令和7年5月1日 改正

重要事項説明書

短期入所生活介護事業所たかだま

当事業所は介護保険の指定を受けています。

（介護保険番号　０６７１６００９７１）

当事業所は短期入所生活介護サービス及び介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※当サービスの利用者は、要介護認定の結果「要介護・要支援」と認定された方が対象となります。

１　事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名称 | 社会福祉法人羽陽の里 |
| 法人所在地 | 〒９９４－００６５　　山形県天童市大字清池１５５９番１ |
| 代表者氏名 | 理事長　原田　則子 |
| 電話番号 | ０２３（６７４）８７１１ |
| 設立年月日 | 平成２６年５月１２日 |

２　事業所の概要

（１）事業の種類　指定短期入所生活介護事業所及び指定介護予防短期入所生活介護事業所

（令和3年3月31日から令和9年3月30日までの指定更新済み）

（２）事業所の目的

この事業所は、介護保険法、老人福祉法及び関係法令に基づき、要介護状態にある高齢者（以下「利用者」という。）に対し、適正な短期入所生活介護サービス及び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。

（３）事業所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所の名称 | 短期入所生活介護事業所たかだま | | |
| 事業所の所在地 | 山形県天童市大字清池１５５９番１ | | |
| 管 理 者 | 施設長　　武田　庄司 | 開設年月日 | 平成27年4月1日 |
| 電話番号・FAX番号 | ☎　023（674）8711　　FAX　023(674)8777 | | |

（４）運営方針

明るく家庭的な雰囲気のもと、利用者の意思及び人格を尊重し、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、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練、健康管理等、各種サービスを提供します。

また、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者等との密接な連携に努め運営します。

（５）居室・設備等の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 敷　地 | ３，０００．００㎡ | |
| 建　物 | 構　　　造 | 鉄筋コンクリート造３階建耐火構造 |
| 延べ床面積 | ２，３６７．８９㎡ |
| 利 用 定 員 | １０名 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 居室の種類 | 室　数 | 面　積 | １人あたりの面積 |
| 併設型ユニット型個室 | １０室 | １０８．５０㎡ | １０．８５㎡ |
| 空床利用型個室 | 地域密着型特別養護老人ホームの空床分 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 設備の種類 | 室　数 | 面　積 | １人当たりの面積 |
| 共同生活室 | １室 | ３３．８０㎡ | ３．３８㎡ |
| 個　浴　室(2階) | １室 | １２．０８㎡ | ― |
| 特殊浴室(3階) | １室 | １２．０８㎡ | ― |
| 医　務　室 | １室 | １５．５７㎡ | ― |
| 静　養　室 | １室 | ９．１２㎡ | ― |
| 機能訓練室 | １室 | ５０．１６㎡ | ― |

３　職員体制

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従業者の種類 | 員数 | 区　　分 | | | | 常勤換算後の員　数 | 業務容 |
| 常勤 | | 非常勤 | |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 施　設　長 | １ |  | １ |  |  | 1 | 事業所を代表し、職員及び業務の管理と指揮命令を行う |
| 医　　　師 | (1) |  |  |  | (1) |  | 利用者の医療管理を行う |
| 生活相談員 | ２ |  | ２ |  |  | 1.5 | 入退所事務と利用者及び家族等への相談業務を行う |
| 介 護 職 員 | ６ | ３ | ２ | １ |  | 5.7 | 利用者への介護業務全般と必要な相談・支援業務を行う |
| 看 護 職 員 | ３ |  | ３ |  |  |  | 利用者への看護業務と医療機関との連携業務を行う |
| 機能訓練指導員 | ３ |  | ３ |  |  |  | 利用者の機能訓練・指導等の業務を行う |
| 栄　養　士 | １ |  | １ |  |  | １ | 利用者の栄養管理及び栄養指導等を行う |
| 事 務 職 員 | ２ |  | ２ |  |  | ２ | 事業所の庶務及び会計事務、建物・設備の維持管理業務 |

