

(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)

ショートステイ わとなーる桜川

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。
介護保険事業所番号 第1370202523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8年4月1日

2. 当該施設

- (1) 施設名 ショートステイ わとなーる桜川
- (2) 所在地 東京都中央区入船1丁目1番13号
- (3) 電話番号 03-6275-2714
- (4) FAX 03-6275-2713
- (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) 管理者 塩手 慈孝
- (7) 利用定員 併設型 8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 中央区

3. 職員配置

職 名	人 数
管理者	1人(常勤)
介護支援専門員	1人以上(常勤)
生活相談員	1人以上(常勤)
栄養士	1人以上(常勤・非常勤)
看護職員	1人以上(常勤・非常勤)
介護職員	9人以上(常勤・非常勤)
機能訓練指導員	1人以上(非常勤)
医師	1人以上(非常勤)

※看護職員・介護職員の人数は常勤換算後の人数

4. 居室の概要

居室	ユニット形式		相談室	1 室
	個室	8 室	医務室	1 室
	リビング	1 室	地域交流室	1 室
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 : 0 0 ~ 1 0 : 0 0

昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 4 : 0 0

夕食 1 7 : 3 0 ~ 1 9 : 3 0

※ただし、入居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

毎週 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) 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。

(8) 理容サービス

月に 1 回、理容師の出張サービスがあります。

(9) レクリエーション

活気や潤いのある生活を送れるよう、季節に応じ施設内・外の活動を企画します。感染症の流行期に実施する場合は、十分な予防対策を行います。

6. 利用料金

(1) 併設型介護予防短期入所生活介護費（1日あたりの自己負担額）

（単位：円／日）

	要支援 1	要支援 2
ユニット型個室	6 6 7	8 2 7

(2) 併設型短期入所生活介護費（1日あたりの自己負担額）

（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	8 8 7	9 7 3	1, 0 6 8	1, 1 5 7	1, 2 4 4

*（1）（2）の生活介護費は介護職員等処遇改善加算（単位数×13.6%）を加え、地域区分11.10円を乗じた額です。

*連続して30日を超えている場合、1日につき30単位を減算とします。

(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1段階	第2段階	第3段階	第4段階
ユニット型	8 2 0	8 2 0	1, 3 1 0	2, 0 6 6

(4) 食 費 ・ ・ ・ ・ ・ 一日 1, 3 8 0 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1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食 費	3 0 0	6 0 0	1, 0 0 0	1, 3 0 0	1, 4 4 5

(5) 加算項目

日単位

		単位数	1日あたりの介護報酬 (円)	1日あたりの自己負担額(円)		
				1割負担	2割負担	3割負担
緊急短期入所受入加算		9 0	9 9 9	1 0 0	2 0 0	3 0 0
看護体制加算 (介護予防を除く)	(Ⅰ)	4	4 4	5	9	1 4
	(Ⅱ)	8	8 8	9	1 8	2 7
	(Ⅲ)イ	1 2	1 3 3	1 4	2 7	4 0
	(Ⅳ)ロ	2 3	2 5 5	2 6	5 1	7 7
夜勤職員配置加算 (介護予防を除く)	(Ⅱ)	1 8	1 9 9	2 0	4 0	6 0
	(Ⅳ)	2 0	2 2 2	2 3	4 5	6 7
個別機能訓練加算		5 6	6 2 1	6 3	1 2 5	1 8 7
機能訓練体制加算 (介護予防を除く)		1 2	1 3 3	1 4	2 7	4 0
若年性認知症入居者受入加算		1 2 0	1, 3 3 2	1 3 4	2 6 7	4 0 0

