

短期入所生活介護重要事項説明書

1 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 0895-32-1611 (8:30～17:15)

FAX 番号 0895-32-1612

担当 生活相談員 伊藤 浩 明

* ご不明な点は、お気軽にお尋ねください。

2 老人短期入所施設湯乃香荘の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	老人短期入所施設湯乃香荘
所在地	愛媛県宇和島市津島町山財5861番地
介護保険指定番号	ユニット型指定短期入所生活介護 平成17年6月1日指定 愛媛県3873900736号

(2) 職員体制（特別養護老人ホームと兼務）

職 種	常 勤	非常勤	業 務 内 容
施設長	1名		施設の業務を統括し、管理運営に当たります。
事務職員	2名		施設運営に関する事務に当たります。
生活相談員	1名		利用者の生活向上のための相談、助言その他の援助に当たります。
介護職員 (ユニットリーダー)	40名 (8名)	8名	利用者の介護、処遇に当たります。
看護職員	4名	1名	利用者の看護、健康管理に当たります。
栄養士	2名		利用者の栄養管理、給食献立及び給食業務に当たります。
調理員	4名	3名	給食業務に当たります。
医師		2名	利用者の健康管理、診療及び保健衛生の指導に当たります。
機能訓練指導員	1名		利用者の機能訓練及び指導に当たります。
宿直員		2名	夜間における施設の管理宿直業務に当たります。
介護支援専門員	(5名)		介護計画の作成と介護の進行管理、評価に当たります。
洗濯職員		3名	利用者の衣類洗濯、補修等に当たります。
清掃職員		2名	施設内の清掃、美化作業に当たります。
計	55名	21名	

(3) 施設の概要（特別養護老人ホームと共用）

定員（全室個室）		10名（介護予防短期入所介護の利用者を含みます）		
ユニット （居室）	8丁目	10室（各居室に洗面所、トイレあり）	共同生活室	1室
			キッチン	1室
浴室		個人浴槽	医務室	1室
		特殊浴槽	リハビリ室	1室
休憩室		1室	談話コーナー	1ヶ所

3 サービス内容

- ① 食事
- ② 入浴
- ③ 介護
- ④ 機能訓練
- ⑤ 生活相談
- ⑥ 健康管理
- ⑦ 理美容サービス
- ⑧ レクリエーション

内容については【契約書別紙】をご参照ください。

4 料金

(1) 基本料金

① 施設利用料

	1日あたりの自己負担額	
	61日未満	連続61日以上
要介護1	704円	670円
要介護2	772円	740円
要介護3	847円	815円
要介護4	918円	886円
要介護5	987円	955円

② 加算費用

項	目	自己負担額
	説 明	
生活機能向上連携加算Ⅰ（3ヶ月1回限度）		100円
外部のリハビリテーション事業所や医療提供施設の理学療法士等からの助言を受ける事ができる体制を構築し、個別機能訓練計画を作成等している場合。但し、個別機能訓練加算を算定している場合は加算しない。【1月あたり】		
生活機能向上連携加算Ⅱ		200円
外部のリハビリテーション事業所等を訪問して、専門職等と共同し個別機能訓練計画を作成し、その後も定期的に進捗状況を確認・見直しを行った場合。但し、個別機能訓練加算を算定する場合は100円【1月あたり】		

