

あなたに対する短期入所生活介護サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令３７号１２５条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

１．事業者の概要

事業者の名称	医療法人 仁寿会
主たる事務所の所在地	徳島市北島田町１丁目160番地－２
法人種別	医療法人
代表者の氏名	清水輝記
電話番号	088－632－7777

２．ご利用施設

施設の名称	ショートステイ幸鈴園
施設の所在地	徳島市北島田町１丁目１６２番地
都道府県知事指定番号	3610125340
施設管理者の氏名	小川恭史
電話番号	088－632－1130
ファクシミリ番号	088－632－1131

３．施設の目的と運営の方針

施設の目的	指定短期入所生活介護は、介護保険法に基き、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用頂き、短期入所生活介護サービスを提供します。
運営の方針	利用者の援助を、利用者個人の要介護度や状態に応じた介護を基本とし、個々の人間性を尊重し、利用期間の生活が快適に且つ心身の機能維持等が図れるよう、その立場に立ったケアを心がけます。

４．施設の概要

ショートステイ幸鈴園

敷地	3,517.7㎡
建物	構 造 鉄骨造り
	延床面積 1,192.735㎡
	利用定員 20名

（１）居室

居室の種類	室 数	面積	１人あたり面積
ユニット型（１ユニット10室）	20室	18㎡×20	18㎡

（２）主な設備

設備の種類	数	面 積	特 色
共同生活室（食堂含む）	2	各71.52㎡	
一般浴室	1	各6.3㎡	高齢者対応型
機械浴室	特殊浴槽 1 台	18.72㎡	寝て入るミスト浴
医務室	1	9.945㎡	
キッチン	2	各11.934㎡	
洗面所	各部屋 1 箇所、2 階 4 箇所		
便所	各部屋 1 箇所（ウォシュレット無）、共同生活室 2 箇所（ウォシュレット有）		各居室にトイレを設置しております（ウォシュレット無、ヒーター機能有）

5. 職員体制

従業者 の職種	員数	区分				常勤換算後 の人員	指定基準	保有資格
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
施設管理者	1		1			0.5	(常勤)	作業療法士
生活相談員	1		1			0.5	入所者数が１００またはその端数を増すごとに１以上（常勤）	介護福祉士
介護職員	9	7	1	2		7	介護職員と看護職員の総数は、常勤換算方法で入所者の数が３またはその端数を増すごとに１以上。	
看護職員	1	1		1		1.5	１人以上は常勤 入所者３０未満…常勤換算方法で１以上	
栄養士	1				1	0.1	１以上（ただし、入所定員が４０人を超えない施設にあっては、他の社会福祉施設等の栄養士との連携を図ることにより当該指定介護老人福祉施設の効果的な運営を期待することができる場合であって、入所者の処遇に支障がない時は配置しないことができる。）	
機能訓練指導員				1		0.3	１以上	作業療法士

6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	8:00～17:00(休憩60分) 生活相談員と兼務	週2回程度
生活相談員	8:00～17:00(休憩60分)	週2回程度
介護職員	早出 7:00～16:00、普通9:30～18:30、 遅出11:00～20:00、夜勤17:00～9:00	順次交代で勤務
看護職員	8:00～17:00(休憩60分)	順次交代で勤務
栄養士	本体施設と兼務	
機能訓練指導員	8:00～17:00(休憩60分) 看護職員と兼務	週2回程度

7. 施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています。）

(1) 介護保険給付によるサービス

サービスの種別	内 容	自己負担額
排せつ	自立排せつか、時間排せつか、おむつ使用について利用者の状況にあわせて具体的に記載。	利用者様の負担割合に応じて介護報酬の1割～3割をお支払いいただきます。
入浴	入浴日（週2回程度）、入浴出来ない方はタオルで体をおふきします。	
離床	寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。	
着替え	毎朝夕の着替えのお手伝いをします。	
整容	身の回りのお手伝いをします。	
シーツ交換	シーツ交換は週1回行います。	
寝具の消毒	寝具の消毒は必要に応じて行います。	
機能訓練	機能訓練指導員による機能訓練を利用者様の状況にあわせて行います。	
健康管理	看護職員による状態把握に努め、必要に応じて医師の診察を受けるよう援助いたします。	
娯楽等	レクリエーション等順次開催しております。	
介護相談	入所者とそのご家族からのご相談に応じます。	

