

桜楓苑短期入所生活介護重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
従来型（埼玉県 指定 第 1176100111 号）
ユニット型（埼玉県 指定 第 1176100798 号）

当施設はご契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

〔目次〕

| | |
|---------------------------|----|
| 1. 施設経営法人..... | 6 |
| 2. ご利用施設..... | 6 |
| 3. 居室の概要..... | 7 |
| 4. 職員の配置状況..... | 7 |
| 5. 当施設が提供するサービスと利用料金..... | 8 |
| 6. サービスの利用方法..... | 12 |
| 7. 緊急時の対応方法..... | 12 |
| 8. 苦情の受付について..... | 13 |
| 9. 個人情報の使用について..... | 13 |

1. 施設経営法人

- | | |
|----------|-----------------------|
| (1)法人名 | 社会福祉法人 幸 和 会 |
| (2)法人所在地 | 埼玉県幸手市平須賀 2 丁目 224 番地 |
| (3)電話番号 | 0480-47-3500 |
| (4)代表者氏名 | 理事長 堀 中 靖 |
| (5)設立年月 | 昭和 56 年 12 月 18 日 |

2. ご利用施設

- | | |
|-------------|--|
| (1)施設の種類 | 指定短期入所生活介護 |
| | 平成 12 年 4 月 1 日指定 従来型施設 埼玉県 1176100111 号 |
| | 平成 26 年 4 月 1 日指定 ユニット型施設 埼玉県 1176100798 号 |
| (2)施設の名称 | 桜楓苑短期入所生活介護事業所 |
| (3)施設の所在地 | 埼玉県幸手市平須賀 2 丁目 225 番地 |
| (4)電話番号 | 0480-47-1200 |
| (5)施設長(管理者) | 氏名 堀 中 裕 二 |

(6)当施設の運営方針

身体上又は精神上著しい障害があるため、常時介護を必要としている高齢者に対して生活の場を提供し、よりよい環境のもとで可能な限り健全で安らかな生活が望めるよう適切な援助や介護を提供いたします。

(7)開設年月 平成 10 年 4 月 1 日

(8)入所定員 4人

3. 居室の概要

(1)居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則としてショート部屋です。

| 居室・設備の種類 | 室数 | 備考 |
|------------------|-----|------------------|
| ショート部屋 (4人部屋) | 1室 | |
| 4人部屋 | 6室 | 空床時利用可能 |
| 2人部屋 | 5室 | 空床時利用可能 |
| 従来型個室 | 16室 | 空床時利用可能 |
| ユニット型個室 | 18室 | 空床時利用可能 |
| 食堂 | 3室 | |
| 機能訓練室 | 1室 | [主な設置機器]平行棒、輪転機等 |
| 浴室 | 3室 | 機械浴・特殊浴槽 |
| 医務室 | 1室 | |

☆居室の変更:

ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

(令和6年4月1日現在)

| 職種 | 従来型 | ユニット型 |
|----------|-------|-------|
| 施設長(管理者) | 1 | (兼務) |
| 介護職員 | 15名以上 | 6名以上 |
| 生活相談員 | 1 | (兼務) |
| 看護職員 | 3 | (兼務) |

| | | |
|---------|--------|------|
| 介護支援専門員 | 1 | (兼務) |
| 管理栄養士 | 1 | (兼務) |
| 医師 | 2(非常勤) | (兼務) |

<主な職種の勤務体制>

| 職 種 | 勤 務 体 制 | |
|------------------|---------|---------------|
| 医師(整形外科) (内科) | 毎週月曜日 | 13:30 ~ 15:30 |
| | 毎週木曜日 | 13:30 ~ 15:30 |
| 介護職員 | 早 番 | 7:00 ~ 16:00 |
| | 日 勤 | 9:00 ~ 18:00 |
| | 遅 番 | 10:00 ~ 19:00 |
| | 夜 勤 | 16:30 ~ 9:30 |
| 看護職員 | 日 勤 | 9:00 ~ 18:00 |
| | 遅 番 | 10:00 ~ 19:00 |
| | | |

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

- | |
|-----------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付されるサービス |
| (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただくサービス |

(1) 当施設が提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常9割若しくは8割、7割が介護保険から給付されます。(介護保険負担割合証に準ずる)