機能訓練体制加算	12円
常勤の機能訓練指導員を配置した場合【1日あたり】	
個別機能訓練加算	56円
理学療法士等が共同で作成した個別機能訓練計画書によって機能訓練が適切に提供され、居宅を訪問した上で計画の説明及び見直しを行った場合【1日あたり】	
看護体制加算Ⅰ	4円
常勤の看護師を1名以上配置した場合【1日あたり】	
看護体制加算Ⅱ	8円
基準数の看護職員を配置し、医療機関等と24時間の連絡体制を確保している場合【1日あたり】	
看護体制加算Ⅲ	12円
看護体制加算Ⅰの算定要件を満たし、前年度又は前3ヶ月間の利用者総数のうち、要介護3以上の利用者が70%以上の場合【1日あたり】	
看護体制加算Ⅳ	23円
看護体制加算Ⅱの算定要件を満たし、前年度又は前3ヶ月間の利用者総数のうち、要介護3以上の利用者が70%以上の場合【1日あたり】	
医療連携強化加算	58円
看護職員により定期的な巡視が行われ、あらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の取り決めを行った場合【1日あたり】	
看取り連携体制加算（死亡日及び死亡日以前30日以下に限り7日が限度）	64円
レスパイト機能を果たし、看護職員の体制配置や対応方針を定め看取り期の利用者に対してサービス提供を行った場合【1日あたり】	
夜勤職員配置加算Ⅱ	18円
入所定員に対する夜間の職員配置が基準を満たしている場合【1日あたり】	
夜勤職員配置加算Ⅳ	20円
夜間、吸引等の実施ができる職員配置をしている場合【1日あたり】	
認知症行動・心理症状緊急対応加算（7日限度）	200円
医師が在宅での生活が困難であると判断し、緊急で施設利用を行った場合【1日あたり】	
若年性認知症利用者受入加算	120円
若年性認知症の方で、個別に担当者を定めている場合。但し、認知症行動・心理症状緊急対応加算をいただいている場合は加算されません。【1日あたり】	
送迎加算	184円
実施地域は宇和島市、松野町、鬼北町、愛南町【片道あたり】	
緊急短期入所受入加算（7日又は14日限度）	90円
緊急に受け入れるための体制を整備し、緊急で施設利用を行った場合【1日あたり】	
長期利用者提供減算	-30円
連続して30日を超えて短期利用をする場合【1日あたり】	
口腔連携強化加算（1月1回が限度）	50円

口腔の健康状態を評価し、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対して情報提供を行った場合【1回あたり】	
療養食加算（日3回限度）	8円
食事の提供が栄養士によって管理され、医師の食事せんに基づく療養食を提供した場合【1回あたり】	
在宅中重度者受入加算(1)	421円
利用期間中に訪問看護事業所が健康管理を行った場合で、看護体制加算Ⅰ又はⅢを算定している場合【1日あたり】	
在宅中重度者受入加算(2)	417円
利用期間中に訪問看護事業所が健康管理を行った場合で、看護体制加算Ⅱ又はⅣを算定している場合【1日あたり】	
在宅中重度者受入加算(3)	413円
利用期間中に訪問看護事業所が健康管理を行った場合で、看護体制加算ⅠとⅡ又はⅢとⅣを算定している場合【1日あたり】	
在宅中重度者受入加算(4)	425円
利用期間中に訪問看護事業所が健康管理を行った場合で、看護体制加算を算定していない場合【1日あたり】	
認知症専門ケア加算Ⅰ	3円
認知症利用者が50%以上を占め、認知症介護に係る専門的な研修修了者を職員として配置しており、職員配置基準を満たしている場合【1日あたり】	
認知症専門ケア加算Ⅱ	4円
認知症専門ケア加算Ⅰ以上の職員配置基準等を満たしている場合【1日あたり】	
生産性向上推進体制加算Ⅰ	100円
見守り機器等のテクノロジーを複数導入し、Ⅱのデータにより業務改善の取組による成果が確認されている場合【1月あたり】	
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10円
見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する委員会を開催した上で、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行っている場合【1月あたり】	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22円
介護職員の80%以上が介護福祉士の資格を有している。又は、勤続10年以上の介護福祉士が35%以上である場合【1日あたり】	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18円
介護職員の60%以上が介護福祉士の資格を有している場合【1日あたり】	
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6円
介護職員の50%以上が介護福祉士の資格を有している。又は、看護・介護職員の配置が75%以上常勤職員である。又は、30%以上が7年以上の勤務年数の場合【1日あたり】	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	14.0%
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	13.6%
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	11.3%

介護職員等処遇改善加算Ⅳ	9.0%
介護職員の賃金の改善等を実施している場合（区分支給限度基準額の対象外）【上記基本料金に対して1月あたり】	

- * 1割負担の料金を記載しておりますので、2割負担の方は2倍の金額、3割負担の方は3倍の金額となります。
- * 上記加算については、施設の体制が基準を満たしている場合に徴収する加算と、個別にサービスを受けられた場合に徴収する加算があります。また、人員基準を満たしていない場合や必要な措置が講じられていない場合は、施設利用料に対して各減算項目毎に決められた額を減算します。