医療連携強化加算		5 8	6 4 3	6 5	1 2 9	1 9 3
認知症行動・心理症状緊急対応加算		2 0 0	2, 2 2 0	2 2 2	4 4 4	6 6 6
在宅中重度者受入加算 (介護予防を除く)	看護体制加算(Ⅰ)を算定し、看護体制加算(Ⅱ)を算定していない場合	4 2 1	4, 6 7 3	4 6 8	9 3 5	1, 4 0 2
	看護体制加算(Ⅰ)を算定せず、看護体制加算(Ⅱ)を算定している場合	4 1 7	4, 6 2 8	4 6 3	9 2 6	1, 3 8 9
	看護体制加算(Ⅰ)を算定し、看護体制加算(Ⅱ)も算定している場合	4 1 3	4, 5 8 4	4 5 9	9 1 7	1, 3 7 6
	看護体制加算(Ⅰ)も看護体制加算(Ⅱ)も算定していない場合	4 2 5	4, 7 1 7	4 7 2	9 4 4	1, 4 1 6
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	2 2	2 4 4	2 5	4 9	7 4
	(Ⅱ)	1 8	1 9 9	2 0	4 0	6 0
	(Ⅲ)	6	6 6	7	1 4	2 0
認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	3	3 3	4	7	1 0
	(Ⅱ)	4	4 4	5	9	1 4
生活相談員配置加算		1 3	1 4 4	1 5	2 9	4 4
認知症行動・心理症状緊急対応加算		2 0 0	2, 2 2 0	2 2 2	4 4 4	6 6 6

月単位

		単位数	1月あたりの介護報酬(円)	1月あたりの自己負担額(円)		
				1割負担	2割負担	3割負担
生活機能向上連携加算	個別機能訓練加算を算定している場合	1 0 0	1, 1 1 0	1 1 1	2 2 2	3 3 3
	個別機能訓練加算を算定していない場合	2 0 0	2, 2 2 0	2 2 2	4 4 4	6 6 6

回単位

	単位数	1回あたりの介護報酬(円)	1回あたりの自己負担額(円)		
			1割負担	2割負担	3割負担
療養食加算(1日3回まで)	8	8 8	9	1 8	2 7
送迎加算(片道1回当たり)	1 8 4	2, 0 4 2	2 0 5	4 0 9	6 1 3

*自己負担額は、法定代理受領サービスとして介護報酬の1割又は2割です。(2割に該当する方は別紙料金表参照)

*算定要件を満たした場合に算定するので、加算項目を変更する場合があります。

*処遇改善加算(Ⅰ)

当該サービスの月の利用単位数×83／1000の1割が負担額です。

*特定処遇改善加算(Ⅱ)

当該サービスの月の利用単位数×23／1000の1割が負担額です。

*地域区分単価 (1単位に11.10円を乗じます。)

(6) 送迎代(片道1回) 1回 184円

(7) 個別サービス利用料金

項 目	内 訳	料 金
理美容サービス	カット	実 費
	カット(ひげそり)	実 費
クラブ活動	講師謝礼 等	実 費
	作業材料費	実 費
レクリエーション 行 事	花見・夏祭り・敬老会・新年会 等	実 費
電気製品 個別使用料	テレビ(個人で使用するもの)	1日 20円
	冷蔵庫(個人で使用するもの)	1日 40円
	DVDプレイヤー(個人で使用するもの)	1日 10円
	パソコン(個人で使用するもの)	1日 10円
	電気補助暖房器(電気毛布、電気アンカ 等個人で使用するもの)	1日 100円
教養娯楽費	参加者を募って実施するクラブ活動等	実 費
交通費	買い物・諸手続代行	実 費

*その他個別で希望されたサービスについては、その都度実費をいただきます。

*その他、個別で必要とする物(ただしオムツを除きます)につきましては、その都度実費をいただきます。

(8) 追加的費用

追加費用	サービス内容	料 金
希望食	希望メニューに応じて	実 費
特別食	特別献立および特別食材	実 費

(9) 日常生活費

項 目	内 訳		料 金
日常生活費	パックⅠ	洗顔タオル、歯ブラシ、歯磨き粉	40円 ／日
	パックⅡ	洗顔タオル、入歯洗浄剤、入歯安定剤	60円 ／日

(10) 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)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	医療法人社団 葛西中央病院
所在地	東京都江戸川区船堀7-10-3
診療科	内科 整形外科 泌尿器科

