

## 短期入所生活介護事業所星ヶ丘（空床型）利用重要事項説明書

指定介護福祉施設『特別養護老人ホーム星ヶ丘』への短期入所生活介護事業（ショートステイ）のご利用契約希望者に対して、利用重要事項説明書を次のとおり説明します。

### 1 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 栲の木福祉会
理事長氏名	岡上 茂生
法人所在地	高知県四万十市右山2041番地18
電話番号	0880-34-8885
設立年月日	平成13年 7月 5日

### 2 ご利用施設

施設の種別	指定介護老人福祉施設
施設の名称	短期入所生活介護事業所 星ヶ丘
施設の所在地	高知県幡多郡三原村宮ノ川1271番10
施設の電話番号	0880-31-7800
施設長（管理者）	川野 富夫
当施設の運営方針	人間の尊厳を基本として、健全で安らぎのある生活を提供するとともに、地域に開かれた明るい施設を創る。
開設年月日	平成15年 3月 1日
利用定員	入居者の空ベッド使用時

### 3 施設整備の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	26室	1室 14.85～15.00㎡
2人部屋	2室	1室 24.60㎡
4人部屋	5室	1室 48.90～53.00㎡
合計	33室	
食堂		1ユニット
機能訓練室	5室	63.00～78.00㎡
談話室		※ユニット形式のため併用
浴室	5室	特殊浴槽はそのうち2室設置
医務室	1室	診察室兼用
静養室	1室	
家族宿泊室	1室	
トイレ	各居室設置	

利用される居室は、入居者ベッドの空き状況やご契約者の心身の状況によって施設で決めさせていただきます。

## 短期入所生活介護事業所星ヶ丘（定床型）利用重要事項説明書

指定介護福祉施設『特別養護老人ホーム星ヶ丘』への短期入所生活介護事業（ショートステイ）のご利用契約希望者に対して、利用重要事項説明書を次のとおり説明します。

### 1 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 栲の木福祉会
理事長氏名	岡上 茂生
法人所在地	高知県四万十市右山2041番地18
電話番号	0880-34-8885
設立年月日	平成13年 7月 5日

### 2 ご利用施設

施設の種類	指定介護老人福祉施設
施設の名称	短期入所生活介護事業所 星ヶ丘
施設の所在地	高知県幡多郡三原村宮ノ川1271番10
施設の電話番号	0880-31-7800
施設長（管理者）	川野 富夫
当施設の運営方針	人間の尊厳を基本として、健全で安らぎのある生活を提供するとともに、地域に開かれた明るい施設を創る。
開設年月日	平成20年 11月 1日
利用定員	5名

### 3 施設整備の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	5室	1室 14.85～15.00㎡
合計	5室	
食堂		37.50㎡
機能訓練室	1室	食事について、利用者が少数の場合は特養ユニットの食堂にて一緒に食事をして頂きます。
談話室		
浴室	5室	特殊浴槽はそのうち2室設置
医務室	1室	診察室兼用
静養室	1室	
家族宿泊室	1室	
トイレ	2室	共用トイレ

利用される居室は、居室の空き状況やご契約者の心身の状況によって施設で決めさせていただきます。

#### 4 職員の配置状況

##### (1) 主な職員の配置状況

職 種	常勤換算	業務内容
① 施設長 (管理者)	1名	
② 介護職員	15名 以上	ご契約者の日常生活上の介護、健康保持のための相談・助言等を行います。
③ 生活相談員	1名	ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
④ 看護職員	2名 以上	24時間連絡体制を確保し、ご契約者の健康管理や療養上のお世話を行います。又、日常生活上の介護、介助等も行います。
⑤ 機能訓練指導員	1名	ご契約者の機能訓練を担当します。
⑥ 介護支援専門員	1名	ご契約者に係る施設サービス計画 (ケアプラン) を作成します。
⑦ 管理栄養士又は 栄養士	1名	ご契約者に適合した食事内容 (カロリー制限・治療食等) を提供します。