(2) 食費

1食あたり		所得区分	1日あたりの負担限度額
朝食	385円	区分1－①	1,000円
昼食	530円	区分1－②	1,300円
夕食	530円	区分2	600円
		区分3	300円
		区分4	1,445円

- * 区分1～3の該当者は、「介護保険負担限度額認定証」に記載された金額となり、区分4の該当者は、認定がない方の金額となります。
- * 1日あたりの負担限度額を超えることはありません。

(3) 滞在費

1日あたり 2,430円

所得区分	1日あたりの負担限度額
区分1	1,370円
区分2	880円
区分3	880円
区分4	2,066円

- * 区分1～3の該当者は、「介護保険負担限度額認定証」に記載された金額となり、認定のない方であっても、当施設の規程により上記表区分4の金額となります。

(4) その他の料金

- | | |
|--------------|--|
| ① 理美容代 | 実費 |
| ② コピー代 | 1枚あたり 10円 |
| ③ 特別な室料 | 実費 |
| ④ 特別な食費 | 実費 |
| ⑤ レクリエーション費等 | 実費 |
| ⑥ 送迎費 | 送迎費については、通常の実施地域（宇和島市、松野町、鬼北町、愛南町）外にお住まいの方で実施地域を超えてから片道5km以上の方は、5kmを超える部分につき1kmあたり100円が加算されます。 |

- * 当施設は、社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度申出を行っております。

(5) キャンセル料

入所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。但し、各所得区分に応じた金額をいただくこととなります。

入所日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
入所日の前日午後5時までにご連絡がなかった場合	1,445円

(6) 利用中の中止

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
- ・ 他の利用者の生命又は健康に重大な影響をあたえる行為があった場合

(7) 支払方法

10日までに前月分の請求をいたしますので、25日までに事業者が指定する方法でお支払いください。但し、口座振替によりお支払いの場合、25日が休日の場合は、指定した金融機関の翌営業日となります。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

まずは、お電話等でご相談ください。ご利用期間決定後、契約を締結いたします。なお、ご利用の予約は3ヶ月前からできます。

※ 「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ください。

(2) サービス利用契約の終了

① 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に短期入所サービスをご利用中でなければ、文書での届け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、自動的に契約を終了し、予約は無効となります。

- ・ 利用者がお亡くなりになった場合
- ・ 利用者が特別養護老人ホームへ入所した場合
- ・ 最終利用日から登録がなされないまま1年を経過した場合
- ・ 利用者の要介護状態区分等が、非該当又は要支援と認定された場合

③ その他

利用者がサービス利用料金の支払いを6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10日以内に支払わない場合、利用者やご家族などが、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、事業者からの契約内容の変更の申し入れに対し、利用者が継続又は解約の意思表示がないまま1ヶ月を経過した場合、又は、やむを得ない事情により施設を閉鎖もしくは縮小する場合は、1ヶ月前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことがございます。なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。

6 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営方針

利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、利用前の居宅生活と利用中の施設生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援する。

(2) 施設利用に当たっての留意事項

- ・面会 …… 8：30～20：00（面会者カードに記入してください。）
- ・外出 …… 職員に予め行先、目的、出発・到着時間等を届け出てください。
- ・飲酒、喫煙 …… 無断での飲酒、喫煙場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- ・設備、器具の利用 …… 居室備え付けの器具をご利用ください。
- ・金銭、貴重品の管理 …… 所持品保管サービスをご利用いただけます。（無料）
- ・所持品の持ち込み …… 一部制限がありますが、使い慣れた家具、テレビ等の電化製品の持ち込みは可能です。
- ・宗教活動 …… 布教活動は禁止させていただきます。
- ・ペット …… 禁止させていただきます。

7 緊急時の対応方法

利用者の健康状態が急変した場合は、医師に連絡する等必要な措置を講じる他、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

8 事故発生時の対応方法

サービスの提供にともなって事故が発生した場合は、医師、ご家族、介護支援専門員、市町村等、に連絡をする等必要な措置を講じる他、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

