

## 豊寿園ショートステイサービス 重要事項説明書

当法人施設は契約者に対し指定短期入所生活介護サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容及び契約上ご留意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 当施設は介護保険の指定を受けています。

### 2. 経営主体

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| (1) 法人名               | 社会福祉法人 愛生福祉会  |
| (2) 法人の所在地            | 高知県宿毛市平田町戸内1813番地1  |
| (3) 電話及びFAX<br>e-mail | Tel 0880-66-1188 FAX 0880-66-1195<br><a href="mailto:hojuen@mb.gallery.ne.jp">hojuen@mb.gallery.ne.jp</a> |
| (4) 理事長名              | 筒井 大八   |
| (5) 設立年月日             | 平成2年4月1日  |

### 3. 事業所の概要

事業所	豊寿園 ショートステイサービス 愛称 ル・コパン
所在地	宿毛市平田町戸内1813番地1
施設長	上村 晃司
電話番号	0880-66-1188
FAX番号	0880-66-1195
事業者指定番号	第3970900035号

### 4. 設備の概要

定員	10名	
居室	従来型 個室	10室 (1室あたり11.98㎡～14.77㎡)
食堂兼 機能訓練室	1室 (31.92㎡)	
浴室	2室	特殊浴槽(個浴)と寝台特殊浴槽があります。
医務室	1室	
理美容室	1室	

## 5. 職員の配置状況

### (1) 主な職員の配置状況 令和6年4月1日現在

職 種	常 勤	非 常 勤	計
施設長	1		1名
医師		1	1名
生活相談員	1		2名
介護支援専門員	1		1名
介護職員	25	4	29名
看護職員(看護師)	2	2	4名
看護職員(准看護師)	1	1	2名
機能訓練指導員(理学療法士)	1		1名
栄養士	1		1名
管理栄養士	1		1名
事務職員	3		4名
調理員	3	3	6名
洗濯・清掃員	4		5名

※人数は職員の入退職や休職(産休・病休)によって変動する場合があります。

※介護職員(従来型50名・ショートステイ10名に対しての職員配置)以外の職員数はユニット型40名・従来型50名・ショートステイ10名の合計100名の配置人数になります。

### (2) 主な職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制		
医 師	土曜日	9:00~12:00	
生活相談員	毎日	8:30~17:30	
介護職員	日中	7:00~16:00	9:00~18:00
	夜間	18:00~7:00	
看護職員	日中	8:30~17:30	9:30~18:30
機能訓練指導員	毎日	8:30~17:30	
介護支援専門員	毎日	9:30~18:30	

※土日、祝祭日は上記と異なります。

### (3) 職員の研修体制

職員の資質の向上を図るため、研修委員会を中心として年間研修計画を策定し、定期的な施設内研修や、施設外研修への積極的な参加を行っています。

## 6. サービスの内容及び利用料金

### (1)介護保険給付対象サービス

#### <サービスの内容>

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 栄養士(管理栄養士)の立てる献立表により、栄養、利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。</li> <li>・ リビングで食事をしていただきますが、ご希望や体調によって、居室で食事を取ることができます。 (食事時間):一人ひとりの生活リズムに合わせて提供します。 朝食 7:30~9:30 昼食 11:30~13:30 夕食 17:00~19:00</li> <li>・ 食事はその人の嚥下機能や咀嚼に応じた形態で提供します。 (普通食・大刻み食・ソフト食・ミキサー食・軟飯・お粥・粥ミキサーゼリー等)</li> <li>・ 行事食:敬老の日や忘年会等行事の際に、皿鉢料理や鍋料理など提供します。 ・ 治療上、食事に制限などがある場合は配置医などの食事箋にしたがって提供します。(費用がかかる場合があります)</li> </ul>
排せつ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歩行や身体的に障害があり、ご自分でトイレでの排泄が困難な場合、原則としてトイレへ介助によって誘導します。</li> <li>・ 一人ひとりの排泄リズムや身体状態に合った方法で可能な限り援助します。</li> <li>・ 必要に応じて排泄状況の確認を行います。</li> <li>・ 必要に応じて、補助具(ポータブルトイレなど)やおむつを使用し、定期と随時で対応します。</li> </ul>
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体機能や体調に応じた浴槽を使います。種類は、個浴、特殊個浴、特殊浴があります。</li> <li>・ 週2回以上の入浴ができます。やむを得ない場合は清拭を行います。</li> </ul>
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 機能訓練指導員により、職員と連携しながら、一人ひとりの心身等の状況に応じて、可能な限り日常生活において自分でできることを援助します。</li> <li>・ 年齢や身体機能に合わせて、機能の低下を防止できるように援助します。</li> </ul>
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ できる限り離床に配慮します。</li> <li>・ 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。</li> <li>・ 清潔で快適な生活が送れるよう適切な整容が行われるよう援助します。</li> </ul>

