

ユニット型指定短期入所生活介護事業所

ユニット型指定介護予防短期入所生活介護事業所

シニアリビング八雲ガーデン重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
事業所番号 3870501826

当事業所は、ご利用者に対してユニット型指定短期入所生活介護及びユニット型指定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とおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」または「要支援」と認定された方が対象となります。要介護認定等をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◇◆

1. 事業者.....	1
2. 事業所の概要.....	1
3. 設備の概要.....	1
4. 職員の配置状況.....	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	3
6. 事故発生時の対応について.....	5
7. 苦情の受付について（約款第16条参照）.....	6
8. 協力医療機関.....	6
9. 非常火災時の対応.....	6
10. サービス利用に当たっての留意事項.....	6

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 はびねす福祉会
(2) 法人所在地 〒792-0017 愛媛県新居浜市若水町一丁目9番13号
(3) 電話番号 0897-31-5000
(4) 代表者氏名 理事長 長 野 芳 夫
(5) 設立年月日 平成2年12月21日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 併設ユニット型指定短期入所生活介護
併設ユニット型指定介護予防短期入所生活介護
平成20年4月1日指定
- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、要介護または要支援状態となった場合においても、ご利用者が可能な限り居宅において、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、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護のサービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 シニアリビング八雲ガーデン
- (4) 事業所の所在地 〒792-0805 愛媛県新居浜市八雲町8番24号
- (5) 電話番号 0897-37-5100
- (6) 管理者氏名 亀 井 賢 一
- (7) 事業所の運営方針 ご利用者一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、皆様の地域での暮らしを支援します。
- (8) 開設年月日 平成20年4月1日
- (9) 利用定員 10人
- (10) ユニットの数 1ユニット
- (11) 事業実施地域 新居浜市全域

3. 設備の概要

当施設は、特別養護老人ホームと一体的に運営が行われる短期入所生活介護事業所であり、以下の居室・設備をご用意しています。建物は鉄骨造り2階建て、居室は全室個室の4ユニットで構成されており、その内1ユニットが短期入所生活介護の専用となっています。

設備の種類	数	備 考
居室	39室	全室個室 洗面台、便所、物入、ベットなど設置
共同生活室	4室	各ユニットに属し、システムキッチンを設置
洗面設備		居室ごとに設置
便所		居室ごとに設置
浴室	2室	各階に介護浴室を設置

医務室	1 室	入居者を診察するための医薬品、医療機器を配置
調理室	1 室	
洗濯室	1 室	
汚物処理室	2 室	各階に設置
介護材料室	2 室	各階に設置
機能訓練室	1 室	ステッキレス、メドマー
談話室	2 室	
非常災害設備		自動火災警報装置、火災通報装置、スプリンクラー設置

※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、併設ユニット型指定短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備等を含みます。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対し併設ユニット型指定短期入所生活介護及び併設ユニット型指定介護予防短期入所生活介護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。

<職員の配置状況>

職 種	常勤	非常勤	職務内容
施設長	1 名		施設の業務、職員の一元的な管理
医師(嘱託医師)		1 名	健康管理及び保健衛生指導
生活相談員	1 名		相談業務、助言その他の援助
介護職員	1 4 名以上		介護業務及び日常生活の世話
看護職員	2 名以上		看護業務、保健衛生管理及び健康管理
栄養士	1 名		献立作成、栄養計算及び栄養指導
機能訓練指導員	1 名		身体機能の維持・向上のための指導
介護支援専門員	1 名		サービス計画の作成と管理及び評価
事務職員	1 名		事務全般の業務

※ 上記職員はユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設を含む職員数です。

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
施設長	勤務時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0
医師(嘱託医師)	勤務時間 隔週木曜日 1 3 : 0 0 ~ 1 5 : 0 0
生活相談員	勤務時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0
介護職員	勤務時間 早出 7 : 3 0 ~ 1 6 : 0 0 日勤 9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0 遅出 1 0 : 0 0 ~ 1 8 : 3 0 夜勤 1 7 : 1 5 ~ 9 : 1 5

	夜勤体制 2ユニットに1人以上の職員を配置し、短期入所生活介護を含む4ユニットで2名の夜間勤務に当たります。 ユニット ユニットごとにユニットリーダーを配置しています。
看護職員	勤務時間 早出 7:30～16:00 日勤 9:00～17:30 ＊勤務時間外は、1名が連絡待機の体制をとっており、救急対応等に当たります。
栄養士	勤務時間 9:00～17:30
機能訓練指導員	勤務時間 9:00～17:30
介護支援専門員	勤務時間 9:00～17:30

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。当事業所が提供するサービスについて、以下の2つの場合があります。

- (1) 利用料金が介護保険から給付されるサービス
(介護保険の給付の対象となるサービス)
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合
(介護保険の給付対象とならないサービス)

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（約款第3条参照）

以下のサービスについては、利用料金の9割が介護保険から給付され、ご利用者の自己負担は費用全体の1割の金額となります。しかし一定以上の所得のあるご利用者は、2割負担となります。

〈サービスの概要〉

ご利用者に当事業所に滞在していただき、各ユニットにおいて食事、排泄、入浴等のお世話をさせていただきます。また、居宅介護支援事業所が作成した介護計画に則り、ご利用者の居宅での生活を支援します。

