

短期入所生活介護重要事項説明書

<令和 6 年 10 月 1 日現在>

1 淡淡荘が提供するサービスについての相談窓口

電話 62-5328 (午前8時～午後5時まで)

担当 介護支援専門員 仁木 ふたな

*ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 特別養護老人ホーム淡淡荘の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	特別養護老人ホーム 淡淡荘
所在地	島原市江里町乙2010-1
介護保険指定番号	短期入所生活介護 (長崎県 4270300082 号)

(2) 淡淡荘の職員体制 (特別養護老人ホームと兼務)

	常勤	非常勤	計
理事長	1名	名	1名
施設長	1名	名	1名
事務員	3名	1名	4名
生活相談員	2名	名	2名
介護支援専門員	1名	名	1名
看護職員	3名	名	3名
介護職員	18名	8名	26名
嘱託医	名	2名	2名
管理栄養士	1名	名	1名
栄養士	名	名	名
機能訓練指導員	1名	名	1名
宿直員	1名	名	1名

(3) 同施設の設備の概要

定員		ショートステイ 10名
居室 (ショート)	4人部屋	2室 (1室 m ²)
	2人部屋	1室 (1室 m ²)
静養室		1室
医務室		1室
食堂		1室
機能訓練室		1室
談話室		1室
浴室		一般浴槽と特殊浴槽があります

3 サービスの内容

- ① 送迎
- ② 食事
- ③ 入浴
- ④ 機能訓練
- ⑤ 生活相談 等

4 料金

お支払いいただく料金の単価は下記の通りです。下記は、1割負担の場合です。

①基本料金

	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
要支援 1	¥ 4 5 1
要支援 2	¥ 5 6 1
要介護度 1	¥ 6 0 3
要介護度 2	¥ 6 7 2
要介護度 3	¥ 7 4 5
要介護度 4	¥ 8 1 5
要介護度 5	¥ 8 8 4

②機能訓練体制加算 (自己負担額)

1日あたり ¥ 1 2

③夜勤職員配置加算 (自己負担額) ※要支援は除く

1日あたり ¥ 1 3

④サービス提供体制加算Ⅱ (自己負担額)

1日あたり ¥ 1 8

⑤生産性向上推進体制加算Ⅰ (自己負担額)

1月あたり ¥ 1 0 0

⑥食費 (自己負担額)

朝食 ¥ 4 4 5 昼食 ¥ 5 0 0 夕食 ¥ 5 0 0

⑦滞在費 (自己負担額)

1日あたり ¥ 9 1 5

※ 食費と滞在費については、負担限度額の認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

⑧送迎代 (自己負担額)

片道 ¥ 1 8 4

※ 特別な事情がある場合介護保険給付の適用を受けることができる場合があります。詳しくはお問い合わせください。

⑨長期利用者提供減算 (自己負担額)

1日あたり ▲¥ 3 0 ※31日以上連続利用の場合、31日目から適用

⑩介護職員処遇改善加算 (自己負担額)

1月あたり

上記 (①+②+③+④+⑤) × 利用日数 × 14% (四捨五入)

その他料金

特別食、理美容費、等は別途料金がかかります。

※ 利用者の所得によっては、「2割負担」「3割負担」になる方もおられます (⑥食費、⑦滞在費を除く)。

5 淡淡荘のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

- ① 常に利用者の立場に立ち、心情を理解し個々のニーズに添える処遇を目指し、潤いある明るく安定した日々を送っていただく様努める。
- ② 職員会議、研修会、処遇改善委員会等を通じて職員の資質の向上を図り、職種間の連携強化に努め、利用者介護の向上に努める。
- ③ 利用者が心身ともに安定した生活をおくれる「生活の場」の充実を目指す様努める。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
男性介護職員の有無	有	
従業員への研修の実施	有	
サービスマニュアルの作成	有	
身体的拘束	無	但し、生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除く
変更・追加の申し込み方法	有	
その他		

(3) 施設利用にあたっての留意事項

- ・面会
- ・外出、外泊
- ・飲酒、喫煙
- ・設備、器具の利用
- ・金銭、貴重品の管理
- ・所持品の持ち込み
- ・施設外での受診
- ・宗教活動
- ・ペット

6 緊急及び事故発生時の対応方法

ご利用者に事故又は容体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、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先

氏 名	
住 所	
電話番号	
続 柄	

事故発生時には以下の対応を行います。

1. 市町村担当者へ速やかな報告を行います。
2. 賠償すべき事故については、損害賠償保険（社会福祉施設総合損害賠償団体保険）にて損害賠償いたします。
3. 事故原因解明について委員会を設置し、検討します。
4. 事故再発防止のため、周知徹底し、再発防止に努めます。

