

# 短期入所生活介護重要事項説明書

＜ 令和 6年 4月 1日 現在 ＞

## 1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

担 当：会津長寿園短期入所生活介護事業所 生活相談員

電 話：0242-27-1797（8：30～17：15）

\* ご不明な点は何でもおたずね下さい。

## 2. 事業所の概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	会津長寿園短期入所生活介護事業所
所在地	福島県会津若松市門田町大字黒岩字五百山丙459番地の3
サービスの種類	短期入所生活介護
指定番号	0770200285
サービス提供地域	会津若松市

\* その他の地域にお住まいの方もご相談下さい。

### (2) 職員体制

職 種	資 格	常勤	非常勤	兼務	職務内容
管理者		1名		施設長	職員及び業務の一元的管理
生活相談員	社会福祉主事 介護支援専門員	1名 以上		養護老人ホーム 生活相談員	利用者様の心身の状況を把握し、日常生活を営むことができるよう相談援助を行う
介護職員	介護福祉士 ヘルパー1・2級 初任者研修終了	2名 以上		養護老人ホーム 介護職員	利用者様の健康状態を把握し、介護にあたる
看護職員	看 護 師	1名 以上		養護老人ホーム 看護職員 機能訓練指導員	利用者様の健康保持にあたる
機能訓練指導員	”	1名 以上		看護職員	日常生活を営むための機能減退防止
医師	医 師		1名		利用者様の健康保持にあたる

### (3) 設備概要

定 員	6名	食堂	1室（194.10㎡）
居室（個室）	6室（1室21.34㎡）	浴室	一般浴室と特殊浴室



す。また、ご利用中の定期通院につきましても、家族様付添いをお願いいたします。緊急の場合はこの限りではありません。

(8) 理容サービス

理髪の業者が入っております。料金は1回1,200円で予約制となっております。

(9) レクリエーション等

施設内において、レクリエーション等を実施しております（行事によって別途参加費のかかる場合がありますのでその都度担当よりご説明させていただきます）。

## 6. サービス利用方法

(1) サービス利用契約

居宅介護支援事業所に居宅サービス計画作成を依頼している方は、居宅介護支援事業所の担当者にご相談ください。居宅介護支援事業所の担当者が申し込みをいたします。

\*居宅サービス計画をご自分で作成する方は、直接お申込みください。

(2) サービス利用契約の終了

① 利用者様のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書でのお申出によりいつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効となります。

② 自動終了

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。

- ・利用者様が他の介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付サービスでサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者様がお亡くなりになった場合

③ その他

利用者様及び家族様等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にもかかわらず20日以内に支払われない場合、または利用者様や家族様等が当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、サービス利用契約を終了させていただく場合があります。なお、この場合契約終了後の予約は無効となります。

## 7. 利用料金

(1) 基本料金

① 利用料

介 護 度	1日当たりの利用金	介護保険適用時の1日当り自己負担額		
	従来型個室	従来型個室(1割)	従来型個室(2割)	従来型個室(3割)
要介護度1	6,030円	603円	1,206円	1,809円
要介護度2	6,720円	672円	1,344円	2,016円
要介護度3	7,450円	745円	1,490円	2,235円
要介護度4	8,150円	815円	1,630円	2,445円
要介護度5	8,840円	884円	1,768円	2,652円

\* 自己負担額は、介護給付費の1割または2割または3割です。

\* 償還払いの場合には、一旦介護給付額全額をお支払いただき、その後事業所の発行するサービス提供証明書を保険者に提出し、9割または8割または7割の還付が得られます。

② 食費及び滞在費（全額自己負担） （日額）

基準費用額		負担限度額			
		第1段階	第2段階	第3段階 ①	第3段階 ②
		生活保護受給している方など	市民税非課税世帯で合計所得+年金収入額が80万円以下の方	市民税非課税世帯で合計所得+年金収入額が80万円超から120万円以下の方	市民税非課税世帯で合計所得+年金収入額が120万円を超える方
滞在費 従来型個室	1, 231円	380円	480円	880円	880円
食費	1, 445円	300円	600円	1, 000円	1, 300円