### (2)利用料金 (別紙記載)

### (3)利用料金の支払い方法

前記(2)の料金・費用は基本的に利用翌月の10日までに請求しますので、1ヶ月以内に下記のいずれかの方法でお支払いください。

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>① 窓口で現金払い</li> <li>② 郵便局口座からの自動引き落とし(手数料が発生します)</li> <li>③ 銀行振込 幡多信用金庫 平田支店 普通預金0001335(手数料が発生します)<br/>豊寿園ショートステイサービス 理事長 筒井 大八</li> </ul> |
|---|

※保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金(10割)をいただき、サービス提供証明書を発行します。

サービス提供証明書を後日住所地市町村の窓口に出すと、払い戻しを受けることができます。

## 7. 予約の取り直し

(1)利用者がサービスの利用を取り消す場合は前日までに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先(電話): 豊寿園 0880-66-1188

(2)利用者の都合でサービスの利用を取り消す場合は、できるだけサービス利用開始日前日の午後5:30までにご連絡ください。

## 8. 営業日及び予約の方法

営業日	毎日 午前8:30～午後6:30まで
予約の方法	窓口でお申し込みかお電話で(居宅介護支援事業所への報告確認)

## 9. 当事業所の経営理念・運営方針

### 〈経営理念〉

私たちは介護サービスの提供を通じて、地域に貢献し、地域に愛され、地域と共に発展する法人を目指します。

### 〈運営方針〉

「3つのやさしさ」を持つ法人運営を行います。

1. 「地域」にやさしい法人であること。
2. 「利用者やご家族」にやさしい法人であること。
3. 働く「職員」に対してやさしい法人であること。

## 10. 医療連携体制

### (1)協力医療・歯科機関

※当施設と同じ敷地内にあります。

協力病院の名称	医療法人 互生会 筒井病院
所在地	宿毛市平田町戸内1802番地
診療科	内科、整形外科、リハビリテーション科
電話番号	0880-66-0013
協力歯科医院の名称	二神歯科医院
所在地	宿毛市平田町戸内4300番地
電話番号	0880-66-1517

### (2)看護体制及び緊急時の体制

・利用者の重度化、医療ニーズの増大等に対応するため、看護師1名以上を配置し看護責任者を定め、24時間看護職員との連絡を取れる体制を整え、健康上の管理等を行える体制を確保しています。又、かかりつけ病院への通院等が難しい場合には、併設の病院との協力体制により、緊急時には医師又は看護職員等が24時間連絡、訪問できる体制を確保しています。

## 11. 相談窓口、苦情対応

- ・当事業所では、社会福祉法第82条の規定により、利用者(又はその家族)からの「苦情」や「ご要望」に対し、適切に対応していくための体制を整えています。

(1)サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

苦情受付担当者 (お客様相談窓口)	電話番号	0880-66-1188
	FAX番号	0880-66-1195
	相談員	生活相談員
	対応時間	月～金 8:30～17:30
苦情解決責任者	施設長	上村 晃司
第三者委員	2名任用しています。利用方法については施設内に掲示しています。	

## (2)苦情の解決方法

### ①苦情の受付

苦情は面接、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。なお、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。

### 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も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会いを求めることができます。

なお、第三者委員の立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)高知県運営適正化委員会の紹介

当事業所で解決困難な苦情は、高知県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会(福祉サービス困りごと解決委員会)に申し出ることができます。また公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

