

重要事項説明書

併設型ユニット型短期入所生活介護事業 併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護事業 鳥取県指定 第3171500527号

当事業所は併設型ユニット型短期入所生活介護又は介護予防併設型ユニット型短期入所生活介護サービスを提供いたします。ご利用者に説明すべき事項は以下の通りです。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 慶愛会
法人所在地	鳥取県西伯郡大山町唐王208番地
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 浅田 明枝
電話番号	0859-39-5555

2 ご利用事業所

事業の種類	併設型ユニット型短期入所生活介護
	併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護
事業所の名称	ショートステイ 大山やすらぎの里
	介護予防ショートステイ 大山やすらぎの里
施設の所在地	鳥取県西伯郡大山町唐王208番地
管理者名	浅田 龍太郎
電話番号	0859-39-5555
ファクシミリ番号	0859-39-5100
鳥取県知事の事業者の指定	指定番号 鳥取県第3171500527号 指定年月日 平成16年4月14日

3 事業者が合わせて実施する事業

事業の種類	鳥取県知事の事業者指定	
	指定年月日	指定番号
ユニット型介護老人福祉施設	平成16年4月14日	鳥取県第 3171500527号
居宅 通所介護	平成16年4月14日	鳥取県第 3171500527号
居宅介護支援事業	平成16年4月14日	鳥取県第 3171500535号

※この表で通所介護は通所介護及び介護予防通所介護のことです。

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態〔要支援状態〕にある者（以下「要介護者等」）
-------	-----------------------------

	という。) に対し、適正な併設型ユニット型短期入所生活介護〔併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護〕を提供することを目的とする。
施設運営の方針	<p>1 ユニット型短期入所生活介護は、その利用者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の援助及び機能訓練を行うことにより利用者の心身機能維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。</p> <p>2 ユニット型介護予防短期入所生活介護は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図りつつ、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指す。</p> <p>3 事業の実施にあたっては、居宅介護支援事業者、関係市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p>

5 施設の概要

特別養護老人ホーム大山やすらぎの里に併設する併設型ユニット型短期入所生活介護

(1) 敷地及び建物

敷地	8405.82㎡	
建物	構造	鉄筋コンクリート造2階建（耐火建築）
	延べ床面積	4,103.98㎡
	利用定員	9名（1ユニット当たりの定員11名）

(2) 居室

居室の種類	面積	室数
1人部屋	14.10㎡	4室
	17.34㎡	2室
	14.49㎡	2室
	13.92㎡	1室

(3) 主な設備（ユニット型介護老人福祉施設と共用）

設備の種類	数	面積
ユニット数	1	
1ユニット当	食堂・機能訓練室	147.15㎡
	浴室	8.36㎡
浴室	一般浴室1室	33.44㎡
	機械浴室1室	特殊浴槽2台
医務室	1室	12.25㎡

6 職員配置状況

当施設では、ご利用者に対して併設型ユニット型短期入所生活介護〔併設型ユニット型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。職員の配置については、指定基準を遵守しています。（ユニット型介護老人福祉施設と兼務）

職 種	常勤換算	指定基準
1 施設長	1.0名	1名
2 介護職員	3.0名	3名
3 生活相談員	1.0名	1名
4 看護職員	3.0名	3名
5 機能訓練指導員	1.0名	1名
6 介護支援専門員	1.0名	1名
7 医師	1.0名	必要数
8 管理栄養士	1.0名	1名

※ 常勤換算：職員それぞれ週当たりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週40時間）で除した数です。ただし、医師を除く。

7 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
医 師	内科医が週1回（火曜日）、15:00～17:00まで、
介護職員 看護職員	以下の時間帯で1ユニットあたり1人以上勤務します。 <ul style="list-style-type: none"> ・A1勤（7:00～16:00） ・B勤（9:00～18:00） ・C1勤（10:30～19:30） ・D1勤（13:00～22:00） ・G勤（21:45～ 7:15）他 22:00～7:30までは2ユニットで1名勤務します。看護職員は、勤務しない時間帯があります。
機能訓練指導	週5日 1日8時間勤務します。

8 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士の立てる献立により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・食事は、できるだけ離床して食堂において食べていただけるように配慮します。 （食事時間） 朝食 7:40～ 8:30 昼食 12:00～13:00 夕食 18:00～19:00
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な支援を行います。

入浴	<ul style="list-style-type: none"> 年間を通じて週2回以上の入浴の機会を提供します。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いた入浴を行います。
離床、着替え、整容等	<ul style="list-style-type: none"> 寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 生活のリズムに合わせ、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう支援をします。 シーツ交換は、週1回以上実施します。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> 機能訓練指導員が入所者の心身の状況に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を回復し、またその減退を防止するための訓練を行います。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> 利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> 必要な教養娯楽設備を整えると共に、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 クラブ活動（お華、お茶、書道、俳句）

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容
理 美 容	<ul style="list-style-type: none"> 随時希望の方には、美容師の出張による理美容のサービスをご利用いただけます。
食事の提供	<ul style="list-style-type: none"> 栄養士による食材の検収により、食事を提供します。
特別な送迎	<ul style="list-style-type: none"> 当施設の事業実施区域外の方で希望の方は送迎いたします。