※施設長、医師、生活相談員、機能訓練指導員、栄養士及び事務職員は、併設する地域密着型特別養護老人ホームたかだまの従業者が職務に従事します。

４　職員の勤務体制

|  |  |
| --- | --- |
| 従業員の職種 | 勤務体制・勤務時間帯 |
| 施 設 長  事 務 員 | （日　勤 Ｃ　） 　８：３０～１７：３０ |
| その他、生活相談員、管理栄養士も日勤C勤務 |
| 介護職員  看護職員 | （早　番 Ａ　）　７：００～１６：００　（ 医 務Ｃ ）　８：００～１７：００  （日　勤 Ｃ　）　８：３０～１７：３０　（ 医 務Ｃ２） ９：００～１８：００  （日　勤 Ｃ２）　９：３０～１８：３０  （遅　番 Ｂ　）　１３：００～２２：００  （遅　番 Ｂ２）　１１：００～２０：００  （夜　勤 Ｎ ）　 ２２：００～　７：００  上記が基本勤務形態です。その他、パート職員用の勤務形態があります。 |
| 医　　師 | ・第１・３水曜日　内科医が１３：３０～１５：３０まで勤務します。 |

５　営業日及び利用予約

|  |  |
| --- | --- |
| 営　業　日 | ・年中無休（受付時間は平日８：３０～１７：３０） |
| ご予約の方法 | ・ご利用の予約は、利用を希望される期間の前日から受け付けております。 |

６　通常の送迎実施地域　天童市内全域（入退所の送迎は、日曜日を除き希望に応じ実施します。）

７　事業所サービスの概要

（１）介護保険給付サービス

|  |  |
| --- | --- |
| 種　　別 | 内　　　　　容 |
| 食　　事 | * 栄養士の立てる献立表に基づき、入居者の身体状況や栄養に配慮し、   バラエティに富んだ食事を提供します。   * 食事は離床を基本として食べていただけるように配慮します。 * 場所は希望と本人の状況により食堂やその他で喫食可能です。 * 食事時間は本人の希望や体調に合わせて選んでいただけます。 |
| 排 せ つ | ・利用者の状況に応じた適切な排せつ介護を行うとともに、排せつの自立を目指した介助を行います。 |
| 入　　浴 | ・週２回以上の入浴又は清拭を行います。  ・寝たきり等の方には、特殊浴を実施します。 |
| 離床・着替え  静養等 | ・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。  ・着替えや整容は適切に行うよう配慮します。  ・シーツやカバー等は、週１回の交換を行います。 |
| 機能訓練 | ・機能訓練指導員（看護師）による利用者の身体状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように配慮します。 |
| 健康管理 | ・緊急等の対応を行うとともに、必要な場合には主治医あるいはかかりつけ医等に責任をもって引き継ぎます。 |
| 嘱託医師 | 氏　名：池澤　嘉弘　　　診療科：内科（池澤内科クリニック）  　診察日：第１・第３水曜日　１３：３０～１５：３０ |
| 相談及び援助  （相談窓口） | ・当施設では、利用者及びご家族からの相談については誠意を持って応じ、必要な援助を行うよう努めます。  主任生活相談員　阿部智恵美、主任介護員　粕谷由紀 |
| 社会生活上  の便宜 | ・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便宣の生活を実りあるものとするため、適宜レクレーション行事を企画します。 |

（２）介護保険給付外サービス

|  |  |
| --- | --- |
| 種　　別 | 内　　　　　　容 |
| 特別な食事 | ・行事食、外食など特別な食事の場合は、実費をご負担いただきます。 |
| 理　　容 | ・月２回理容店の来所時にご利用いただけます。  　２，０００円／回　（髭剃り含む場合２，５００円） |
| 日常生活品の  購入代行 | ・利用者及び家族らが自ら購入が困難である場合は、施設の購入代行サービスをご利用いただけます。 |
| 日常生活  用品等 | ・コピー　・電話　・写真　・ティッシュ　・口腔衛生用品  ・髭剃り　・電池　・化粧品　等　個人的にかかる購入品 |
| 金銭管理 | ・金銭管理については、自己管理又は家族等管理を原則とします。  ・施設で現金、預金・預金証書及び印鑑等を管理する場合は、別に定める「利用者の所有に係る現金及び預金等取扱要領」に基づき、適正に管理します。 |