高知県運営適正化委員会 (福祉サービス困りごと解決委員会)	電話番号	088-802-2611
	FAX番号	088-872-6211
	対応日時	月曜日～金曜日 9:00～16:00
市町村介護保険相談窓口	所在地	宿毛市希望ヶ丘1番地
	電話番号	0880-62-1234
	FAX番号	0880-62-1270
高知県国民健康保険団体 連合会(国保連)	対応時間	8:30～17:00
	所在地	高知市丸ノ内2丁目6番5号
	電話番号	088-820-8410・8411
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	8:30～17:15

## 1 2. 施設利用にあたっての留意事項

入居時には、本人に必要な補助具(車椅子、歩行器、ポータブルトイレ)などは施設で用意します。ただし、特別に本人や家族等が希望する補助具等は個人で用意していただきます。また、居室にはベッド、洗面台、タンス、テレビがあります。その他、必要な物の持ち込みは、その都度相談の上決定します。

金銭、貴重品の管理は原則、家族(または代理人等)にお願いしますが、必要に応じて施設でも管理できますのでご相談ください。

## 1 3. ご家族の訪問について

訪問時間 原則 6：30～21：00

その時間以外の訪問については、施設に連絡してください。

## 1 4. お酒・喫煙について

原則、飲酒・喫煙は自由です。ただ、飲酒は医師から禁酒されている場合や健康に「影響を与える、他の入居者に迷惑かける行為になる場合は、家族とともに話し合っ

て検討します。  
喫煙は、火災防止のため、職員がライターやタバコを預かり、決められた場所で喫煙していただきます。

## 1 5. 職員の研修体制

職員の資質の向上を図るため、年間研修計画を策定し、定期的な施設内研修や外部研修に参加できるようにします。

各職種においても定期的・継続的に研修を実施します。

新人職員に対しては、リーダーや主任を中心に教育研修を行い指導していきま

す。

## 1 6. 虐待防止対策や身体拘束禁止について

身体拘束は、指定介護老人福祉施設のサービス提供に当たり、原則、禁止されています。ただし、生命または身体を保護するため緊急やむを得ず拘束をする場合は、家族の同意を得たうえで、基準に則り、やむを得ない要件を明確にした上で、拘束廃止に向けた検討会を定期的に開催します。

虐待防止は、高齢者虐待防止法に則り、職員教育などに力をいれて、資質向上や倫理観を高めるように努めます。また、虐待が発生した場合は厳密に対応します。

## 17. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 愛生福祉会 豊寿園
代表者氏名	施設長 上村 晃司
本社所在地	宿毛市平田町戸内1813番地1
業務の概要	施設介護サービス
事業所数	6

## 18. 事故発生時の対応

<p>短期入所生活介護利用者に対する短期入所生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡をし、必要な措置を行い、それを記録します。</p> <p>入居者の生命・身体・財産などに損害が発生した場合、原因究明を行い、事業者の過失が認められた場合に速やかに入居者に対して損害を賠償します。但し、入居者側に過失があった場合は、賠償責任を負いません。</p> <p>(例) 自己責任と認められた場合等</p>
--

## 19. 第三者評価システムの導入

現在当事業所での第三者評価機関の導入は行っていません。

### 【説明確認欄】

令和6年月日

短期入所生活介護契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 宿毛市平田町戸内1813番地1  
事業者名 豊寿園ショートステイサービス

説明者 宮口 雅吉 印

短期入所生活介護契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

利用者 住所

氏名 印

(利用者の家族) 住所

氏名 印

## 個人情報使用同意書

私(及び私の家族)の個人情報については、下記に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用されることに同意します。

### 記

#### 1. 使用する目的

私の施設入居のために必要な情報をケアの質の向上の為、職員間との報告の共有やカンファレンス、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。(写真等の使用する場合はその都度確認します)

#### 2. 使用する期間

令和6年月日から契約終了まで

#### 3. 条 件

個人情報の取得、提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

令和6年月日

指定短期入所生活介護  
豊寿園ショートステイサービス 様

(利用者)	住所	
	氏名	印
(代筆者)	住所	
	氏名	印
	(続柄 : )	
(利用者の家族)	住所	
	氏名	印

(別紙)

豊寿園ショートステイサービス

<サービス利用料金>

介護保険給付対象サービスを利用する場合は、1日あたり下記の自己負担額をお支払いいただきます。(ただし、食費、居住費は基本的に給付対象外です。)

