

せ い り よ う 園

シ ョ ー ト ス テ イ 利 用 の し お り

(指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護重要事項説明書)

介護保険事業所番号 2 8 7 2 2 0 0 5 5 1

せ い り よ う 園 シ ョ ー ト ス テ イ 事 業

☎ 0 7 9 - 4 2 1 - 7 1 5 6

1 短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護の方針と内容

短期入所生活介護事業及び介護予防短期入所生活介護事業を実施するに当たっては、要援護高齢者が一個の社会人として、本人固有の社会関係を維持継続しながら自宅で生活できるように、本人と家族の意向を尊重し、その生活環境や人間関係に配慮しながら、ケアプランに沿って日常生活上の世話と機能訓練を実施します。高齢者本人の持つ生活力・生命力を十二分に発揮してもらう事を目標とし、社会人としてそのベストを尽くし、尊厳のある生活を実現できるように支援します。利用者を尊敬し、尊重し、その人らしい生活を支える事を第一に考えて、懇切丁寧に行います。利用に際しては健康診断書を提出して戴き、健康状態の把握に努めます。

緊急やむを得ない場合を除き、利用者の行動を制限する行為は行いません。認知症の症状や身体機能の低下を考慮すれば、不慮の事故が起きる可能性も否定できませんが、常に自立支援の原点に立ち戻り、生活の質を高めることを目指して介護します。

- ① 身体介護・・・入浴・清拭は1週間に2回以上行い、食事・排泄・離床・整容等の介護・援助を適切に行います。
- ② 食事の提供・・・高齢者の特性や利用者の嗜好を考慮し、十分なカロリーと栄養成分に富み、消化・吸収の実を上げるように努めます。
- ③ 介護計画・・・利用者の心身・環境等を踏まえて、サービスの目標・内容等を記載した個別の短期入所生活介護計画を作成し、利用者に説明します。
- ④ 機能訓練・・・日常生活に必要な生活機能と生活意欲の維持改善をめざして、按摩マッサージ指圧師を中心に機能訓練を行います。
- ⑤ 健康管理・・・常に利用者の健康状態の把握に努め、必要に応じて検査や適切な措置を講じ、記録を整備し、適切な助言や必要な指導を行います。

2 職員の職種及び員数

① 管理責任者	1 名（特養せいりょう園施設長の兼務）
② 医師	1 名（非常勤・嘱託）
③ 生活相談員	1 名（常勤）
④ 看護師	1 名以上（常勤換算）
⑤ 介護員	7 名以上（常勤換算）
⑥ 機能訓練指導員	1 名（常勤）
⑦ 管理栄養士	1 名（常勤）
⑧ 調理員	必要数
⑨ 事務員	必要数

3 利用定員・・・20名

4 通常の送迎実施地域は、加古川市、高砂市、加古郡とします。

5 緊急時等の対応

急変・事故等が発生した場合、緊急に必要な手当を講ずると共に、状況に応じて

- ① かかりつけの主治医に連絡して必要な指示を求めます。
- ② 協力医療機関・救急当直病院等に連絡して治療を要請します。
- ③ 警察・消防署に連絡します。
- ④ 市町村、家族、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター等に連絡します。

6 非常災害対策

- （1）火災・地震等の非常災害時に備えて、非常食・飲み水等を一定量常に用意し、
- （2）年に2回、消火訓練・避難訓練等の非常災害想定の実施を行います。

7 利用料

- （1）保険適用の場合は、「別紙1」のとおり短期入所生活介護給付費をいただきます。

なお、介護報酬の改定のあった場合は、その都度負担額を変更いたします。

- （2）食費として、利用者負担段階に応じて下記のとおりいただきます。

《Ⅰ》利用者負担段階が第1段階から第3段階までの方は「負担限度額認定証」を提示することにより、1日につき下記のとおりいただきます。

第1段階 300円

第2段階 600円

第3段階 1,000円または1,300円

《Ⅱ》上記以外の方は1日1,800円（朝食520円・昼食640円・夕食640円）をいただきます。

なお、欠食につきましては5日前までの届け出をお願いいたします。

(3) 滞在費として、利用者負担段階に応じて1日につき下記のとおりいただきます。

第1段階 負担なし

第2段階 430円

第3段階 430円

上記以外 950円

(4) 特別な生活費として個人で使う電気器具の使用料（1台50円）をいただきます。

(5) ジュース・お酒・ビール・特別注文の食事等は、自費で購入願います。

(6) 理容師または美容師をご利用されたときは、それぞれの提示する金額（現行2,500円）をお支払いください。

(7) 衣類・歯ブラシ等、個別の生活用品は持参していただくか、自費で購入していただきます。（おむつ・おむつカバー等介護用品は介護費に含みます）

(8) 個別に希望する趣味活動に要する材料等は、自費で購入していただきます。

(9) 介護保険の限度以上に利用される場合は、保険基準額を実費でいただきます。

(10) 入所の変更や取り消しは、前日までにご連絡ください。取り消し料は無料です。

(11) 当日での入所取り消しの場合は、原則として保険基準額の50%について支払いをお願いします。お迎えにお伺いした場合での取り消しについては、更に別途往復送迎費3,680円を頂きます。ただし、やむを得ぬ理由の場合には、ご相談の上配慮致します。

(12) 利用中には、いつでもこの契約を変更及び中止することができます。

(13) 保険が適用されない場合、及び償還払いによる利用の場合は、保険基準額の全額をお支払い戴きます。償還払いの時は必ず領収書を保管して下さい。

(14) 費用の支払いは、月毎に発行する請求書により、翌月の25日までに現金支払い

か郵便引き落とし（毎月２５日）、指定する銀行口座への振り込みによりお願い
します。

8 苦情の申立

サービスについて苦情がある場合は、当法人の介護相談室にお申し出下さい。迅速に処
理いたします。TEL（０７９）４２４－３４３３

また、下記の苦情処理機関に申し立てができます。

加古川市介護保険課 TEL（０７９）４２７－９１２４

加古川市高齢者・地域福祉課 TEL（０７９）４２７－７９２８

（加古川市加古川町北在家２０００加古川市役所内）

兵庫県国民健康保険団体連合会 TEL（０７９）３３２－５６１７

（神戸市中央区三宮町１丁目９番１－１８０１号センタープラザ内）

兵庫県監査指導課 TEL（０７９）４２１－９１０８

（加古川市加古川町天神木９７－１加古川総合庁舎内）

せ い り ょ う 園

シ ョ ー ト ス テ イ 利 用 受 付 票

令和 年 月 日

「せいりょう園ショートステイ利用のしおり」により重要事項の説明を受け、事業者がサービス担当者会議等において個人の情報提供を行う場合もありうる事について同意し、利用を申し込みます。

利用者 住所 _____

氏名 _____ (印)

代筆者 住所 _____

氏名 _____ (印)

立会人 住所 _____

氏名 _____ (印)

上記利用者に対し、別添「せいりょう園ショートステイ利用のしおり」及び、ケアプランについて説明し、事業概要やサービス内容を確認の上、サービスの開始に同意を得たので、利用を受け付けます。

利用開始予定日 令和 年 月 日

介護保険事業所番号 2 8 7 2 2 0 0 5 5 1

せいりょう園ショートステイ事業

管理者 福 井 哲 史

説明者の職 _____

氏名 _____ (印)