※ 更に預貯金額についても規定がありますので、各市町村にてご確認ください。

※ 上記のサービスを受ける場合には、必ず各市町村に申請し、発行された介護保険限度額認定証を事業所へ提示していただきます。なお、該当しない場合は、基準費用額をご負担していただくことになります。

※ 食費は一食毎の料金となります。

※ 食費内訳： 朝食 404円 昼食 607円 夕食 434円

(2) その他の料金

① 送迎費

介護保険で定められた送迎加算のうち、自己負担額はその1割の184円または2割の368円または3割の552円です。会津若松市以外の方のご利用の場合、通常の事業実施地域の境界を越える分は、送迎距離片道1kmあたり37円です。なお、車輻に限りがあり、対応できない場合もありますのであらかじめご了承ください。

② サービス体制強化加算(Ⅱ)

介護保険で定められたサービス体制強化加算(介護職員のうち、介護福祉士が60%以上配置されている)180円(日額)のうち、自己負担額はその1割の18円または2割の36円または3割の54円です。

③ その他

上記のほか、理容料金、買い物の費用等は自己負担になります。

(3) 利用中止の料金の調整

サービスを中止して途中で退所する場合は、退所日までの日数を基に計算します。

\* 以下の場合に、利用途中でもサービスを中止する場合があります。

- ・利用者様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
- ・他の利用者様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

(4) 支払方法

口座振替による支払いとなります。ご利用翌月の27日(金融機関休業日の場合は、翌営業日)に、利用者様より指定された口座より自動振替となります。請求書につきましては利用翌月の

15日までに、領収書につきましては口座振替確認後翌月の15日までにお渡しいたします。指定日に口座振替が不可能な場合は、銀行振込によりお支払いいただきます。この際の手数料は、利用者様負担でお願いいたします。

## 8. 施設利用に当たっての留意事項

### ① 面会時間

面会は8:00から21:00までとさせていただきます。お越しの際は、玄関に備え付けの「面会簿」にご記入ください。

なお、状況により面会中止となる場合もありますのでご了承ください。

### ② 起きる時間、消灯の時間

◎ 起きる時間・・・6:00に音楽が流れたら、洗面所で洗顔や歯磨き、整容等ができます。

\*音楽が流れる前は、就寝中の方もいますので、洗顔・歯磨き等のご遠慮ください。

なお、音楽が流れた後も、朝食までご自由に過ごしていただいております。

◎ 消灯の時間・・・21:00

### ③ 飲酒、喫煙

お酒は、園の規則に基づき令和4年4月1日より禁酒となりました。

煙草は、健康増進法に基づき令和2年4月1日より、敷地内全面禁煙となっております。ご了承ください。

### ④ 金銭、貴重品の管理

必要以外の金品はお持ちにならないで下さい。やむを得ない場合はご相談下さい。

### ⑤ 設備、器具の利用

居室にはテレビが置いてあります。無料ですのでご自由にご覧いただけます。

### ⑥ 宗教活動

信仰は自由です。ただし、共同生活に支障のない範囲とさせていただきます。また、施設内における布教活動は原則として禁止させていただきます。

### ⑦ 衣類の洗濯

ご自分で洗濯できない方は施設で洗濯いたします。短期間の場合など利用日によってはできないものもありますのでご了承下さい。ご自分で洗濯できる方は、施設の洗濯機をご使用下さい（洗濯機と洗剤の使用は無料です）。

### ⑧ お茶道具

急須・湯のみ・お茶葉・ポットは居室に準備してあります。ご自由にお使い下さい。

### ⑨ 持参するもの

○介護保険証    ○健康保険証    ○診察券    ○薬    ○お薬手帳    ○衣類    ○タオル

○その他身の回りのもの（洗面道具等）

### ⑩ 感染症の対応

利用者様、または家族様が何らかの感染症に罹患している場合、あるいは園内、または地域内、県内で何らかの感染症の流行により他へ感染の恐れがある場合は、感染拡大防止のため予約をいただいても受け入れを中止することがありますのでご了承ください。

その場合は事前にケアマネジャーを通じてご連絡、ご相談いたします。

なお、受け入れ中止については「福島県感染症動向調査」等に基づき、園内の感染対策委員会において決定いたします。

## 9. 緊急時の対応方法

職員は、サービスの実施中に、利用者様の病状に急変その他緊急事態が発生したときは、速やかに主治医及び協力医療機関に連絡等の措置を講じ、利用者様の家族様、市町村、担当ケアマネジャー等に連絡するとともに、管理者に報告します。

