

ショートステイ葛飾敬寿園

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所

重要事項説明書

あなたに対するサービス提供開始にあたり、厚生労働省令第に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業主体概要

名 称	社会福祉法人 敬寿会	
所 在 地	〒990-0033 山形県山形市諏訪町2丁目1番25号	
法 人 種 別	社会福祉法人	
代 表 者	職 名	理事長
	氏 名	金澤 壽香
電 話 番 号	023-664-2141	

2 ご利用施設

施 設 の 名 称	ショートステイ葛飾敬寿園	
施設の所在地	〒125-0051 東京都葛飾区新宿3丁目19番19号	
管 理 者	職 名	施設長
	氏 名	渡部 賢一
電 話 番 号	03-3600-1551	
F A X 番 号	03-5648-3266	

3 事業の目的と運営の方針

事 業 の 目 的	利用者の家族の都合、または家族の身体的及び精神的な負担の軽減等を図るために、要介護者、要支援者を対象に(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	利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、日常生活上の世話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。

4 施設の概要

(1)敷地及び建物

敷 地		1,592.19㎡
建物	構 造	鉄骨造3階建(耐火建築)
	延べ床面積	2,366.16㎡
	利用定員	9名

(2)居室等の設備概要

当事業所では、以下の居室・設備をご用意しております。

居室・設備の種類	室数等	面積	備 考
居室(1人部屋)	9室	21.78㎡	トイレ、洗面台
浴室	2室(2階・3階)	18.15㎡	特定施設入居と共用
浴室	1室(1階)	15.96㎡	特定施設入居と共用
リビングダイニング	1室	67.87㎡	キッチン完備

※各部屋の配置・構造については、パンフレット等をご参照ください。

5 職員の配置状況

職員の配置については、指定基準を遵守しております。

職 種	配置数	備 考
1. 管理者	1名	
2. 生活相談員	1名以上	
3. 介護職員	3名以上	※常勤換算3名以上の配置
4. 看護職員	2名以上	特定施設入居者生活介護との兼務
5. 管理栄養士	1名	特定施設入居者生活介護との兼務
6. 医師	1名	非常勤 ※えがおホームクリニック

6 職務内容

職 種	職 務 内 容
1. 管理者	事業所の管理業務。
2. 生活相談員	ご利用者の悩みごとの傾聴、相談、情報提供。
3. 介護職員	ご利用者の介護、相談、援助。
4. 看護職員	健康管理、医療的対応、ご利用者の介助。
5. 管理栄養士	栄養管理、献立の作成。
6. 医師	※嘱託医師

7 職員の勤務時間

職 種	勤 務 時 間
1. 管理者	常勤 8:30～17:30
2. 生活相談員	常勤 8:30～17:30
3. 介護職員	早番(A1.A2.A3)7:00～16:00 日勤(B1.B2.B3.B4)8:30～17:30 遅番(C1.C2.C3.C4)10:00～19:00 遅番(D1.D2.D3)12:00～21:00 夜勤(L1)16:30～9:30(S1)21:30～6:30(S2)22:00～7:00 非常勤職員 ※ご利用者の状況に合わせて変動
4. 看護職員	常勤 8:30～17:30 非常勤職員
5. 管理栄養士	常勤 8:30～17:30 ※特定施設入居者生活介護事業所との兼務

8 営業日

営 業 日	年中無休
-------	------

9 施設サービス、利用料金の概要、お支払い方法について

(1)介護保険給付サービス

種 類	内 容	利 用 料
食事の介助	・ご利用者栄養と身体状況に配慮した食事を提供いたします。 ・食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるように配慮いたします。	法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証の記載に基づく額の支払いを受けるものとします。
排せつの介助	・ご利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。	
入浴の介助	・週数回の入浴又は清拭を行います。 ・ご利用者の希望や体力に配慮いたします。	
健康管理	・バイタル測定など、ご利用時の健康確認を行います。 ・ご利用者に容態の変化等があった場合は、ご家族等に連絡するほか、緊急時等は医療機関と連携いたします。	
相談及び援助	・当施設は、ご利用者及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。	