(2) サービス利用料 (1日あたり)

※地域区分 7級地(1単位10.17円) (徳島県)

区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本利用料	746単位	815単位	891単位	959単位	1,028単位
看護体制加算（Ⅳ）イ	23単位/日		看護職員の配置、要介護者の受け入れ状況による		
療養食加算	8単位/回		医師の指示による特別な療養食の提供時		
サービス体制強化加算（Ⅰ）	22単位/日		介護福祉士の配置		
送迎加算	184単位/日		必要時		
緊急短期入所受入加算	90単位/日		必要時入所後7日または14日		
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100単位/月		医師・療法士等との連携		
認知症緊急対応加算	200単位/日		必要時入所後7日または14日		
長期利用者に対する短期入所生活介護（30～60日）	△30単位/日		入所後連続31日目から59日まで		
長期利用者に対する短期入所生活介護（61日～）	△73単位～△76単位/日		入所後連続61日目より		
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数×（14÷100）＝X				
区分	要支援1		要支援2		
基本利用料	561単位		681単位		
サービス体制強化加算（Ⅰ）	22単位/日		介護福祉士の配置		
送迎加算	184単位/日		必要時		
長期利用者に対する短期入所生活介護（30～60日）	△30円/日		入所後連続31日目から59日まで		
長期利用者に対する短期入所生活介護（61日～）	670×0.75単位/日		670×0.93単位/日		
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数×（14÷100）＝X				
その他加算	厚生労働大臣の定めによる（介護サービス告示上による）				

(3) 居住費(滞在費)・食事(食費)の費用

①介護保険負担限度額認定者以外

居住費(滞在費)	滞在に要する費用 2,066円/日	
食事	食事時間 朝食7時50分～9時半まで 昼食11時50分～13時半まで 夕食17時半～19時半まで 食事場所 できるだけ離床して食堂でお食べください。 献立表は、3日前までにお手元にお届けします。 食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談ください。 お茶または白湯の給湯はポットとなっております。	負担限度額 (1日あたり) 金1,445円 (朝食395円) (昼食520円) (夕食530円)

(4) 利用料が減額となる制度

利用料が減額となる制度として、下記のと通りの制度があります。詳しくは職員が説明致します。

②介護保険負担限度額認定者

	第1段階	第2段階	第3段階①②	第4段階
居住費(滞在費)(日額)	880円/日	880円/日	1,370円/日	2,066円/日
食費(日額)	300円/日	600円/日	①1,000円 ②1,300円	1,445円/日

食費の負担限度額は本人及び世帯の収入により異なります。

・第1段階の方・・・	生活保護を受けている方、高齢福祉年金受給者で世帯全員が市町村民税非課税の方
・第2段階の方・・・	世帯全員が市町村民税非課税の方で本人の合計所得金額と課税年金収入の合計が80万円以下の方
・第3段階の方・・・	世帯全員が市町村民税非課税の方で、 ①本人の合計所得金額と課税年金収入の合計が80万円超120万円以下(第3段階①) ②年金収入等120万円超(第3段階②)
・第4段階の方・・・	上記以外の方

(5) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容	自己負担額
理髪・美容	寝たきり等、特別の理由で散髪ができない方に対して、施設内で散髪する場合。	1,500円/回(税込) ※月に1度美容師訪問あり、実費対応にてカット可能
レクリエーション行事	当施設では、レクリエーション行事を順次計画しております。参加されるか否かは任意です。	必要に応じて実費をご負担いただきます。
日常生活品の購入代行	衣服、スリッパ、歯ブラシ等日用品の購入の代行をさせていただきます。	商品の代金をご負担頂きます。(但し、おむつ類を除きます。) 施設外で買い物をした場合は、購入代行費用として、1回あたり1施設200円をご負担頂きます。
その他	事業所貸し出しの寝具等に汚染があった場合は、別途洗濯代を頂きます。	掛け布団1,540円/枚、毛布・肌布団880円/枚 ※すべて税込
	※電気代(携帯や髭剃り等の充電器は除く) 個人用の持ち込み電化製品は電気代として別途110円(税込)/日の費用が発生します。	
	※医療 状態に応じて医療が必要と判断される場合は当院併設の医療機関による往診や入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担して頂くことになります。	

8. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設ご利用相談窓口担当者までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

その他当事業所以外にも苦情を伝える事が出来ます。

利用相談窓口 9:00～17:00 (12:30～14:00は除く)		窓口担当 小川恭史	利用時間 利用時間：毎日 9:00～17:30 (日曜、祝日・8/12～8/15・12/30～1/3は除く)	
		利用方法	：電話 088-632-1130 ：FAX 088-632-1131	
介護相談窓口	☐ 徳島市	高齢介護課	電話 088-621-5585	受付時間 9:00～17:00 (土・日曜・祝祭日を除く)
	☐ 藍住町	健康推進課	電話 088-637-3115	
	☐ 石井町	長寿社会課	電話 088-674-6111	
	☐ 北島町	保健福祉課	電話 088-698-9805	
	☐ ()		電話	
徳島県国民健康保険団体連合会		介護保険課	電話 088-665-7205 FAX 088-666-0228	
徳島県長寿いきがい課		指導サービス指導担当	電話 088-621-2159 FAX 088-621-2840	

9. 救急時の対応方法

利用者の主治医	氏名	
	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称及び所在地	東洋病院、徳島市北島田町1丁目160番地2
	院長名	谷 憲治
	電話番号	088-632-7777
	診療科	内科、呼吸器内科、リウマチ科、漢方内科、リハビリテーション科
	入院設備及び緊急指定の有無	入院設備あり、緊急指定なし
	契約の概要	当事業所母体病院
緊急連絡先	電話	088-632-7777 (24時間連絡体制可)

10. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「ショートステイ幸鈴園消防計画」にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	別途定める「東洋病院消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。
防災設備	スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、誘導灯、ガス漏れ報知器、防火扉・シャッター、屋内消火栓、非常通報装置、漏電火災報知器、非常用電源カーテン布団等は、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	徳島西消防署への届出日 2012年 8月 1日 防火管理者 小川恭史

11. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	面会時間 東洋病院の外来診療の時間内 面会時間、人数については、感染状況により順次変更しますので、係りの者にお問い合わせ下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください。
居室の移動について	ショートステイの性質上利用中の居室移動をお願いする場合があります。 (移動の際には事前にご連絡いたします。) また、居室の固定は原則不可となりますのでご了承ください。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、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・飲酒	当敷地内での喫煙はお断りします。飲酒についても原則お断りしております。
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。また、他の入所者の許可なく、その居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	持ち込みチェックリストへの記入をお願いしております。また原則としてすべての持ち物に名前の記入をお願いしています。
現金等の管理	施設内での紛失について責任は負えません。極力持ち込まない様にお願いします。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
連帯保証人	連帯保証人の責務については、契約書 第19条 1～4項

12. 秘密の保持

当事業所の職員は、在職中、退職後を問わず業務上知り得た利用者、ご家族の秘密に関して、正当な理由なく第三者に漏らしません。
当事業所が、居宅介護支援事業所等必要な機関に利用者、ご家族に関する情報を提供する場合には、予め文書により利用者本人の同意を得ます。

13. 事故発生時の対応及び賠償責任

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は、速やかに関係市町村及び各機関並びにご家族または身元引受人に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
賠償責任	サービスの提供により賠償事故が発生した場合には、天災地変等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意をもって損害賠償を行います。ただし、当該事故の発生につき利用者側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることとなっています。 当事業所では、万一の事故発生に備えて、(株)日新火災海上保険株式会社に加入しております。

上記事項の内容説明を受け、その内容を理解し同意いたします。

令和 年 月 日

事業者説明者

利用者

ショートステイ幸鈴園

氏名

説明者

代理人

氏名

上記の同意を証する為、本書2部を作成し、事業者、ご契約者様にご署名の上、各1部を保有するものとする。