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス費(個室)	6,030円	6,720円	7,450円	8,150円	8,840円
サービス費(多床室)	6,030円	6,720円	7,450円	8,150円	8,840円
機能訓練指導体制加算	120円	120円	120円	120円	120円
サービス提供体制強化加算 I	220円	220円	220円	220円	220円
夜勤職員配置加算 I	130円	130円	130円	130円	130円
上記サービス費に係る自己負担額(個室)1割	650円	719円	792円	862円	931円
上記サービス費に係る自己負担額(多床室)1割	650円	719円	792円	862円	931円
上記サービス費に係る自己負担額(個室)2割	1,300円	1,438円	1,584円	1,724円	1,862円
上記サービス費に係る自己負担額(多床室)2割	1,300円	1,438円	1,584円	1,724円	1,862円
上記サービス費に係る自己負担額(個室)3割	1,950円	2,157円	2,376円	2,586円	2,793円
上記サービス費に係る自己負担額(多床室)3割	1,950円	2,157円	2,376円	2,586円	2,793円
介護職員処遇改善加算 I	1ヶ月のサービス費、加算の合計の14% (1割・2割・3割)				
居住費 (個室)	1段階	1日 380円(生活保護受給者及び老齢福祉年金受給者で住民税世帯非課税者)			
	2段階	" 480円(住民税世帯非課税者で課税年金、所得年額80万円以下)			
	3段階	" 880円(住民税世帯非課税者で課税年金、所得年額80万円～266万円)			
	4段階	" 1,231円(住民税世帯課税者)			
居住費 (多床室)	1段階	1日 0円(生活保護受給者及び老齢福祉年金受給者で住民税世帯非課税者)			
	2段階	" 430円(住民税世帯非課税者で課税年金、所得年額80万円以下)			
	3段階	" 430円(住民税世帯非課税者で課税年金、所得年額80万円～266万円)			
	4段階	" 915円(住民税世帯課税者)			
食費	1段階	1日 300円(生活保護受給者及び老齢福祉年金受給者で住民税世帯非課税者)			
	2段階	" 600円(住民税世帯非課税者で課税年金、所得年額80万円以下)			
	3段階①	" 1,000円(住民税世帯非課税者で課税年金、所得年額80万円～120万円)			
	3段階②	" 1,300円(住民税世帯非課税者で課税年金、所得年額120万円以上)			
	4段階	" 1,445円(住民税世帯課税者)			
食費内訳	朝食 400円	昼食 525円	夕食 520円		

その他の加算	加算条件	介護給付額	自己負担額(1割・2割)
送迎加算	送迎可能地域(宿毛市、四万十市、三原村) 日時、地域によって送迎できない時があります。	片道1,840円	片道184円・ 368円・552円
療養食加算	医師の指示に基づく療養食を提供した場合に1日に3回を限度として加算。	1回80円	1回8円・ 16円・24円
在宅中重度者受入加算	短期入所中も訪問看護サービスを受けられる体制を確保した場合。	1日4,250円	1日425円・ 850円・1,275 円
若年性認知症利用者 受入加算	初老期における認知症によって要介護となった利用者を 対象として加算。	1日1,200円	1日120円・ 240円・360円
認知症行動・心理 症状緊急対応加算	医師が認知症の行動・心理症状が認められるため在宅生活が困難であり、緊急に 利用することが適当と判断した場合に利用開始日から7日を限度として加算。	1日2,000円	1日200円・ 400円・600円
緊急短期入所受入加算	居宅サービス計画に無い短期入所を緊急に行った場合に7日を限度として加算	1日900円	1日90円・ 180円・270 円

\* 居住費、食費について、介護保険負担限度額認定証を受けている場合に認定証に記載されている負担額となります。保険者である市町村に申請して介護保険負担限度額認定証の交付を受けないと減額の対象とはなりません。又、当施設では社会福祉法人の減免制度を実施していますので保険者である市町村に申請して減免の対象になる場合があります。