##### (2) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
① 施設長 (管理者)	毎日： 8：30～17：30
② 事務職員	毎日： 8：30～17：30
③ 生活相談員	毎日： 9：00～18：00
④ 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早出： 7：30～16：30 1名 遅出： 9：30～18：30 1名
⑤ 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早出： 7：00～16：00 3名 日勤： 9：30～18：30 3名 遅出： 11：30～20：30 3名 夜間： 20：00～ 9：00 2名
⑥ 機能訓練指導員	週5日： 9：30～18：30
⑦ 管理栄養士又は 栄養士	毎日： 9：00～18：00

※ 曜日により勤務体制は変わります。

## 5 サービスの内容及び利用料金

### (1) 介護保険給付対象サービス

#### 〈サービスの内容〉

① 食 事	<ul style="list-style-type: none"> <li>当施設では、栄養士の献立により、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。</li> <li>ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事を行うことを原則としています。また、食堂は特養ユニットの食堂にて皆様と一緒に食事をしていただきます。 (食事時間) 朝食： 7：40～ 9：00 昼食：12：00～13：30 夕食：17：30～19：30</li> <li>食事時間については、原則として上記の時間帯に食事を提供していますが、入所者個々の状態に応じ昼・夕食を時間前に提供する場合があります。</li> </ul>
② 入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>入浴又は清拭を週2回行います。</li> <li>寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。</li> </ul>
③ 排 泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。</li> </ul>
④ 機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。</li> </ul>
⑤ 健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護職員が、健康管理を行います。</li> </ul>
⑥ その他自立への支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>寝たきり防止のため、可能な限り離床に配慮します。</li> <li>生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。</li> <li>清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。</li> </ul>

#### 〈サービスの利用料金〉

※その他の介護給付サービス加算の内訳と加算される金額については別紙参照

※サービスの利用料金は厚生労働省告示上の額のうち、介護保険負担割合証に記載された割合によって算定された額

※市町村が発行する「社会福祉法人等利用者軽減対象確認証」の交付を受けている場合、利用者負担額（介護保険対象サービス費＋食費＋居住費）の一部が減額され、施設が負担する制度があります。

- 1ヶ月の支払った介護サービス利用料が一定の上限額を超えた場合は、入居者（又はご家族）の申請により、上限額を超えた額が市町村から高額介護サービス費として払い戻されます。

利用者負担段階区分	上限額（世帯合計）
市民税課税世帯で、課税所得 690 万円（年収約 1,160 万円）以上の入居者	140,100 円

市民税課税世帯で、課税所得 380 万円（年収約 770 万円）以上、課税所得 690 万円（年収約 1,160 万円）未満の人	93,000 円
市民税課税世帯で、課税所得 380 万円（年収約 770 万円）未満の人	44,400 円
下記以外の市民税非課税世帯の人	24,600 円
市民税非課税世帯で、前年の本人の課税年金収入額およびその他の合計所得金額の合計が 80 万円以下の人	24,600 円 15,000 円 (個人上限額)
市民税非課税世帯で、老齢福祉年金受給の人	15,000 円 (個人上限額)
生活保護受給の人	15,000 円 (個人上限額)

※上記「高額介護サービス費」は、市町村への申請が必要です。詳細は施設までお問い合わせください。

## (2) 介護保険給付対象外サービス

〈サービスの種類等と利用料金〉

種 類	内 容	利 用 料 金
滞在費	個室利用	1,231円/日
	多床室利用	915円/日
食費	朝食	405円
	昼食	520円
	夕食	520円
特別な食事	ご希望に応じて特別食をご用意いたします。	実費
理美容	月に1回、理容・美容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。	カット代1,000円
クラブ活動 レクリエーション	ご希望により、クラブ活動やレクリエーションにご参加いただけます。	実費をいただく場合があります。
日常生活品の購入代行	ご希望の品物を購入代行いたします。	品物代金のみ実費