(2)介護保険給付の対象とならないサービスがあります。

(3)(介護予防)短期入所生活介護費および加算は別紙月額料金表を参照ください。

(4)利用料金お支払い方法

- ・前記(1)～(3)の料金、費用は1ヵ月毎に計算いたします。(月末締め)
- ・前月の利用料等の請求書を毎月20日前後に送付いたします。

ア)口座振替【毎月1日】

(振替日が金融機関の休日となる場合は翌営業日となります。)

イ)指定口座振込【請求時の指定する日までにお振込み下さい】

※振込み手数料はご負担ください。

10 サービスの利用方法

(1)サービスの利用申し込み

- ・ 担当の介護支援専門員へお申し込みください。
- ・ ご利用期間決定後、契約を締結いたします。なお、ご利用の予約は2ヶ月前から承ります。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に担当の介護支援専門員にご相談ください。

(2)利用期間中の中止

利用途中にサービスを中止して退所する場合、退所日までの日数を基に計算します。

以下の事由に該当する場合、利用期間中でもサービスを中止し、退所していただく場合があります。

- ・ ご利用者が中途退所を希望した場合
- ・ 入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・ 利用中に体調が悪くなった場合
- ・ 他のご利用者の生命または健康に重大な影響をあたえる行為があった場合

上記の事由で、必要な場合は、ご家族または連帯保証人へ連絡するとともに、速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

(3)サービス利用契約の終了

① ご利用者の都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に(介護予防)短期入所生活介護を利用中でなければ、文書でのお申し出により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、自動的に契約を終了し、予約は無効となります。

- ・ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ご利用者がお亡くなりになった場合
- ・要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合

11 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、ご利用者の方の面会時間を厳守し、必ずその都度面会票に記載してください。 なお、食べ物等の持ち込みは、職員にご相談下さい。 【面会時間】 8：30 ～ 17：30
居室・設備・器具の利用	施設内の居室設備、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、賠償していただくことがございます。
喫煙	喫煙スペース以外での喫煙はご遠慮ください。 また、喫煙される場合は職員にご相談ください。
迷惑行為等	騒音等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。又むやみに他のご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	刃物などの危険物の持ち込みはご遠慮ください。
宗教活動・政治活動	施設内で他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持込み及び飼育はお断りいたします。

12 サービス利用契約の解除

以下に該当する場合においてはサービス利用契約が解除となります。

- ・ご利用者が事業者を支払うべき利用料等を正当な理由なく滞納した場合において、滞納額を支払うように催促したにもかかわらず、全額の支払いが無いとき。
- ・ご利用者が故意に法令や施設管理規定等に違反し、あるいは重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがない場合。
- ・ご利用者の行動が他の利用者、職員の生命または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、通常の介護方法ではこれを予防出来ない場合。
- ・ご利用者、ご家族などが他の利用者や職員に対し契約を継続し難いほどのハラスメント行為を行い、サービス提供の継続が困難であると判断された場合。

上記のハラスメント行為とは

- ①身体的な攻撃
- ②精神的な攻撃
- ③行為を行っている本人の意図や考えに関わらず、相手側が不快な気持ちになること。

パワーハラスメント モラルハラスメント ケアハラスメント
セクシャルハラスメント マタニティハラスメント
カスタマーハラスメント等を指します。

13 非常災害時の対策

非常時の対応	役割分担などを定めた避難訓練等を通じ、ご利用者、職員が災害時において迅速的確な対応を図ることとします。			
平常時の訓練等	各人の役割分担、手順等を定め、年2回以上の昼間及び夜間を想定した避難訓練を、ご利用者の参加並びに消防署等の協力を得て実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	箇所数
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	13箇所
	非常階段	あり	室内消火栓	8箇所
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	25箇所	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・ブラインド等防災性能のあるものを、使用しております。			
防災計画等	消防署への届出あり			

14 事故発生時及び緊急時の対応

- (1) ご利用者に事故が発生した場合は、状況に応じ応急処置を行い、救急車を要請する等の必要な処置をいたします。
- (2) 事業所において看護師を配置し対応するとともに、オンコール体制にて24時間連携体制を確保するものといたします。