\* 食事、居住費に係るその他の負担軽減の基準

① 配偶者が住民税を課税されている場合には世帯が同じかどうかは問わず負担軽減の対象外となります。

② 預貯金等の金額が次の基準額を超える場合には負担軽減の対象外となります。

- ・ 年金収入等80万円以下→単身650万円

配偶者がいる方：合計1,650万円以上

- ・ 年金収入等80万円超120万円以下→単身550万円

配偶者がいる方：合計1,550万円以上

- ・ 年金収入等 120万円超(非課税)→単身500万円

配偶者がいる方：合計1,550万円以上

## 豊寿園ショートステイサービス 重要事項説明書

当法人施設は契約者に対し指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容及び契約上ご留意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 当施設は介護保険の指定を受けています。

### 2. 経営主体

- (1) 法人名 社会福祉法人 愛生福祉会  
(2) 法人の所在地 高知県宿毛市平田町戸内1813番地1  
(3) 電話及びFAX TEL 0880-66-1188 FAX 0880-66-1195  
e-mail [hojuen@mb.gallery.ne.jp](mailto:hojuen@mb.gallery.ne.jp)  
(4) 理事長名 筒井 大八  
(5) 設立年月日 平成2年4月1日

### 3. 事業所の概要

事業所名	豊寿園 ショートステイサービス	ユニット名	ル・コパン
所在地	宿毛市平田町戸内1813番地1		
管理者名	上村 晃司		
電話番号	0880-66-1188		
FAX番号	0880-66-1195		
事業者指定番号	第3970900035号		

### 4. 設備の概要

定員	10名	
居室	従来型 個室	10室 (1室あたり11.98㎡～14.77㎡)
食堂兼 機能訓練室	1室 31.92㎡	
浴室	2室	特殊浴槽(個浴)と寝台特殊浴槽があります。
医務室	1室	併設特養と併用
理美容室	1室	併設特養と併用

## 5. 職員の配置状況

### (1) 主な職員の配置状況 令和5年6月1日現在

職 種	常 勤	非 常 勤	計
施設長	1		1名
医師		1	1名
生活相談員	1		1名
介護支援専門員	1		1名
介護職員	25	4	29名
看護職員(看護師)	2	2	4名
看護職員(准看護師)	1	1	2名
機能訓練指導員(理学療法士)	1		1名
栄養士	1		1名
管理栄養士	1		1名
事務職員	3		3名
調理員	3	3	6名
洗濯・清掃員	4		4名

※人数は職員の入退職や休職(産休・病休)によって変動する場合があります。

※介護職員(従来型50名・ショートステイ10名に対しての職員配置)以外の職員数は、ユニット型40名・従来型50名・ショートステイ10名の合計100名の配置人数になります。

### (2) 主な職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制		
医 師	土曜日	9:00~12:00	
生活相談員	毎日	8:30~17:30	
介護職員	日中	7:00~16:00	9:30~18:30
	夜間	18:30~7:00	
看護職員	日中	8:30~17:30	9:30~18:30
機能訓練指導員	毎日	8:30~17:30	
介護支援専門員	毎日	9:30~18:30	

※土日、祝祭日は上記と異なります。

### (3) 職員の研修体制

職員の資質の向上を図るため、研修委員会を中心として年間研修計画を策定し、定期的な施設内研修や、施設外研修への積極的な参加を行っています。

## 6. サービスの内容及び利用料金

### (1) 介護保険給付対象サービス

#### <サービスの内容>

種類	内容
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 栄養士(管理栄養士)の立てる献立表により、栄養、利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。</li> <li>・ リビングで食事をしていただきますが、ご希望や体調によって、居室で食事を取ることができます。 (食事時間) 朝食 7:30～9:30 昼食 11:30～13:30 夕食 17:00～19:00</li> <li>・ 食事はその人の嚥下機能や咀嚼に応じた形態で提供します。 (普通食・大刻み食・ソフト食・ミキサー食・軟飯・お粥・粥ミキサーゼリー等)</li> <li>・ 行事食: 敬老の日や忘年会等行事の際に、皿鉢料理や鍋料理など提供します。</li> <li>・ 治療上、食事に制限などがある場合は配置医などの食事箋にしたがって提供します。(費用がかかる場合があります)</li> </ul>
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歩行や身体的に障害があり、ご自分でトイレでの排泄が困難な場合、原則としてトイレへ介助によって誘導します。</li> <li>・ 一人ひとりの排泄リズムや身体状態に合った方法で可能な限り援助します。</li> <li>・ 必要に応じて排泄状況の確認を行います。</li> <li>・ 必要に応じて、補助具(ポータブルトイレなど)やおむつを使用し、定期と随時で対応します。</li> </ul>
入浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体機能や体調に応じた浴槽を使います。種類は、個浴、特殊個浴、特殊浴があります。</li> <li>・ 週2回以上の入浴ができます。やむを得ない場合は清拭を行います。</li> </ul>
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 機能訓練指導員により、入所者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又は低下を防止するための訓練を実施します。</li> </ul>
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ できる限り離床に配慮します。</li> <li>・ 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。</li> <li>・ 清潔で快適な生活が送れるよう適切な整容が行われるよう援助します。</li> </ul>

