

(指定介護予防短期入所生活介護事業及び指定短期入所生活介護事業)
 ショートステイはまゆう 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
 介護保険指定番号―青森県指定第0272000480号

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 わとなーる
 (2) 所在地 青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田397番地
 (3) 電話番号 0174-27-3445
 (4) FAX 0174-27-3457
 (5) 代表者 理事長 村元 裕
 (6) 設立年月日 平成9年4月1日

2. 利用施設

- (1) 施設名 ショートステイはまゆう
 (2) 所在地 青森県東津軽郡外ヶ浜町字蟹田川原添2番地3
 (3) 電話番号 0174-31-1871
 (4) FAX 0174-22-3993
 (5) 施設種類 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護
 (6) 施設長 川崎 恵美
 (7) 利用定員 併設型10名 空床利用型29名
 (介護予防短期入所生活介護事業を含む。)
 (8) 通常の送迎の実施地域 外ヶ浜町・蓬田村・青森市・今別町

3. 職員配置

職名	資格	常勤	非常勤	計
施設長	社会福祉施設長資格	1名		1名
介護支援専門員	主任介護支援専門員	1名		1名
生活相談員	介護支援専門員	1名		1名
栄養士	栄養士	1名		1名
・・・ 介護職員 職員	看護師	0名	1名	1名
	准看護師	0名	2名	2名
	介護福祉士	15名		15名
	ヘルパー1～2級修了者	4名		4名
	3級修了者			
	その他	1名		1名
機能訓練指導員 (看護師兼務)	看護師	名	1名	1名

4. 施設の概要

居室	ユニット形式		静養室	1室
	個室	10室	医務室	1室
	リビング	1室	地域交流スペース	
浴室	一般浴と特殊浴槽があります。			

5. 提供するサービス内容

(1) 食事

朝食 8:00～9:00
昼食 12:00～13:00
夕食 17:00～18:00

※ただし、入所者の生活習慣や希望に合わせた時間に提供することも可能とする。

(2) 入浴

週2回以上実施します。

(3) 介護

利用者個々のケアプランに基づき、介護サービスを提供します。排泄については、利用者の状況に応じて介助を行い、自立についても適切な援助を行ないます。寝たきり防止のため、体調を考慮した上でできる限り離床を行ないます。利用者個々を尊重し、適切な整容が行なわれるように援助します。

(4) 機能訓練

機能訓練指導員を配置し、身体機能の低下予防のため、利用者の状況に応じた機能訓練を行ないます。

(5) 生活相談

生活相談員を配置し、家族の相談及び本人の希望について可能な限り必要な援助を行なうように努めます。

(6) 健康管理

医師・看護師を配置し、日々の生活を安心して送れるよう健康管理に努めます。

(7) 栄養管理

栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう各利用者の状態に応じた栄養の管理を計画的に行います。

(8) 口腔衛生管理

口腔内の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各利用者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。

(9) 特別食の提供

利用者から注文があれば、実施できるものについて相談しながら実施します。

(10) 理容サービス

月に1回、第4月曜日に理容師の出張サービスがあります。

(11) レクリエーション

活気や潤いのある生活を送れるよう、季節に応じ園内・外の活動を企画します。

6. 利用料金

(1) 併設型介護予防短期入所生活介護費（1日あたりの基本（単位：円／日）

	要支援1	要支援2
ユニット型個室	529	656

(1) ※連続3日以上利用した際の介護費（1日あたりの基本料金）

要支援1	ユニット型介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数の75%の単位数
要支援2	ユニット型介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数の93%の単

(2) 併設型短期入所生活介護費（1日あたりの基本料金）（単位：円／日）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型個室	704	772	847	918	987

(2) ※連続長期利用61日以降の介護費（1日あたりの基本料金）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型個室	670	740	815	886	955

(3) 滞在費 【ユニット型個室】

（負担段階第1段階～第4段階に区分されます）

（単位：円／日）

	負担限度額			基準費用額
負担段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
ユニット型個室	880	1,370	1,370	2,066