※滞在費・食費について、介護保険負担限度額の認定を受けている方の場合、その認定証に記載された金額までが1日あたりの料金となり、差額は特定入所者介護サービス費（特定入所者支援サービス費）として介護保険から給付されます。

## (3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、ご利用期間又は1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月15日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ① 窓口での現金支払
- ② 指定口座への振り込み  
愛媛銀行中村支店 普通口座 2400808  
特別養護老人ホーム星ヶ丘 施設長 川野 富夫

※保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金(10割)をいただき、サービス提供証明書を発行します。サービス提供証明書を後日保険者の窓口に出すと、全額払い戻しを受けることができます。

## 6 緊急時の対応

短期入所者生活介護サービスの提供を行っているときに利用者の病状の急変等が生じた場合は、速やかに協力医療機関へ連絡を行うなど、必要な措置を講じる。

〈非常災害対策〉

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行う。

## 7 利用中の定期通院及び医療の提供について

利用者の定期通院や緊急時以外の医療を必要とする場合は、基本的にはご家族により、かかりつけ医療機関へ通院介助をして頂きます。(ただし、ご契約者の身体状況とご家族の都合により、どうしても病院までの送迎が必要な場合には、当事業所にご相談ください。)

## 8 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・ご家族に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。又、事故状況・処置について記録を残し、事故再発防止のための措置を講じます。サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。ただし、施設の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

## 9 身体拘束の禁止

原則として、入居者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には事前に契約者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その様態及び時間、その際の契約者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

## 10 苦情、要望及び相談等の受付について

(1) 当施設における苦情や要望、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)	施設長 川野 富夫
受付時間	毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30
電話番号	0880-31-7800

## (2) 行政機関その他苦情受付機関

三原村・役場 介護保険担当課	所在地 幡多郡三原村来栖野479 電話番号 0880-46-2404
三原村包括支援センター	電話番号 0880-31-7680 FAX 0880-46-2829 受付時間 午前8時30分～午後5時30分

※ 三原村以外の市町村にお住まいの方は、それぞれの市町村の介護保険担当課が苦情受付機関となります。

国民健康保険団体連合会 (国保連)	所在地 高知市丸ノ内2-6-5 電話番号 088-820-8410 ・ 8411 FAX 088-820-8413 受付時間 午前8時30分～午後5時15分
----------------------	---

### 1.1 施設利用にあたっての留意事項

面会時間	面会時間 6:00～21:00 来訪者は、必ずその都度、受付窓口の面会簿にご記入をお願いいたします。
外出	外出される場合には、事前にお申しください。
居室、設備、器具の利用	施設内の居室や整備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙	決められた場所以外での喫煙はお断りいただきます。
飲酒	嗜みの範囲での飲酒は問題ありません。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
金銭、貴重品の管理	自己管理金品については責任を負いかねますので、出来るだけ持ってこないようお願いいたします。
売店	お菓子の売店を設置しています。購入の際は利用終了後に精算していただきます。
宗教活動	管理者が許可できる範囲内。
衣類	フルネームの記入をお願いいたします。
贈り物や差し入れ	職員への贈り物や差し入れはご遠慮願います。

### 1.2 予約及びキャンセル

当施設を予約及びキャンセルする場合、担当の居宅介護支援事業所又は、当施設に直接ご連絡ください。

連絡先 0880-31-7800

予約 居宅サービス計画により予約申し込み。定床型は満床になった場合と、空床型は空きベッドが確保できない場合は利用できません。

キャンセル 利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、サービス利用開始日前日の午後5時までにご連絡ください。

13 その他

【説明確認欄】

令和 年 月 日

短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき利用申請の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム星ヶ丘  
説明者職名 生活相談員 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を受け、短期入所者生活介護サービスの利用説明を受けました。

氏名 印  
利用者氏名 ( )