### (2) 利用料金(別紙記載)

### (3) 利用料金の支払い方法

前記(2)の料金・費用は基本的に利用翌月の10日までに請求しますので、1ヶ月以内に下記のいずれかの方法でお支払いください。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>① 窓口で現金払い</li> <li>② 郵便局口座からの自動引き落とし(手数料が発生します)</li> <li>③ 銀行振込 幡多信用金庫 平田支店 普通預金0001335(手数料が発生します)</li> </ul> <p>豊寿園ショートステイサービス 理事長 筒井 大八</p> |
|--|

※保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金(10割)をいただき、サービス提供証明書を発行します。

サービス提供証明書を後日住所地市町村の窓口に出しますと、払い戻しを受けることができます。

## 7. 利用の取り消し

(1)利用者がサービスの利用を取り消す場合は前日までに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先(電話)： 豊寿園 0880-66-1188

(2)利用者の都合でサービスの利用を取り消す場合は、できるだけサービス利用開始日前日の午後5:30までにご連絡ください。

## 8. 営業日及び予約の方法

営業日	毎日 午前8:30～午後6:30まで
予約の方法	窓口でお申し込みかお電話で(居宅介護支援事業所への報告確認)

## 9. 当事業所の経営理念・運営方針

### <経営理念>

私たちは介護サービスの提供を通じて、地域に貢献し、地域に愛され、地域と共に発展する法人を目指します。

### <運営方針>

「3つのやさしさ」を持つ法人運営を行います。

1. 「地域」にやさしい法人であること。
2. 「利用者やご家族」にやさしい法人であること。
3. 働く「職員」に対してやさしい法人であること。

## 10. 医療連携体制

### (1) 協力医療・歯科機関

※当施設と同じ敷地内にあります。

協力病院の名称	医療法人 互生会 筒井病院
所在地	宿毛市平田町戸内1802番地
診療科	内科、整形外科、リハビリテーション科
電話番号	0880-66-0013
協力歯科医院の名称	二神歯科医院
所在地	宿毛市平田町戸内4300番地
電話番号	0880-66-1517

### (2) 看護体制及び緊急時の体制

・利用者の重度化、医療ニーズの増大等に対応するため、看護師1名以上を配置し看護責任者を定め、24時間看護職員との連絡を取れる体制を整え、健康上の管理等を行える体制を確保しています。又、かかりつけ病院への通院等が難しい場合には、併設の病院との協力体制により、緊急時には医師又は看護職員等が24時間連絡、訪問できる体制を確保しています。

### 11. 相談窓口、苦情対応

・当事業所では、社会福祉法第82条の規定により、利用者(又はその家族)からの「苦情」や「ご要望」に対し、適切に対応していくための体制を整えています。

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

苦情受付担当者 (お客様相談窓口)	電話番号	0880-66-1188
	FAX番号	0880-66-1195
	相談員	生活相談員
	対応時間	月～金 8:30～17:30
苦情解決責任者	施設長	上村 晃司
第三者委員	2名任用しています。利用方法については施設内に掲示しています。	

## (2) 苦情の解決方法

### ① 苦情の受付

苦情は面接、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。なお、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。

### 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もって話し合い、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会いを求めることができます。

なお、第三者委員の立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) 高知県運営適正化委員会の紹介

当事業所で解決困難な苦情は、高知県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会(福祉サービス困りごと解決委員会)に申し出ることができます。また公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

