信楽荘指定居宅サービス重要事項説明書

～短期入所生活介護＋介護予防短期入所～

当事業者は介護保険の指定を受けています。
短期入所生活介護（滋賀県指定　第 2571400031 号）
介護予防短期入所生活介護（滋賀県指定　第 2571400031 号）

当事業者はご契約者に対して短期入所生活介護サービス、介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容について、ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

１．施設経営法人

法　人　名	社会福祉法人　信楽福祉会
所　在　地	滋賀県甲賀市信楽町牧 1159 番地
代表者氏名	理事長　岩永峯一

２．利用施設

○短期入所生活介護施設　介護予防短期入所生活介護施設

施設の名称	信楽荘ショートステイサービス
施設の所在地	滋賀県甲賀市信楽町牧 1159 番地
滋賀県知事指定番号 短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護	2571400031　平成 11 年 12 月 3 日指定 2571400031　平成 18 年 4 月 1 日指定
施設管理者氏名	施設長　今井正弘
入所定員	10 名
開設年月日	平成 4 年 6 月 1 日
利用者相談担当（氏名）	生活相談員　水落拓也
電話番号	０７４８－８３－１３１３

３．利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	滋賀県知事の指定		利用定員	事業開始年月日
	指定年月日	指定番号		
介護老人福祉施設	平成 12 年 4 月 1 日	2571400031	40 名	平成 4 年 6 月 1 日
介護老人福祉施設 (ユニット型)	平成 25 年 10 月 16 日	2571400890	60 名	平成 25 年 10 月 16 日
通所介護 介護予防通所介護	平成 12 年 4 月 1 日 平成 18 年 4 月 1 日	2571400031	30 名	平成 4 年 10 月 1 日
認知症対応型共同生活介護	平成 25 年 10 月 16 日	2591400060	18 名	平成 25 年 10 月 16 日
居宅介護支援事業	平成 11 年 8 月 12 日	2571400031	－	平成 11 年 10 月 1 日

４．施設の目的と運営方針

1.施設の目的	介護保険法令に従い、利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、利用者に、日常生活を営むため必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、短期入所生活介護サービス（介護予防を含む）を提供します。
2.施設の方針	この施設では、利用者に対し、人権の尊重・プライバシーの保護・自己決定の尊重を原則にあらゆる場面でも自立自助を促し、専門的なサービスを提供します。
3.身体拘束等について	この施設では短期入所生活介護サービス（予防を含む）の提供に当たり、利用者又は他の利用者等の生命および身体の保護をするため緊急やむを得ない場合を除き身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

５．居室の概要　短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護　（介護老人福祉施設 40 名を含む）

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。居室は原則として個室ですが、４人部屋をご希望される場合は、その旨お申し出ください。個室については個室料金が必要です。（但し、利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。）

居室の種類	室　数	面　　積
１人部屋	6	16.41 ㎡（１室あたり平均）
２人部屋	6	21.79 ㎡（１室あたり平均）
３人・４人部屋	8	36.19 ㎡（１室あたり平均）

６．主な設備

○短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護（介護老人福祉施設を含む）

設備の種類	室　数	特　　色
食堂	1	利用者にあったテーブルを用意
機能訓練室	1	
一般浴室	1	
機械浴室	1	特殊浴槽１台
医務室	1	
静養室	1	２ベッド
談話室	2	

７．主な職員の配置状況

令和８年１１月１日現在

従業員の職種	保　有　資　格	員数	区　分			
			常　勤		非常勤	
			専従	兼務	専従	兼務
施設長	社会福祉主事	1		1		
生活相談員	介護福祉士･社会福祉主事	1		1		
介護支援専門員	介護支援専門員･介護福祉士	1		1		
介護職員	介護福祉士	13		12		1
	その他	7		4		3
看護職員	正看護師・准看護師	10		3		7
栄養士	管理栄養士	2		2		
機能訓練指導員	作業療法士	1		1		

※短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護には介護老人福祉施設の職員数を含む。

８．主な職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制（標準時間の配置人員）
医　　師	毎週月曜日　　１４：００～１５：００
介護職員	Ａ１勤　　６：３０～１５：３０ Ａ２勤　　７：００～１６：００ Ａ４勤　　７：３０～１６：３０ Ｂ１勤　　８：００～１７：００ Ｄ２勤　１０：３０～１９：３０ Ｅ１勤　１１：００～２０：００

介護職員	Ｅ２勤　　１１：３０～２０：３０ Ｆ１勤　　１２：００～２１：００ Ｇ１勤　　１３：３０～２２：３０ 夜　勤　　２１：４５～翌６：５５
看護職員	Ｂ２勤　　８：３０～１７：３０ Ｃ１勤　　９：００～１８：００

９．介護保険給付サービス

○短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護

	内　　容	自己負担額
1.排泄	基本的に排泄の自立を促すため､利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。(利用者の居宅での状況に応じます。)	サービス費の１割又は２割又は３割をお支払いいただきます
2.入浴･清拭	一般浴、特殊浴　　月～土曜日 ＊入浴は原則的に週２回の利用となっています。 入浴日に体調不良等で入浴できなかった場合、翌日に入浴、清拭または更衣させていただきます。	
3.健康管理	看護職員により必要に応じてバイタルチェックを行います。	
4.栄養管理	管理栄養士により利用者の状態に応じた健康管理に努め､献立を作成します。	
5.生活相談	利用者とその家族からのご相談に応じます。	
6.機能訓練	利用者の心身の状況に応じて 日常生活を営むのに必要な機能を回復し､またはその減退を防止するため看護職員等が訓練を行います	