(4) 食費 ・ ・ ・ ・ ・ 朝 400円 昼 480円 夕 500円
(負担段階第1段階～第4段階に区分されます) (単位：円/日)

	負担限度額			基準費用額
負担段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食 費	600	1,000	1,300	1,445

(5) 送迎代 (片道1回) 1回 184円

(6) 理美容代 実費

(7) 電気使用量 (待機電力必要) テレビ・ビデオ・冷蔵庫など
1日当たり15円

電気使用量 (待機電力不要) 電気毛布など
1日当たり10円

※上記以外の電化製品の電気使用量はその都度ご相談させていただきます。

(8) 日常生活費

1日当たり60円

(風呂・洗濯の水道代、風呂用洗剤、洗濯用洗剤、ボディーソープ、
シャンプー、トイレットペーパー、箱ティッシュ、台所用洗剤、
トイレ用洗剤、歯ブラシ、歯磨き粉など)

(9) 利用料金の支払方法は銀行振込、又は口座引落とし (ゆうちょ銀行口、農協) です。

7. 入所中の医療の提供

(1) 協力医療機関

医療機関の名称

外ヶ浜町国民健康保険 外ヶ浜中央病院

所在地

青森県東津軽郡外ヶ浜町字下蟹田42-1

診療科

内科 整形外科 外科

(2) 協力歯科医療機関

① 医療機関の名称

外ヶ浜国民健康保険 外ヶ浜中央病院

所在地

青森県東津軽郡外ヶ浜町字下蟹田42-1

診療科

歯科

② 医療機関の名称

たきさわ歯科クリニック

所在地

青森県青森市油川浪岸3

診療科

歯科

8. 利用中の中止

利用途中にサービスを中止し退所する場合、退所日までの日数を基に計算します。

以下の場合、利用途中でもサービスを中止することが在ります。

①利用者が中途退所を希望した場合

②入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合

③利用中に体調が悪くなった場合

9. サービス利用方法

(1) サービスの利用申込み

まずは担当の介護支援専門員に利用希望日をお知らせください。介護支援専門員からの連絡を受け予約完了となります。（満床の際は利用をお断りする場合があります。）

（２）サービス利用計画の終了

①お客様の都合でサービス利用計画を終了する場合

実際に短期入所生活介護をご利用中でなければ、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終了し、予約は無効となります。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合
- ・介護保険給付でサービスを受けているお客様の要介護区分が、非該当と認定された場合

③その他

お客様がサービス利用料金の支払いを３ヶ月以上延滞し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、お客様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がたい程の背信行為を行なった場合は、サービス利用契約を終了させていただきます。

10. 緊急時の対応

ご利用者の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、ご家族の方にご連絡いたします。

緊急連絡先			
氏 名		続 柄	
住 所			
電 話 番 号			

11. 事故発生時の対応

ご利用者に事故が発生した場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方及び市町村、居宅介護支援事業者に速やかにご連絡いたします。