８　利用料

（１）法定給付　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | 利　用　料（１日当たり） | | | | |
| 法定代理受領の場合 | 事業名 | ユニット型個室 | | | | |
| 区　分 | サービス利用料金 | サービス利用に係る自己負担額  【負担割合による日額料金】 | | |
| 1割 | 2割 | 3割 |
| 介護予防  短期入所  生活介護 | 要支援１ | ５，２９０円 | 529円 | 1,058円 | 1,587円 |
| 要支援２ | ６，５６０円 | 656円 | 1,312円 | 1,968円 |
| 連続して31日以上利用した場合は以下のとおり | |  |  |  |
| 要支援１ | ５，０３０円 | 503円 | 1,006円 | 1,509円 |
| 要支援２ | ６，２３０円 | 623円 | 1,246円 | 1,869円 |
|  |  | | | | |
| 短期入所  生活介護 | 要介護１ | ７，０４０円 | 704円 | 1,408円 | 2,112円 |
| 要介護２ | ７，７２０円 | 772円 | 1,544円 | 2,316円 |
| 要介護３ | ８，４７０円 | 847円 | 1,694円 | 2,541円 |
| 要介護４ | ９，１８０円 | 918円 | 1,836円 | 2,754円 |
| 要介護５ | ９，８７０円 | 987円 | 1,974円 | 2,961円 |
| 連続して61日以上利用した場合は以下のとおり | |  |  |  |
| 要介護１ | ６，７００円 | 670円 | 1,340円 | 2,010円 |
| 要介護２ | ７，４００円 | 740円 | 1,480円 | 2,220円 |
| 要介護３ | ８，１５０円 | 815円 | 1,630円 | 2,445円 |
| 要介護４ | ８，８６０円 | 886円 | 1,772円 | 2,658円 |
| 要介護５ | ９，５５０円 | 955円 | 1,910円 | 2,865円 |
| （別途） | サービス提供体制加算（Ⅰ）２２０円/日 | | 22円 | 44円 | 66円 |
| 夜勤職員配置加算（Ⅱ）　　１８０円/日 | | 18円 | 36円 | 54円 |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）１００円/月 | | 10円 | 20円 | 30円 |
| （個別） | 送迎加算（片道１回） １，８４０円 | | 184円 | 368円 | 552円 |
| 長期利用者に対する減額　１日300円減額  （30日を超える場合） | | 30円 | 60円 | 90円 |
| 緊急短期入所受入加算１日900円  （７日又はやむを得ない場合は１４日限度） | | 90円 | 180円 | 270円 |
| ＊介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）  介護報酬総単位数×0.14に相当する額（14％） | | | 上記の負担割合は（保険者が交付する「介護保険負担割合証」に記載された負担割合）です。 | | |
| 法定代理受領でない場合 | | | ・介護報酬の告示上の額 | | | |

（２）法定外給付

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 利　用　料（１日当たり） | | | | |
|  | | | ユニット型個室 | |
| 食　費  ・  滞在費 | 負担限度額 | 所得区分 | | 食　費 | 滞在費 |
| 第１段階 | | ３００円 | ８８０円 |
| 第２段階 | | ６００円 | ８８０円 |
| 第３段階 | | ①　１，０００円 | １，３７０円 |
| ②　１，３００円 |
| 第４段階 | | １，５７０円 | ２，０７０円 |
| 食費内訳（朝食：３６０円、昼食：５８０円、おやつ：７０円、夕食：５６０円） | | | | |
| 送迎費 | 天童市 | | 送迎加算のみご負担いただきます。 | | |
| 天童市以外の方 | | 送迎加算に片道５００円をご負担いただきます。  但し、往復５０㎞を超える場合は別途協議します。 | | |