(2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人社団 聖陵会 上中里駅前歯科
所在地	東京都北区上中里1-37-15 大林フローラ上中里1階
診療科	歯科 矯正歯科 小児歯科 歯科口腔外科

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。

- ・長期の旅行、外出、入院等で連絡が取れない場合は事前にお知らせをお願いします。
- ・連絡先の変更については都度申告して下さい。

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わとなーる桜川消防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

塩手 慈孝

13. サービス内容に関する苦情

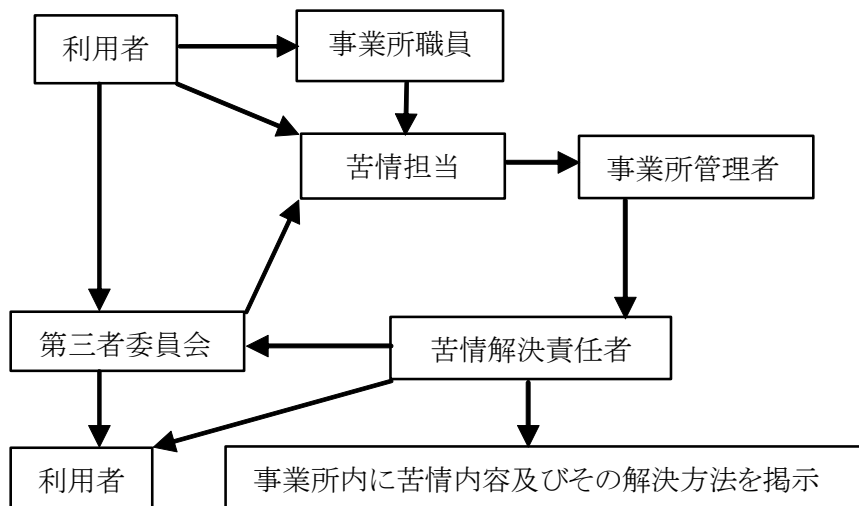
(1) 当事業所お客様相談・苦情担当者及び責任者

責任者 塩手 慈孝 担当 井草 輝美

電話番号 03-6275-2714

受付時間 10時00分～17時00分

(2) 苦情処理体制



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの区市町村又は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) 中央区役所

担 当 介護保険課指導担当

電話番号 03-3546-5749 (平日8:30~17:00)

2) 国民健康保険団体連合会

担 当 介護保険サービス苦情相談窓口

電 話 03-6238-0177 (平日9:00~17:00)

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10:00から18:00ですが、それ以外の時間もご連絡を頂ければ可能な限り対応致します。感染症の流行期は対面での面会をお断りさせて頂くことがあります。

(2) 外出・外泊

外出・外泊をされる場合、行先と時間を職員にお申し出ください。

(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ると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

契約終了時に経年劣化や日常生活における通常損耗の場合は、居室を契約時と同様に現状回復する必要はありません。万が一故意・過失、その他通常の使用を超えるような使用による損耗・毀損においては、サービスに対する利用料金と別途、修繕費を支払うものとします。

(6) 喫煙

施設内は全館禁煙です。

(7) 遺留品

退所時に遺留品がある場合は原則として全て契約者及び身元引受人に引き取って頂きます。例外的に事業者が処分依頼を受けるときは、処分費用の負担をして頂きます。また、遺留品の一覧を作成し双方が確認することとします。

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にあたり知り得た利用者及び家族の秘密を漏らしません。

(2) 従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者およ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うえで、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、当事業所は損保ジャパン日本興亜（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わとなーる桜川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 東京都中央区入船 1 - 1 - 13
名 称 ショートステイ わとなーる桜川

説明者 井草 輝美 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

ご家族又は代理人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____