9 虐待の防止

虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村等へ通報します。
また、施設内での虐待の発生又は再発を防止するため、定期的を開催する虐待防止委員会の結果を職員へ周知し、職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修会を実施しています。

10 非常災害対策

- ・ 防災時の対応 ……非常時には非常通報装置により、消防他各関係機関に即時に通報されるようになっています。
- ・ 防災設備 ……スプリンクラー、自動火災報知設備、消火器30本、屋内消火栓6ヶ所、防火扉1ヶ所
- ・ 防災訓練 ……年2回実施
- ・ 防火責任者 ……施設長 内藤 真一

11 サービス内容に関する苦情

(1) 苦情解決のための体制

苦情解決責任者	施設長	内藤 真一	
苦情受付担当者	生活相談員	伊藤 浩明	
		電話番号	0895-32-1611
		FAX 番号	0895-32-1612
第三者委員	家田充博	電話番号	0895-32-2372
	内山 均	電話番号	0895-32-4326

(2) 苦情解決のための方法（手順）

① 苦情の受付

面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。また、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

② 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く。）に報告します。

第三者は内容を確認し、苦情申出人に対して報告を受けた旨を通知します。

③ 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立ち会いを求めることができます。なお、第三者委員の立ち会いによる話し合いは、次により行います。

- ・ 第三者委員による苦情内容の確認
- ・ 第三者委員による解決案の調整、助言
- ・ 話し合いの結果や改善事項等の確認

(3) その他

上記以外に、市町村等の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

- ・ 保険者である市役所又は役場の介護保険担当課

宇和島市が保険者の場合

宇和島市高齢者福祉課

所在地 宇和島市曙町 1 番地

電話番号 0 8 9 5 - 2 4 - 1 1 1 1

FAX 番号 0 8 9 5 - 2 4 - 1 1 2 1

・ 愛媛県運営適正化委員会

所在地 松山市持田町 3 丁目 8 番 1 5 号

電話番号 0 8 9 - 9 9 8 - 3 4 7 7

FAX 番号 0 8 9 - 9 2 1 - 8 9 3 9

・ 国民健康保険団体連合会

所在地 松山市高岡町 1 0 1 番地 1

電話番号 0 8 9 - 9 6 8 - 8 7 0 0

FAX 番号 0 8 9 - 9 6 8 - 8 7 1 7

12 第三者評価の実施状況

① 評価決定年月日 平成 3 0 年 2 月 2 8 日

② 実施評価機関 社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会

③ 結果の公表 愛媛県ホームページ（3 年間）

<https://www.pref.ehime.jp/h20100/fukushi-hyouka/#kekka>
ワムネット

<https://www.wam.go.jp/wamappl/oc05/003hyoka/hyokanri2.nsf/pSearch2?0open>

13 当組合の概要

名称・組合種別

宇和島地区広域事務組合・一部事務組合

代表者役職・氏名

組合長 岡 原文 彰

事務局所在地

愛媛県宇和島市曙町 1 番地（宇和島市役所内）

事務局電話番号

0 8 9 5 - 2 2 - 8 6 6 4

介護保険対象事業

介護老人福祉施設 9 ヶ所

短期入所生活介護 9 ヶ所

介護予防短期入所生活介護 9 ヶ所

通所介護 1 ヶ所

地域密着型通所介護 5 ヶ所

介護予防・日常生活支援総合事業（第 1 号通所事業）
6 ヶ所

その他当組合が行っている事業

1 養護老人ホーム

2 児童福祉施設

3 救護施設

4 ケアハウス

5 火葬場

6 環境センター

7 汚泥再生処理施設

8 消防署

ユニット型短期入所生活介護ご利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基
いて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 愛媛県宇和島市津島町山財 5 8 6 1 番地
名 称 宇和島地区広域事務組合
老人短期入所施設湯乃香荘
組 合 長 岡 原 文 彰

説明者 職 生活相談員
氏 名 伊 藤 浩 明

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

令和 年 月 日

利用者 住 所
氏 名 (*)

代理人 住 所
氏 名 (*)

(*) 自署又は記名押印