15 身体拘束について

当事業所は、身体拘束を行わないことを前提といたします。

16 苦情の受付について

当施設ご利用窓口へ	苦情解決責任者 施設長 渡部 賢一	
	苦情受付担当者 生活相談員 榎本 純一	
	電 話	03-3600-1551
	受 付	月～金 9:00～17:00
	苦情箱	施設内ロビーに設置
社会福祉法人敬寿会	第三者委員	高橋 義人
		高橋 富蔵
		岩村 幸姫
行政窓口へ	担 当	葛飾区福祉部福祉管理課
	電 話	03-5654-8243
	受 付	月～金 8:30～17:00
関係機関窓口へ	担 当	東京都国民健康保険団体連合会
	電 話	03-6238-0011
	受 付	月～金 8:30～17:15

(1) 相談・苦情受付、解決の体制および手順について

- ・当事業所における相談、苦情は苦情受付担当者が申し出を受付ます。
- ・直接申し出るほか、文書や電話で申し出ることもできます。
- ・事業所の他に、上記行政機関や苦情受付機関に申し出ることができます。
- ・原則として苦情解決責任者が誠意をもって話し合い、解決に努めます。
- ・苦情受付から解決、改善までの経過と結果について記録を作成します。
- ・解決、改善策には真摯に取り組み、苦情の再発防止に努めます。

____年____月____日

事業 者	所在地	〒125-0051 東京都葛飾区新宿3-19-19
	名 称	社会福祉法人 敬寿会 ショートステイ葛飾敬寿園 施設長 渡部 賢一
		印
	説明者	氏名
		印

私は、ショートステイ葛飾敬寿園の利用にあたり、本書面により事業者から重要事項の説明を受け、同意するとともに、本書面を受領しました。

利 用 者	住 所	_____
	氏 名	_____ 印
	(署名代行者名)	_____ 印

連帯保証人①	住 所	_____
	氏 名	_____ 印
	続 柄	_____

連帯保証人②	住 所	_____
	氏 名	_____ 印
	続 柄	_____

※ 施設利用契約における、施設利用の際の留意事項を含む。

短期入所生活介護利用料金表 令和 7年 4月 1日 葛飾敬寿園

介護保険給付対象サービスの利用料

単位：円

介護度	単 位	合 計	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援 1	529	5,871	588	1,175	1,762
要支援 2	656	7,281	729	1,457	2,185
要介護 1	704	7,814	782	1,563	2,345
要介護 2	772	8,569	857	1,714	2,571
要介護 3	847	9,401	941	1,881	2,821
要介護 4	918	10,189	1,019	2,038	3,057
要介護 5	987	10,955	1,096	2,191	3,287
加 算					
送迎加算	184	2,042	205	409	613
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10	111	12	23	34
緊急短期入所受入加算	90	999	100	200	300
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	199	20	40	60
☆ 介 護 職 員 処 遇 改 善 加 算Ⅰ					

(サービス内容：併設型ユニット短期生活介護費(Ⅰ)〈ユニット型個室〉)

○ 介護職員処遇改善加算Ⅰ

(基本サービス費(単位)×利用日数) + 送迎加算+ 生産性向上推進体制加算Ⅱ + サービス提供体制加算Ⅱ) × 14.0%〔介護職員処遇改善加算Ⅰ〕

○ライフの登録あり

- ・送迎加算は加算の基準通り、利用者の心身の状態や家族等の事情によります。
- ・葛飾区(東京都)の場合は、11.10を乗じた額の1割、2割もしくは3割の負担額になります。
端数は利用者負担になります。

送迎の実施地域：金町1～6丁目 新宿1～6丁目 東金町1～3丁目 柴又1～7丁目
鎌倉1～4丁目 亀有1～3丁目 青戸 1～8丁目 立石6～8丁目
細田2～4丁目 奥戸6～9丁目 高砂 1～8丁目 南水元1～4丁目

介護保険給付対象外サービスの利用料

事業所番号	1372203859
居住費	1日 2,226円
通常の送迎の実施 地域を超える交通費	1km毎 100 円 ※送迎可能な場合
食材料費	朝：500 円 昼：650 円 夕：600 円
特別食	実費相当分
理美容	実費相当分
身の回り品	実費相当分(本人の希望により購入するもの)
教養娯楽費	実費相当分(本人の希望により購入するもの)
おやつ代	おやつ代：100 円

上記料金表に同意しました。

令和 年 月 日

契約者(利用者) 印

連帯保証人① 印

連帯保証人② 印