12. 非常災害時の対策

（１）非常時の対応

特別養護老人ホームはまゆう消防計画、業務継続計画により対応します。

（２）防災設備

スプリンクラー・屋内消火栓・消火器・防火扉・自動火災報知機・非常警報装置・誘導灯・非常用自家発電設備・蓄電池設備

（３）防災訓練

年２回以上、夜間及び自然災害を想定した避難訓練を実施しています。

（４）防火管理者 **川崎 恵美**

13. サービス内容に関する苦情

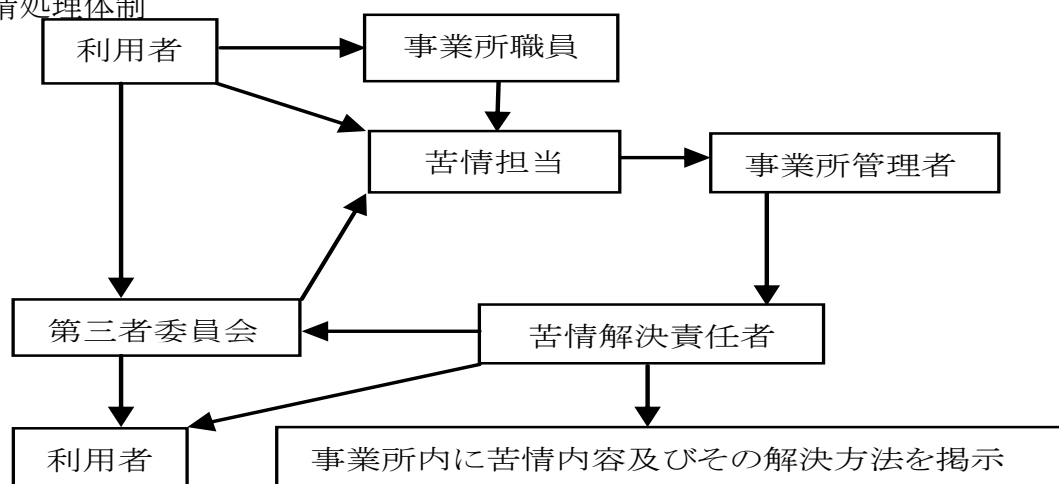
（１）当事業所お客様相談・苦情担当者及び責任者

責任者 **川崎 恵美** 担当 坂井 優

電話番号 0174-31-1871

受付時間 午前９時００分～午後６時００分

(2) 苦情処理体制



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村又は青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- 1) 市町村名 外ヶ浜町役場
担 当 福祉課
電話番号 0 1 7 4 - 2 2 - 2 9 4 1
- 2) 市町村名 蓬田村役場
担 当 住民課
電話番号 0 1 7 4 - 2 7 - 2 1 1 1
- 3) 市町村名 青森市役所
担 当 健康福祉部 高齢介護保険課
電話番号 0 1 7 - 7 3 4 - 5 3 6 2
- 4) 市町村名 今別町役場
担 当 町民福祉課
電話番号 0 1 7 4 - 3 5 - 3 0 0 4
- 5) 市町村名 中泊町役場
担 当 福祉課
電話番号 0 1 7 3 - 5 7 - 2 1 1 1
- 6) 青森県国民健康保険団体連合会
担 当 苦情処理委員会
電話番号 0 1 7 - 7 2 3 - 1 3 3 6
- 7) 福祉サービス運営適正化委員会
電話番号 0 3 - 3 2 6 8 - 1 1 4 8

14. 当施設のサービスを受けていただくための留意事項

(1) 面会

面会時間は原則として自由です。但し、感染症が流行している時期などは面会を制限していただく場合があります。

(2) 外出

外出をされる場合は、行き先と時間を職員にお申し出ください。但し、感染症が流行している時期などは、外出を控えていただく場合があります。

(3) 持参品・金品

自分の居室に納まる分は持ち込み自由です。ただし、契約者又は他の利用者の生活に著しく支障や危険を負わせる可能性があるとは判断された物に関しては、持ち込

むことができません。あらかじめ施設側にご相談下さい。

(4) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。

(5) 施設・設備

施設・設備を著しく破損又は汚した場合には、修理に係る費用をお支払いいただく場合があります。

(6) 喫煙

施設内は全面禁煙です。

15. 秘密の保持について

- (1) 事業者および従業者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及び家族の秘密を漏らしません。
- (2) 従業者であったものは、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及び家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者は、利用者の医療上緊急の必要がある場合またはサービス担当者会議で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者または家族の個人情報を用います。

16. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任により契約者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償いたします。但し、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者のおかれた心身の状況を鑑み、相当と認められるときに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合もあります。なお、当事業所は東京海上日動火災保険(株)と損害賠償責任保険契約を結んでおります。

令和 年 月 日

短期入所生活介護事業所はまゆの介護予防短期入所生活介護サービス及び短期入所生活介護サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

所在地 青森県東津軽郡外ヶ浜町字蟹田川原添 2 番地 3
名 称 ショートステイはまゆう

説明者 氏名 _____ 印 _____

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防短期入所生活介護事業及び短期入所生活介護事業についての重要事項の説明を受け、説明内容及びサービスの利用ならびに計画の作成の為の個人情報の提供について同意いたします。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

家族又は代理人 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

続柄 _____