（３）利用料金のお支払方法

料金・費用は、１か月ごとに計算し、翌月の１５日までに請求書を送付しますので、送付した同月の

２７日までにお支払いください。

　　お支払方法は、原則として口座振替でお願いいたします。特別な事情等がある場合にはご相談ください。

９　苦情申し立て

|  |  |
| --- | --- |
| 当施設ご利用の  苦情相談窓口 | ・苦情対応委員会事務局　苦情対応責任者：施設長  ・ご利用時間：月～金8：30～17：30　ただし、祝日及び年末年始を除く  ・ご利用方法：電話による受付 　 ☎ 023－674－8711  　　外部委嘱担当者による面接及び調査、文書による受付  その他、玄関に意見箱を設置しています。 |
| 苦情受付担当者 | ・主任生活相談員　阿部智恵美、主任介護員　粕谷由紀 |
| 苦情対応  第三者委員 | ・荒木隆俊（元羽陽学園短期大学教授）　 　 寒河江市中郷1667-1  ・渡邉則幸（社会福祉士・愛泉会事務局次長）　山形市緑町二丁目7-10 A303  ・菊地剛也（県社会福祉事業団職員） 　　 　寒河江市高松212 |
| 公的苦情窓口 | ・山形県国民健康保険団体連合会　　　　　（月～金 9時～16時）  　寒河江市大字寒河江字久保６番地　　　　　☎ 0237－87－8006 |
| ・山形県福祉サービス運営適正化委員会　　（月～金 9時～16時）  　山形市小白川町二丁目３番３１号　　　　　☎ 023－626－1755 |
| ・天童市健康福祉部保険給付課　　　　　 （月～金 8時30分～17時15分）  　天童市老野森一丁目１番１号　　　 ☎ 023－654－1111（代表） |
| ・その他、お住まいの市町村の介護保険担当 |

１０　事故発生時の対応

　　　当事業所の利用者に対して行う支援の提供により事故が発生した場合には、入居者の家族、代理人、市町村及び県に連絡を行うなど必要な措置を講じます。

事故が発生した際にはその原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

１１　秘密保持及び個人情報の保護

（１） 施設長及び職員は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密を第三者に漏らしません。退職後においてもこれらの秘密を保守します。

（２） 短期入所生活介護支援の提供等において個人情報を用いる場合は、利用者及び家族、又は代理人等の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

１２　協力医療機関及び協力歯科医療機関

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 天童温泉篠田病院 | 医療法人笹原歯科医院 |
| 所　在　地 | 天童市鎌田一丁目７番１号 | 山形市五十鈴三丁目９番２３号 |
| 電話番号 | 023‐653‐5711 | 023‐631‐8101 |

１3　非常災害時の対応

|  |  |
| --- | --- |
| 非常時の対応 | ・別途定める「地域密着型特別養護老人ホームたかだま消防計画」により、対応を行います |
| 近隣との協力関係 | ・非常時は、隣接する羽陽学園短期大学からも協力を得ます。 |
| 平常時の訓練 | ・別途定める「地域密着型特別養護老人ホームたかだま消防計画」により、昼間及び夜間の避難訓練を利用者の方も参加して実施します。 |
| 消防計画等 | ・消防署への届出日：平成２７年３月９日　防火管理者：高橋幹也 |

１４　当施設ご利用の際に留意いただく項目

|  |  |
| --- | --- |
| 来訪・面会 | ・面会時間は８：００～１９：００とし、面会簿に記入をお願いします。 |
| 外出・外泊 | ・外出・外泊の際は、所定の用紙により申し出てください。 |
| 居室・設備器具  等のご利用 | ・施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反してご利用になり破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。 |
| 喫　　　煙 | ・社会福祉法人羽陽の里建物内は全て禁煙とします。 |
| 迷惑行為等 | ・他の入居者の迷惑となるような行為及び職員への暴言・暴力等を含むハラスメ  ント全般の行為等は禁止いたします。状況によりその都度ご相談いたします。 |

１５　第三者評価の受審状況について

　　　　 評価機関が実施する福祉サービス第三者評価事業は受審していません。なお、法人独自の第三者による評価事業を実施し、意見交換を行いサービスの質の向上に努めております。

１６　施設賠償保険

　　　社会福祉事業者総合保険に加入しております。

１７　緊急時の対応方法

　　　利用者の容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な対応を講ずるほか、ご家族の方に連絡いたします。

◎緊急連絡先（第１）氏 名

住　　所

　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　利用者との関係

◎緊急連絡先（第２）氏 名

住　　所

　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　 利用者との関係

※その他連絡関係

私は、短期入所生活介護サービス及び介護予防短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要な事項の説明を行いました。

説明日　　　令和　　年　　月　　日

事　業　者　短期入所生活介護事業所たかだま

説明者　　職　名　　　　　　　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　 　 ㊞

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、短期入所生活介護サービス及び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。

同意日　　　令和　　年　　月　　日

契約者(利用者)

住　　所　〒

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

本人が自署困難なため、本人の意思を確認した上、代理署名します。

代　理　人

住　　所　〒

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ 　契約者(利用者)との関係

契約者(利用者)

住　　　所　〒