高知県運営適正化委員会 (福祉サービス困りごと解決委員会)	電話番号	088-802-2611
	FAX番号	088-872-6211
	対応日時	月曜日～金曜日 9:00～16:00
市町村介護保険相談窓口	所在地	宿毛市希望ヶ丘1番地
	電話番号	0880-72-1234
	FAX番号	0880-72-1720
	対応時間	8:30～17:00
高知県国民健康保険団体 連合会(国保連)	所在地	高知市丸ノ内2丁目6番5号
	電話番号	088-820-8410・8411
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	8:30～17:15

## 1 2. 利用に関する留意点

入居時には、本人に必要な補助具(車椅子、歩行器、ポータブルトイレ)などは施設で用意します。ただし、特別に本人や家族等が希望する補助具等は個人で用意していただきます。また、居室にはベッド、洗面台、タンス、テレビがあります。その他、必要な物の持ち込みは、その都度相談の上決定します。

金銭、貴重品の管理は原則、家族(または代理人等)にお願いしますが、必要に応じて施設でも管理できますのでご相談ください。

## 1 3. ご家族の訪問について

訪問時間 原則 6 : 3 0 ~ 2 1 : 0 0

その時間以外の訪問については、施設に連絡してください。

## 1 4. お酒・喫煙について

原則、飲酒・喫煙は自由です。ただ、飲酒は医師から禁酒されている場合や健康に影響を与える、他の入居者に迷惑かける行為になる場合は、家族とともに話し合って検討します。

喫煙は、火災防止のため、職員がライターやタバコを預かり、決められた場所で喫煙していただきます。

## 1 5. 職員の研修体制

職員の資質の向上を図るため、年間研修計画を策定し、定期的な施設内研修や外部研修に参加できるようにします。

各職種においても定期的・継続的に研修を実施します。

新人職員に対しては、リーダーや主任を中心に教育研修を行い指導していきます。

## 1 6. 虐待防止対策や身体拘束禁止について

身体拘束は、指定介護老人福祉施設のサービス提供に当たり、原則、禁止されています。ただし、生命または身体を保護するため緊急やむを得ず拘束をする場合は、家族の同意を得たうえで、基準に則り、やむを得ない要件を明確にした上で、拘束廃止に向けた検討会を定期的開催します。

虐待防止は、高齢者虐待防止法に則り、職員教育などに力をいれて、資質向上や倫理観を高めるように努めます。また、虐待の疑いが発生した場合は厳密に対応します。

### 17. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 愛生福祉会 豊寿園
代表者氏名	施設長 上村 晃司
本社所在地	宿毛市平田町戸内1813番地1
業務の概要	施設介護サービス
事業所数	6

### 18. 事故発生時の対応

介護予防短期入所生活介護利用者に対する介護予防短期入所生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡をし、必要な措置を行い、それを記録します。

入居者の生命・身体・財産などに損害が発生した場合、原因究明を行い、事業者の過失が認められた場合に速やかに入居者に対して損害を賠償します。但し、入居者側に過失があった場合は、賠償責任を負いません。

(例) 自己責任と認められる場合等

### 19. 第三者評価システムの導入

現在当事業所での第三者評価機関の導入は行っていません。

#### 【説明確認欄】

令和6年 月 日

介護予防短期入所生活介護契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 宿毛市平田町戸内1813番地1

事業者名 豊寿園ショートステイサービス

説明者 宮口 雅吉 印

介護予防短期入所生活介護契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

利用者 住所

氏名 印

(利用者の家族) 住所

氏名 印

## 個人情報使用同意書

私（及び私の家族）の個人情報については、下記に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用されることに同意します。

### 記

#### 1. 使用する目的

私の施設入居のために必要な情報をケアの質の向上の為、職員間との報告の共有やカンファレンス、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。（写真等の使用する場合はその都度確認します）

#### 2. 使用する期間

令和6年 月 日から契約終了まで

#### 3. 条 件

個人情報の取得、提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

令和6年 月 日

指定介護予防短期入所生活介護  
豊寿園ショートステイサービス 様

(利用者) 住所  
氏名 印

(代筆者) 住所  
氏名 印

(続柄 : )

(利用者の家族) 住所  
氏名 印

(別紙)

豊寿園ショートステイサービス(予防)

<サービス利用料金>

介護保険給付対象サービスを利用する場合は、1日あたり下記の自己負担額をお支払いいただきます。(ただし、食費、居住費は基本的に給付対象外です。)

