定等の有効期間外である場合には、原則としてご利用予定日までに要介護認定等を受けていただきます。
- (3)初めてご利用になる方については、職員がご自宅等に訪問させていただき、ご本人の意思の確認および介護の状況等をお伺いいたします。そして、当園をご利用されるにあたっての重要事項等をご説明いたしますので、これに同意をいただいたうえで、ご利用いただきます。  
\*居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

## 1.1 利用期間中の中止

利用期間中であっても次の場合にはサービスを中止する場合があります。

- ・利用者が中途退所を希望された場合
- ・ご利用初日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・ご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あたえる行為があった場合

## 1.2 契約の終了

- (1)次に該当する場合は、文書でご通知いたしますので退所していただきます。

イ、利用料の支払が3ヵ月以上遅延し、支払っていただくよう催告したにもかかわらず7日以内にお支払いいただけなかった場合

ロ、利用者またはご家族が、当施設・当施設従業員あるいは他の当施設利用者に対し、利用を継続し難いほどの行為を行った場合

ハ、やむを得ない理由により当施設を閉鎖または縮小する場合。この場合は1ヶ月前までに文書で通知いたします。

- (2)次の場合は、自動的に契約が終了いたします。

イ、利用者が、他の介護保険施設に入られた場合

ロ、利用者が亡くなられた場合

ハ、利用者の要介護認定等の更新で非該当（自立）又は要支援1・2と認定された場合

## 1.3 非常災害対策

火災等の非常災害が発生した場合は、「自衛消防隊」を発動し、利用者の安全確保を最優先いたします。なお、万が一の災害発生に備えて年2回以上防災訓練を実施しております。

## 1.4 事故等発生時の体制

- (1)サービス提供中に事故や病状の急変などがあった場合は、速やかにご利用者の緊急連絡先に連絡をとり、囑託医に連絡する等必要な措置を講じます。
- (2)緊急連絡先は、サービス利用開始時までにお知らせ下さい。

(3)介護度変更が予想される事故が発生した場合には、速やかに市町村に報告します。

## 1.5 サービス相談窓口

当施設でのサービス提供にあたり、お気付きの点がありました場合は「サービス提供責任者」にお申し出願います。

\* サービス提供責任者 介護課統括 電話：0246-82-2877

不在の場合でも、対応できる体制をとっておりますので、いつでもご相談ください。

## 1.6 苦情等への対応

(1)当施設でのサービスについて苦情等がありました場合は「苦情受付担当者」又は「苦情解決第三者委員」に何なりと、お申し出願います。

\* 苦情受付担当者：渡辺 ひとみ（介護課統括） 電話：0246-82-2877

不在の場合でも、対応できる体制をとっておりますので、いつでもご相談ください

\* 第三者委員

①根本 智子 0246-82-3085、②飯島 香織 0246-82-4168

\* 苦情解決責任者：鈴木 康久（管理者）電話：0246-82-2877

責任をもって申し出を解決いたします。

(2)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。

①いわき市役所 保健福祉部 長寿介護課 介護支援係

電話：0246-22-7467 ファックス：0246-22-7547

受付時間：午前8時30分～午後5時まで（土・日・祝日を除く）

②福島県国民健康保険団体連合会

苦情相談窓口専用電話 024-528-0040

受付時間：午前9時～午後4時まで（土・日・祝日を除く）

## 1.7 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご利用者様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます

私は、本書面により、社会福祉法人翠祥会から短期入所生活介護事業所「翠祥園ショートステイ」利用にあたっての重要事項の説明を受け、同意いたしました。

平成 年 月 日

利用者住所

---

氏名

印

---

(利用者家族) 住所

---

(利用者家族) 氏名

印

---

---

説明者：特別養護老人ホーム 翠祥園

印

---