## 10. 事故発生時の対応

職員は、サービスの実施中に、事故が発生した場合は、速やかに利用者様の家族様、市町村、担当ケアマネジャー等に連絡するとともに、管理者に報告します。

### 11. 虐待防止

職員は、入所者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するための措置を講じます。

### 12. 身体的拘束

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を除き、身体的拘束その他利用者の行動制限を行いません。

その他身体的拘束等を廃止するための取組を推進します。

### 13. 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画等を作成し、防災管理者又は火災及び防災等についての責任者を定め、月1回定期的に避難訓練、その他必要な訓練を行います。

### 14. サービス内容に関する相談・苦情

(1) サービスに関する相談・要望・苦情等は下記窓口までお申し出下さい。

苦情解決責任者：社会福祉法人会津長寿園 常務理事 目黒 只法

会津長寿園短期入所生活介護事業所	苦情受付担当：生活相談員 遠藤 幸子
電話：0242-27-1797	FAX：0242-27-6250
窓口開設時間： 8：30～17：15	

(2) その他の苦情申し出先

◎会津長寿園苦情解決委員会 第三者委員（3名）

- ・芳賀 智恵子（福祉活動経験者）会津若松市花見ヶ丘二丁目11-17 電話 0242-26-2672
- ・栗城 正治（人権擁護委員）会津若松市一箕町大字鶴賀字上居合141-6 電話 0242-85-7128
- ・横山 克英（会津長寿園評議員）会津若松市花見ヶ丘二丁目6-35 電話 0242-26-2516

◎解決できない苦情（社会福祉法上のもの）は、福島県社会福祉協議会に設置された「福島県運営適正化委員会」苦情解決部会に申し立てることができます。

（事務局：福島市渡利字七社宮111 電話・FAX 024-523-2943）

◎また、解決できない介護保険上の苦情については、会津若松市の場合、会津若松市役所高齢福

社課に申し立てることができます

(会津若松市東栄町3-4-6 電話 0242-39-1242 FAX 0242-39-1431)

なお、介護サービス提供事業者やサービスの内容・質に対する苦情は福島県国民健康保険団体連合会介護保険課が専用の窓口を設置しています。

(電話 024-528-0040 FAX 024-528-0989)

#### 15. ハラスメント対策

事業所は、適切な社会福祉事業の提供を確保する観点から、職場において行われる性的言動、又は優越的な関係を背景とした言動、若しくは利用者等からの著しい迷惑行為であつて、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

#### 16. 業務継続計画

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するとともに、非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、この計画に従い必要な措置を講じます。

#### 17. 第三者評価の実施状況について

当事業所では、現在第三者評価事業を導入しておりません。

#### 18. 当事業所の概要

法人名称 社会福祉法人 会津長寿園  
代表者 理事長 高木 龍一郎  
法人本部所在地 〒965-0825 福島県会津若松市門田町大字黒岩字五百山丙459番地の3  
電話番号 0242-27-1797  
施設等(種別)

<養護老人ホーム・特定施設入居者生活介護事業所>

養護老人ホーム会津長寿園

会津長寿園特定施設入居者生活介護事業所・定員150名

<指定短期入所生活介護(ショートステイ)>

会津長寿園短期入所生活介護事業所・定員6名

<訪問介護事業>

会津長寿園訪問介護事業所

<指定通所介護(デイサービスセンター)>

会津長寿園デイサービスセンター・許可定員37名

(通常規模型通所介護・1日25名、認知症対応型通所介護・1日12名)

<指定居宅介護支援事業>

会津長寿園 指定居宅介護支援事業所

<会津若松市地域包括支援センター>

若松第3地域包括支援センター

年 月 日

短期入所生活介護の提供開始に当たり、契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地：〒965-0825 福島県会津若松市門田町大字黒岩字  
五百山丙459番地の3

名称：会津長寿園短期入所生活介護事業所

説明者：職氏名

⑩

私は、契約書および本書面により、事業者から短期入所生活介護について重要事項の説明を受けました。

利用者 住所  
(契約者)

氏名

⑩

家族代表者 住所

氏名

⑩