〈サービス利用料金〉（約款第4条参照）

ア 基本単位（1日につき）

基本となる金額をいただきます。金額はご利用者の要介護度によって変わります。

＊料金表の自己負担額は1割で表記しております。一定額以上の所得がある利用者は、2割及び3割負担となります。

【併設ユニット型介護予防短期入所生活介護の場合】

	要支援1	要支援2
1. ご利用者の要介護度とサービス利用料金	5,290 円	6,560 円

2. うち、介護保険から給付される額	4,761 円	5,904 円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	529 円	656 円

【併設ユニット型短期入所生活介護の場合】

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1. ご利用者の要介護度とサービス利用料金	7,040 円	7,720 円	8,470 円	9,180 円	9,870 円
2. うち、介護保険から給付される額	6,336 円	6,948 円	7,623 円	8,172 円	8,784 円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	704 円	772 円	847 円	918 円	987 円

☆ ご利用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、ご利用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。

☆ ご利用者に提供する食事及び宿泊に係る費用は別途いただきます（下記（2）ア及びイ参照）

☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

イ 加算（1日につき）

当事業所を利用されるにあたり、下記の項目が加算されます。

加算項目	機能訓練加算	サービス体制強化加算（Ⅲ）	送迎加算
1. 加算金額	120 円	60 円	1,840 円
2. うち、介護保険から給付される額	108 円	54 円	1,656 円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	12 円	6 円	184 円

☆ 送迎加算は送迎をご希望された方のみで、片道の金額になっております。

☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
自己負担額	74 円	92 円	98 円	107 円	118 円	127 円	137 円

*介護職員処遇改善加算（Ⅱ）については1月当たりの基本料金＋加算料金に加算率13.6%を乗じた金額となります。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（約款第4条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

ア 食事の提供（食事代）

ご利用者に提供する食事に要する費用です。

料金 朝食：350円 昼食：680円 夕食：670円

イ 滞在に要する費用

ご利用者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

料金 一泊：2,500円

ウ 通常の事業の実施地域以外のご契約者に対する送迎費及び交通費

エ 複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき20円

オ 領収書の再発行

ご利用者の領収書の再発行の申し出があった場合、領収書の再発行の申請を行い1ヶ月毎に500円を徴収いたします。

カ その他

併設ユニット型指定短期入所生活介護及び併設ユニット型指定介護予防短期入所生活介護で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、ご利用者に負担していただくことが適当と認められる費用。

☆ 上記ア及びイについて、市町村が発行する介護保険負担限度額認定証をお持ちのかたは、認定証に記載されている金額をご負担いただきます。

☆ 経済状況の著しい変化、その他事業運営に支障をきたすやむを得ない事由等が発生した場合、相当額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由についてご説明いたします。

（3）利用料金のお支払い方法（約款第5条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は1ヵ月ごとに計算し、原則としてEネット（金融機関預金口座自動引き落としサービス）によりお支払いいただきます。

Eネット以外のお支払い方法についてはご利用時にご相談ください。

6. 事故発生時の対応について

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにご利用者の家族、主治医、介護支援専門員、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

7. 苦情の受付について（約款第16条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情の受付

- ・ 苦情解決責任者 施設長 亀井 賢一
- ・ 苦情受付担当者 生活相談員 曾我部 一之
- ・ 第三者委員 岡崎 克也 電話番号 090-8973-8258
中山 博道 電話番号 0897-41-7383

※ 第三者委員は公平中立な立場で、苦情相談を受け付け相談にのっていただける委員です。

○ 受付時間

毎日 9:00～17:30

また、苦情受付箱を玄関入り口に設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

新居浜市役所 福祉部 介護福祉課	所在地 新居浜市一宮町1-5-1 TEL 0897-65-1241 FAX 0897-37-3844
愛媛県国民健康保険団体連合会	所在地 松山市高岡町101-1 TEL 089-968-8800（代表） FAX 089-985-3800
愛媛県社会福祉協議会	所在地 松山市持田町三丁目8番15号 TEL 089-998-3477 FAX 089-921-8939

8. 協力医療機関

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

〈協力医療機関〉	
愛媛医療生活協同組合	所在地 新居浜市瀬戸町1-2
泉川診療所	TEL 0897-41-6110
医療法人住友別子病院	所在地 新居浜市王子町3番1号
	TEL 0897-37-7111
独立行政法人労働者健康安全機構	所在地 新居浜市南小松町13番27号
愛媛労災病院	TEL 0897-33-6191
愛媛医療生活共同組合	所在地 新居浜市若水町1丁目7-45
新居浜協立病院	TEL 0897-37-2000

9. 非常火災時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。また、避難訓練を年に2回、ご利用者も参加して行います。

10. サービス利用にあたっての留意事項

- ・ サービス利用の際は、介護保険被保険者証を提示してください。

- ・ 事業所内の設備や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、弁償していただく場合があります。
- ・ 他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ・ パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、ケアハラスメント、カスタマーハラスメントなどの行為はしないで下さい。
- ・ 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ・ ご利用者間の金銭、物品の貸し借りはご遠慮ください。
- ・ 定められた場所以外での喫煙は固くお断りさせていただきます。意向に沿っていただけない場合はご利用を中止させていただく場合もあります。
- ・ 事業所内での他のご利用者に対する宗教、政治及び営利活動は固くお断りさせていただきます。

令和 年 月 日

併設ユニット型指定短期入所生活介護及び併設ユニット型指定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事項の説明を行いました。

シニアリビング八雲ガーデン

説明者職名 生活相談員 氏 名 曾 我 部 一 之 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、併設ユニット型指定短期入所生活介護及び併設ユニット型指定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。

ご利用者 氏 名 印

※ この重要事項説明書は、厚生労働省令第37号（平成18年3月14日）第125条により準用する第8条の規定に基づき、ご利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。