<サービスの概要>

①利用期間

連続しての利用は原則30日以内となります。

②施設サービス計画

介護支援専門員と介護関係職員が協議した計画をたて、利用者の同意をいただきます。

③食事

当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

ご契約者の自立支援の為、離床して食堂にて食事を摂っていただく事を原則としています。

(食事時間) 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 17:00～

④介護

施設サービス計画に沿って下記の介護を行います。

(着替え、排泄介助、食事等の介助、体位変換、シーツ交換、施設内の移動の付き添い等)

⑤入浴

入浴又は清拭を週2回以上行います。

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。

⑥生活相談

常勤の生活相談員に介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。

⑦機能訓練

機能訓練指導員等により、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日常動作訓練等を実施します。

⑧健康管理

看護職員が、事前に打ち合わせが成された内容に基づき健康管理を行います。

⑨安全管理

防災、避難訓練等設備を含め安全面に常時配慮しています。

⑩療養食の提供

当施設では通常のメニューの外に医療上必要な場合等の為に療養食を用意しております。

<サービス利用料金(1日あたり)>

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費を除いた金額(自己負担額)と居住費と食事に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。
(サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度等に応じて異なります。)

| [従来型] R6・6月～ | | | | | | | | | | |
|---------------------|------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|
| 区分 | 要介護1 | | 要介護2 | | 要介護3 | | 要介護4 | | 要介護5 | |
| 短期入所生活介護費(Ⅱ) | 603 | 単位 | 672 | 単位 | 745 | 単位 | 815 | 単位 | 884 | 単位 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 18 | 単位 | 18 | 単位 | 18 | 単位 | 18 | 単位 | 18 | 単位 |
| 短期生活夜勤職員配置加算Ⅰ | 13 | 単位 | 13 | 単位 | 13 | 単位 | 13 | 単位 | 13 | 単位 |
| 小計 a | 634 | 単位 | 690 | 単位 | 763 | 単位 | 833 | 単位 | 902 | 単位 |
| 処遇改善加算(Ⅰ) a × 14.0% | 53 | 単位 | 57 | 単位 | 63 | 単位 | 69 | 単位 | 75 | 単位 |
| | | 単位 | | 単位 | | 単位 | | 単位 | | 単位 |
| | | 単位 | | 単位 | | 単位 | | 単位 | | 単位 |
| 合計 | 687 | 単位 | 747 | 単位 | 826 | 単位 | 902 | 単位 | 977 | 単位 |

| [ユニット型個室] | | | | | | | | | | |
|---------------------|------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|
| 区分 | 要介護1 | | 要介護2 | | 要介護3 | | 要介護4 | | 要介護5 | |
| 短期ユニット型 | 704 | 単位 | 772 | 単位 | 847 | 単位 | 918 | 単位 | 987 | 単位 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 18 | 単位 | 18 | 単位 | 18 | 単位 | 18 | 単位 | 18 | 単位 |
| 短期生活夜勤職員配置加算Ⅱ | 18 | 単位 | 18 | 単位 | 18 | 単位 | 18 | 単位 | 18 | 単位 |
| 小計 a | 740 | 単位 | 808 | 単位 | 883 | 単位 | 954 | 単位 | 1023 | 単位 |
| 処遇改善加算(Ⅰ) a × 14.0% | 61 | 単位 | 67 | 単位 | 73 | 単位 | 79 | 単位 | 85 | 単位 |
| | | 単位 | | 単位 | | 単位 | | 単位 | | 単位 |
| | | 単位 | | 単位 | | 単位 | | 単位 | | 単位 |
| 合計 a + b | 801 | 単位 | 875 | 単位 | 956 | 単位 | 1033 | 単位 | 1108 | 単位 |

☆ご契約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、ご契約者が保険給付の申請を行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。

☆介護保険関係法令の改正等により料金に変更になる場合は、事前にご説明をし、ご承諾をいただきます。

○当施設の居住費・食費の負担額

居室と食事に係る費用について、基準費用額が当施設の自己負担額となります。介護保険負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額とします。

