

ユニット型短期入所生活介護重要事項説明書

< 令和 6 年 9 月 1 日 現在 >

1 小規模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 生活相談員 林田 翔太

2 小規模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	小規模特別養護老人ホーム淡淡荘
所在地	長崎県 島原市江里町乙2010番地1
介護保険指定番号	短期入所生活介護 (長崎県4270301304号)

(2) 小規模淡淡荘の職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1 名	0 名	1 名
事務員	3 名	1 名	4 名
生活相談員	2 名	0 名	2 名
介護支援専門員	1 名	0 名	1 名
看護職員	3 名	0 名	3 名
機能訓練指導員	1 名	0 名	1 名
医師	0 名	2 名	2 名
管理栄養士	1 名	0 名	1 名
栄養士	0 名	0 名	0 名
介護職員	17 名	4 名	21 名
宿直員	1 名	0 名	1 名

(3) 当施設の設備の概要

定員	ショートステイ 10 名
居室	10 室
静養室	各々 1 室
医務室	
共同生活室	5
浴室	一般浴・特殊浴室

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

○ 料金

お支払いいただく料金の単価は下記の通りです。

① 基本料金 (介護料金は介護負担割合証の割合によります。)

	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額	
	1割負担	
要支援1	¥	529
要支援2	¥	656
要介護度1	¥	704
要介護度2	¥	772
要介護度3	¥	847
要介護度4	¥	918
要介護度5	¥	987

② サービス提供体制加算Ⅱ

1日あたり 1割負担 ¥ 18

③ 機能訓練体制加算

1日あたり 1割負担 ¥ 12

④ 夜間職員配置加算Ⅱ (※要支援を除く)

1日あたり 1割負担 ¥ 18

⑤ 送迎代

片道 1割負担 ¥ 184 (通常の実施区域。区域外についてはご相談下さい)

⑥ 長期利用者提供減算

1日あたり 1割負担 ¥ -30

⑦ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

$[(①+②+③+④+⑤) \times \text{利用日数}] \times 14\%$ ……計算結果を四捨五入

※ 利用者の所得によっては「2割負担」「3割負担」になります(食費、滞在費を除く)。介護保険負担割合証記載している負担割合とします。

⑪ 食費

朝食 ¥ 445
昼食 ¥ 500
夕食 ¥ 500

※ 食費と滞在費については、標準負担限度額認定をうけている場合には、認定証に記載している負担限度額となります。

⑫ 滞在費(居室利用料)

1日あたり ¥ 2066

⑬ その他料金

特別食、理美容費 等は、別途料金がかかります。

5 小規模淡淡荘のサービスの特徴 として

(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よう努める。
- 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送れる「生活の場」の充実を目指すよう努める。

(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	
変更・追加の申し込み方法	有	
身体拘束	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

(3) 施設利用にあたっての留意事項

- ・ 面会 8時から21時まで
- ・ 外出、外泊 事前に職員までお申し出ください
- ・ 飲酒、喫煙 施設内での飲酒は禁止、喫煙は所定の場所で行います
- ・ 設備、器具の利用 職員へお申し出ください
- ・ 金銭、貴重品の管理 事務所の方でも管理します
- ・ 所持品の持ち込み 入所時、所持品の確認をいたします
- ・ 施設外での受診 ご家族での対応をお願いします
- ・ 宗教活動 施設内での活動はご遠慮ください
- ・ ペット 持ち込みは禁止

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 非常災害時

- ・ 防災時の対応 職員が対応、連絡網の活用
- ・ 防災設備 火災報知器、煙・熱感知器、消火器
- ・ 防災訓練 年2回
- ・ 防火責任者 理事長 喜多 幸枝

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・相談にあたる。
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・相談の解決にあたる。
- ③ 苦情・相談窓口（連絡先）

島原市江里町乙2010番地1
 指定短期入所生活介護事業所
 指定介護予防短期入所生活介護事業所 小規模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 林田 翔太

● 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 初めに、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・相談を受け付け、その内容を十分に聴き内容を確認した上で、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。

・ 島原地域広域市町村圏組合 介護保険課

住 所	島原市有明町大三東戊1327番地
電話番号	62-9101

- 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できることを説明し、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	095-826-1599

● 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そ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

小規模淡淡荘以外に、市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

・ 市役所 福祉保健部 保険健康課

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 2 短期入所生活介護 3 介護予防短期入所生活介護 4 訪問介護 5 在宅介護支援センター 6 通所介護 7 介護予防通所介護

————— 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番地1
名 称	小規模特別養護老人ホーム淡淡荘
管 理 者	増田 繁一郎 ㊞
説 明 者	所属 生活相談員
	氏名 林田 翔太 ㊞

私は、契約書および本書面により小規模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ます。

利 用 者 住 所

氏 名 _____ ㊞

(代理人) 住 所

氏 名 _____ ㊞

情報提供同意書

小規模特別養護老人ホーム淡淡荘

管理者 増田 繁一郎 様

私、
及びその家族は、小規模特別養護老人ホーム淡淡荘の
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
ために必要な場合は、必要範囲内の個人情報について情報提供することに同
意いたします。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 _____ 印

上記代理人 私は利用者 _____ 本人の契約意思を
確認し署名代行いたしました。

利用者との続柄()

住所

氏名 _____ 印

利用者家族代表 住所

氏名 _____ 印