9 利用料

(1) 法定給付

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額 (利用者負担は、介護保険負担割合証の利用者負担割合を介護サービスに乗じた額)
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額

(2) 法定外給付

区 分	利 用 料
食費	1,700円/日 本人・配偶者が課税されている場合や単身で650万~500万円、夫婦で1650万円~1500万円を超える預貯金等を保有する方などで、補足給付対象外の方 以下は、介護保険負担限度額認定証を保有され認定証に基づき下記の金額になります
	300円/日 第1段階：高齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税・生活保護の受給者等
	600円/日 第2段階：世帯全員が住民税非課税で課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の収入方で、補足給付対象預貯金額保有内の方

	1,000円/日	第3段階①：世帯全員が住民税非課税で、81万円以上～120万円以下の収入の方で、補足給付対象預貯金額保有内の方
	1,300円/日	第3段階②：世帯全員が住民税非課税で、120万円以上～211万円以下の収入の方で、補足給付対象預貯金額保有内の方
金銭管理サービス	1,000円/日	
特別な食事	要した費用の実費（本人の希望等によるもの）	
居住費	2,006円/日	課税世帯や単身で1000万円、夫婦で2000万円を超える預貯金等を保有する方などで減額されない方
	以下は介護保険負担限度額認定証を保有され認定証に基づき下記の金額になります	
	820円/日	② 高齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税・生活保護の受給者等 ②世帯全員が住民税非課税で課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下で補足給付対象預貯金額保有内の方
	1,310円/日	第3段階①②：世帯全員が住民税非課税で、81万円以上～211万円以下の収入の方で、補足給付対象預貯金額保有内の方
日常生活用品費	300円/日	
クラブ活動費	実費	
理美容費	実費	
日常生活品の購入代行サービス	購入依頼のあった品物を購入するのに要した金額の実費	
交通費	<p>* 通常の実施区域（西伯郡大山町全域及び米子市淀江町）以外の入退所に係る送迎サービスを行う場合</p> <p>実施区域から片道5km以内 100円</p> <p>同 片道10km以内 200円</p> <p>同 片道15km以内 300円</p> <p>同 片道15km以上は、5km増すごとに100円を加算</p> <p>* 利用者の希望により、買い物等のサービスを行う場合</p> <p>事業所から片道5km以内 100円</p> <p>事業所から片道10km以内 200円</p> <p>事業所から片道15km以内 300円 以降5km増すごとに100円を加算</p>	
キャンセル料	前日・当日にキャンセルされたとき、1,000円	

10 苦情等申立先

窓口担当者	生活相談員	<u>清水 紀子</u>
ご利用時間	月～金 午前9時～午後5時	
ご利用方法	電話 (0859) 39-5555	
	面接 相談室	意見箱（玄関ホールに設置）

行政機関その他の苦情受付機関

大山町役場 福祉介護課 介護保険

西伯郡大山町御来屋328 保健福祉センターなわ内

電話 0859-54-5207

鳥取県国民健康保険団体連合会介護サービス苦情処理委員会介護サービス担当

鳥取市立川町6-176

電話 0857-20-2100

1.1 協力医療機関

医療機関の名称	大山口診療所
院長名	久野 宣年
所在地	鳥取県西伯郡大山町末長290-7
電話番号	0859-53-3990
診療科	内科・神経内科・消化器科・精神科
入院設備	無
救急指定の有無	無
契約の概要	当施設は利用者に病状の急変があった場合、直ちに大山口診療所に連絡し、診療所はこれに応じ適切な措置及び入院手続を行う。

1.2 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」により対応を行います。			
平常時の訓練等防災設備	別途定める「消防計画」により年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	2箇所
	非難階段	2箇所	屋内消火器	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	あり	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
	カーテン布団等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日：平成16年3月27日 防火管理者：恩田 倫宏			

1.3 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出	外出の際には、必ず届出用紙に行き先と帰宅時間を記入していただき職員に提出してください。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。
喫煙	施設建物内は禁煙です。敷地内での喫煙は、原則禁止です。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください

所持品の管理	取り扱いますが、別途手続きが必要です。
現金等の管理	取り扱いますが、別途手続きが必要です。 居室での金銭は、各利用者の管理となり紛失の責任は負いません。
宗教活動 政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動は、ご遠慮 ください。

1.4 利用料のお支払い方法

利用料金は、次のいずれかの方法によりお支払いをお願いいたします。

(1) 施設窓口での現金によるお支払い。

(2) 当施設指定口座へお振込みによるお支払い。

【指定口座番号】

米子信用金庫 淀江支店 普通口座 0139837

社会福祉法人 慶愛会

(3) 当施設の提携金融機関より自動口座引落としによるお支払い。

【提携金融機関】

山陰合同銀行、鳥取銀行、郵便局、JA鳥取西部農業協同組合

私は、本書面に基づいて事業者の職員（職名 生活相談員 氏名 清水 紀子）から
上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 ____年 ____月 ____日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

署名代行者 住所 _____

氏名 _____ 印

署名を代行した理由

身元引受人 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____