居住費(1日当たり)

| | | | |
|------------|---------|----|--------|
| 第1段階 | 多床室 | 日額 | 0円 |
| | 従来型個室 | 日額 | 320円 |
| | ユニット型個室 | 日額 | 820円 |
| 第2段階 | 多床室 | 日額 | 370円 |
| | 従来型個室 | 日額 | 420円 |
| | ユニット型個室 | 日額 | 820円 |
| 第3段階(1)(2) | 多床室 | 日額 | 370円 |
| | 従来型個室 | 日額 | 820円 |
| | ユニット型個室 | 日額 | 1,310円 |
| 基準費用額 | 多床室 | 日額 | 895円 |
| | 従来型個室 | 日額 | 1,211円 |
| | ユニット型個室 | 日額 | 2,046円 |

食費(1食当たりのご負担で限度額認定証をお持ちの方はその範囲内)

| | | | | | | |
|---------|-----|----------|----------|------|----|------|
| ○食事単価 | 朝食 | 420円 | 昼食 | 640円 | 夕食 | 640円 |
| 第1段階 | 日額 | 300円 | | | | |
| 第2段階 | 日額 | 600円以内 | | | | |
| 第3段階(1) | 日額 | 1,000円以内 | | | | |
| | (2) | 日額 | 1,300円以内 | | | |
| 基準費用額 | 日額 | 1,700円以内 | | | | |

(2)その他利用料

①レクリエーション

当施設では、日々のクラブ活動のほか、種々の行事が行われます。行事によっては、別途参加費がかかるものもございます。詳しくは、その都度ご説明のうえご承諾をいただきます。

②その他のサービス

ア・希望食の提供

当施設では、通常のメニューのほかに希望食をご用意しております。利用の際は前日までにお申し出下さい。

イ・理美容サービス

当施設では、理美容サービスを実施しております。料金は別途かかります。

ウ・その他のサービス

介護保険の適用を受けられないサービス等については、その都度お申し出下さい。

(3) キャンセル料

利用開始前に利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

| | |
|----------------------------|-------------|
| ①ご利用前の前日 17 時までにご連絡いただいた場合 | 無 料 |
| ②ご利用前の前日 17 時までにご連絡がなかった場合 | 1 日利用料の 50% |

(4) 利用途中の中止

利用途中にサービスを中止して退所する場合、退所日までの日数をもとに計算します。

※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
- ・他の利用者の生命又は健康に重大な影響を与える行為があった場合

(5) 利用料金のお支払い方法

毎回、料金・費用は1か月ごとに計算し翌月 10 日以降にご請求しますので、15 日以内に以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

| |
|------------------------|
| ア. 窓口での現金支払 |
| イ. 下記指定口座への振り込み |
| 武蔵野銀行 幸手支店 普通預金 110218 |

6. サービスの利用方法

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。

介護支援専門員を通じてお申込み頂くのが一般的な方法となっております。

その他ご不明な事がございましたら、当施設にご相談下さい。

新規ご利用期間決定後、契約を締結いたします。ご利用の予約は 2 ヶ月前からできます。

7. 緊急時の対応方法

本人の心身の状況に起因する転倒、骨折、誤嚥、あるいは容態の急変や発作等、不測の事態が起こりうる事をご理解ください。利用者に容態の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、緊急の場合はあらかじめ届けられた緊急連絡先に連絡します。

9. 個人情報の使用について

(1) 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間

(2) 利用目的

- ① 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更の為。
- ② 利用者に関わる介護計画(ケアプラン)を立案し、円滑にサービス提供がなされるために実施するサービス担当者会議での情報提供の為。
- ③ 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体(保険者)、その他、関係各機関との連絡調整の為。
- ④ 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要がある場合。
- ⑤ 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスの為。
- ⑥ 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議。
- ⑦ その他、サービス提供で必要な場合。
- ⑧ 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合。

(3) 使用条件

- ① 個人情報の提供は必要最低限度とし、サービス提供に関わる上記目的以外、決して利用しない。又、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前及びサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- ② 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

10. 第三者による評価の実施について

第三者による評価はおこなっておりません。

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護事業のサービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

桜楓苑短期入所生活介護事業所

説明者職名

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、指定短期入所生活介護事業のサービス提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名

印

(身元引受人)住所

氏名

印