7 非常災害対策

- ・防災時の対応
- ・防災設備
- ・防災訓練
- ・防火責任者

8 サービス内容に関する相談・苦情処理の体制、手順

● 利用者からの相談又は苦情等に対する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置

- ① 事業所内に苦情・相談専用の窓口を設置するとともに、また、相談に訪問した利用者及びその家族のプライバシーと秘密の保持のため、苦情・相談専用室を設ける。
- ② 苦情・相談の窓口担当者を選任し、当該担当者が苦情・相談に当たる。
なお、窓口での解決が困難な場合は、下記の事項の体制及び手順で苦情・相談の解決に当たる。

③ 苦情・相談窓口（連絡先）

島原市江里町乙 2010 番地 1
 指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 淡 淡 荘
 電話 0957-62-5328
 管理者 増 田 繁一郎
 担当者 介護支援専門員 仁木 ふたな

● 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

サービス利用者からの苦情・相談の申し立てがあった場合、次の体制並びに手順で処理する。

- ① 始めに、苦情・相談窓口の担当者が、利用者及びその家族からの苦情・相談を受け、その内容を十分に聴き、内容を確認したうえで、その段階で解決できると判断されるものはその場で解決する。
- ② 窓口担当者で解決が困難な場合は、処理を保留し、管理者及び苦情処理委員会で対応を検討し処理にあたる。
- ③ 当該事業所内で解決が困難な場合は第三者委員会に処理を依頼する。

・第三者委員会連絡先

住 所	島原市本町乙 538 番地 1
氏 名	ユタ ヨシマサ 湯田 喜雅 電話番号 64-1343
住 所	島原市立野町 1649 番地
氏 名	タテヤマ コウジ 立山 康司 電話番号 63-5413

※第三者委員会に直接ご相談することもできます

- ④ 苦情の内容が認定審査会に関する場合は、島原地域広域圏組合介護保険課の担当者に報告し、処理を依頼する。

・島原地域市町村圏組合 介護保険課

住 所	島原市有明町大三東戊 1 3 2 7 番地
電話番号	6 1 - 9 1 0 1

- ⑤ ④での解決が困難な場合は、当該利用者及びその家族に長崎県介護保険審査会に苦情の申し立てが出来ることを説明し、速やかに当該事案の概要を県当局に伝え、その指示を仰ぐものとする。

- ⑥ 苦情の内容が介護サービスに関する場合は国保連合会の担当者に報告し、処理を依頼する。

・国保連合会 介護保険課

住 所	長崎市今博多町 8 番 2
電話番号	0 9 5 - 8 2 6 - 1 5 9 9

- 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等
 - サービス事業者が、サービス計画に沿って提供するサービスの内容等に対して、利用者からの苦情等があった場合
 - ① 苦情処理の手順としては上記の処理体制・手順により実施する。
 - ② サービス事業者からサービス計画に沿ったサービスの提供がなされているかどうかサービス提供状況について聴取し、サービス事業者と利用者相互の意見、内容を十分に把握・検討し、利用者が納得のいく総合的なサービスを受けることができるよう、サービス事業者と協議し、その解決に努める。

- その他
 - 淡淡荘以外に、市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。
 - ・市役所 保健年金課

住 所	島原市上の町537
電話番号	63-1111 (内線234)

9 淡淡荘の概要

名称・法人種別	社会福祉法人楽山会
代表者役職・氏名	理事長 喜多 幸枝
淡淡荘所在地・電話番号	島原市江里町乙2010-1 Tel 62-5328
定款の目的に定めた事業	1 特別養護老人ホーム 淡淡荘 2 短期入所生活介護 淡淡荘 3 ユニット型小規模特別養護老人ホーム 淡淡荘 4 ユニット型短期入所生活介護 淡淡荘 5 島原市在宅介護支援センター 淡淡荘 6 老人通所介護 淡淡荘 7 ユニット型短期入所生活介護 淡淡荘Ⅱ 8 老人通所介護 淡淡荘Ⅱ 9 地域密着型特別養護老人ホーム 淡淡荘Ⅱ 10 生活困難者レスキュー事業

契約をする場合は以下の確認をすること

令和 年 月 日

短期入所生活介護の提供開始にあたり、利用者に対して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	社会福祉法人楽山会	
所在地	島原市江里町乙2010-1	
名称	特別養護老人ホーム 淡淡荘	印
説明者	所属 相談員	
	氏名 林田 翔太	印

私は、契約書および本書面により、淡淡荘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、サービス提供内容に同意し、受領しました。

利用者 住所

氏名

印

<代理人> 住所

氏名

印

情報提供同意書

特別養護老人ホーム 淡淡荘

施設長 廣瀬 隆之 様

私、 _____ は、ショートステイ事業 淡淡荘

の短期入所生活介護のサービスを利用するにあたり、円滑にサービスを実施する為に

必要な場合は、必要範囲内の個人情報について提供することに同意します。

令和 年 月 日

利用者名

_____ (印)

家族代表者名

_____ (印)