要介護度		要支援 1	要支援 2
サービス費 (個室)		4,510円	5,610円
サービス費 (多床室)		4,510円	5,610円
機能訓練指導体制加算		120円	120円
サービス提供体制強化加算 I イ		220円	220円
上記サービス費に係る自己負担額(個室) 1割		485円	595円
上記サービス費に係る自己負担額(多床室) 1割		485円	595円
上記サービス費に係る自己負担額(個室) 2割		970円	1,190円
上記サービス費に係る自己負担額(多床室) 2割		970円	1,190円
上記サービス費に係る自己負担額(個室) 3割		1,455円	1,785円
上記サービス費に係る自己負担額(多床室) 3割		1,455円	1,785円
介護職員処遇改善加算 I		1ヶ月のサービス費、加算の合計の14%(1割・2割・3割)	
居住費 (個室)	1段階	1日 380円(生活保護受給者及び老齢福祉年金受給者で住民税世帯非課税者)	
	2段階	" 480円(住民税世帯非課税者で課税年金、所得年額80万円以下)	
	3段階	" 880円(住民税世帯非課税者で課税年金、所得年額80万円～266万円)	
	4段階	" 1,231円(住民税世帯課税者)	
居住費 (多床室)	1段階	1日 0円(生活保護受給者及び老齢福祉年金受給者で住民税世帯非課税者)	
	2段階	" 430円(住民税世帯非課税者で課税年金、所得年額80万円以下)	
	3段階	" 430円(住民税世帯非課税者で課税年金、所得年額80万円～266万円)	
	4段階	" 915円(住民税世帯課税者)	
食費	1段階	1日 300円(生活保護受給者及び老齢福祉年金受給者で住民税世帯非課税者)	
	2段階	" 390円(住民税世帯非課税者で課税年金、所得年額80万円以下)	
	3段階①	" 1,000円(住民税世帯非課税者で課税年金、所得年額80万円～120万円)	
	3段階②	" 1,300円(住民税世帯非課税者で課税年金、所得年額120万円以上)	
	4段階	" 1,455円(住民税世帯課税者)	
食費内訳	朝食 400円	昼食 525円	夕食 400円
その他の加算	加算条件		介護給付額 自己負担額(1割・2割)
送迎加算	送迎可能地域(宿毛市、四万十市、三原村) 日時、地域によって送迎できない時があります。		片道1,840円 片道184円・ 368円・552円
療養食加算	医師の指示に基づく療養食を提供した場合に1日に3回を限度として加算。		1回80円 1回8円・ 16円・24円

在宅中重度者受入加算	短期入所中も訪問看護サービスを受けられる体制を確保した場合。	1日4,250円	1日425円・ 850円・1,275円
若年性認知症利用者 受入加算	初老期における認知症によって要介護となった利用者を 対象として加算。	1日1,200円	1日120円・ 240円・360円
認知症行動・心理 症状緊急対応加算	医師が認知症の行動・心理症状が認められるため在宅生活が困難であり、緊急に 利用することが適当と判断した場合に利用開始日から7日を限度として加算。	1日2,000円	1日200円・ 400円・600円
緊急短期入所受入加算	居宅サービス計画に無い短期入所を緊急に行った場合に7日を限度として加算	1日900円	1日90円・ 180円・270円

\* 居住費、食費について、介護保険負担限度額認定証を受けている場合に認定証に記載されている負担額となります。保険者である市町村に申請して介護保険負担限度額認定証の交付を受けないと減額の対象とはなりません。又、当施設では社会福祉法人の減免制度を実施していますので保険者である市町村に申請して減免の対象になる場合があります。

\* 食事、居住費に係るその他の負担軽減の基準

① 配偶者が住民税を課税されている場合には世帯が同じかどうかは問わず負担軽減の対象外となります。

② 預貯金等の金額が次の基準額を超える場合には負担軽減の対象外となります。

・ 年金収入等80万円以下→単身650万円

配偶者がいる方：合計1,650万円以上

・ 年金収入等80万円超120万円以下→単身550万円

配偶者がいる方：合計1,550万円以上

・ 年金収入等 120万円超(非課税)→単身500万円

配偶者がいる方：合計1,550万円以上