介護給付サービス加算

サービス提供体制強化加算Ⅱ	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の60以上である場合に算定。　18単位／人・日
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症患者を受け入れた場合に算定。　120単位／日
夜勤職員配置加算(Ⅰ) （介護予防は算定しない）	夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たした場合に算定。　13単位／日
送迎加算	送迎を行った場合に算定。　184単位／回
機能訓練指導体制加算	機能訓練指導員を配置したことに対しての加算。12単位／日
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入し、利用者の安全・介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策を検討する委員会の開催や安全対策を講じ、ガイドラインに基づいた改善活動を行っている場合に算定。　10単位／月
緊急短期入所受入加算	介護者の急病等で居宅サービス計画外のショートステイを緊急受け入れした場合に７日（特別の事情がある場合は１４日）を限度に算定。　90単位／日
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	算定単位数の合計に17.6%を乗じた単位数を加算。

介護保険給付対象外サービス

食事	○ 食事時間 朝食　　８：００～ 昼食　１２：００～ 夕食　１８：００～ ○ 食事場所 自立支援のためにできるだけ離床して食堂でおとりいただきます。献立表は食堂の掲示板をご覧ください。食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談ください。	○１食あたり **朝食　４３０円** **昼食　８００円** **夕食　６７０円** （食材料費＋調理費相当分）
居室	○滞在費をお支払いいただきます。	多床室１日　**１０００円** 個室　１日　**１３００円**

１０．緊急時の対応方法

当事業所のサービス提供中にご利用者の病状に急変が生じた場合は、主治医、ご利用者に係る居宅介護支援事業者、ご家族等への連絡をするとともに協力医療機関へ搬送いたします。

医療機関	甲賀市立信楽中央病院	甲賀市信楽町長野 473 電話番号 0748-82-0249

１１．苦情等申し立て窓口

当事業所のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら､当事業所利用者総合相談室（担当:谷口・水落／電話 0748－83－1313）までお気軽にご相談ください。
当事業所以外でも、ご相談や苦情などについては下記の窓口があります。

滋賀県国民健康保険団体連合会	滋賀県大津市中央４丁目５－９ 電話番号　０７７－５２２－２６５１ ＦＡＸ番号　０７７－５２２－２６２８
社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 滋賀県運営適正化委員会	滋賀県草津市笠山７丁目８－１３８ 電話番号　０７７－５６７－４１０７ ＦＡＸ番号　０７７－５６１－３０６１
甲賀市健康福祉部 長寿福祉課	甲賀市水口町水口６０５３ 電話番号　０７４８－６９－２１６５ ＦＡＸ番号　０７４８－６３－４０８５

※その他の市町村にお住まいの方は、お住まいの各市町村の介護保険課へご相談ください。

１２．提供するサービスの第三者評価の実施状況　　無し

１３．非常災害時の対策

災害時の対応	
防災訓練	年３回（通所介護は２回)、夜間を想定した訓練を利用者も参加して実施します。
防災設備	・スプリンクラー・自動火災報知器・誘導灯 ・防火扉・屋内消火栓・非常通報装置・消火器 ・非常災害時のための備蓄

１４．当施設ご利用の際にご留意いただく事項

健康診断書	初回利用時、利用者の健康状態を把握するため、健康診断書を主治医からいただきます。健康診断書の有効期間は１年です。また、長期間の入院をされた場合も健康診断書をいただきます。健康診断書の費用は実費ですので医療機関にお支払いください。
来訪・面会	面会時間　９：００～２０：００ 面会時間以外でも、あらかじめご連絡いただければいつでも面会できます。
喫煙・飲酒	健康に支障のない範囲であれば特に制限はしておりません。喫煙は、必ず喫煙コーナーでお願いします。

居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、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、弁償していただくことがあります。
迷惑行為等	他の利用者の迷惑等施設内での生活に支障をきたす場合、ご利用をお断りすることがあります。
宗教活動	施設内での他の利用者に対する執拗な勧誘等の宗教活動は禁止しております。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
ボランティア・実習生の受入	当荘では施設の社会化を図るためﾎﾞﾗﾝﾃｨｱや実習生の受け入れを積極的に行う方針で運営しておりますので、地域住民等の方の施設への出入りが頻繁にございます。利用者への迷惑にならないよう十分配慮しておりますのでご理解下さい。

居宅サービス利用料金

介護保険が適用されるご利用者については、原則として提供した「厚生労働大臣及び市の定める基準額」の介護保険負担割合証に記載された利用者負担割合に応じた額をいただきます。（別紙料金表参照）

但し、ご利用者が以前に保険料の滞納がある場合は、ご利用者より「厚生労働大臣の定める基準額」の１０割をいただき、当事業所が発行するサービス提供証明書をもって、差額の払い戻しを受けることができます。

短期入所生活介護

1.基本料金（１日あたり）　　１単位　：　10.33 円

	従来型個室・多床室
要介護　1	603 単位
要介護　2	672 単位
要介護　3	745 単位
要介護　4	815 単位
要介護　5	884 単位

介護予防短期入所生活介護

	従来型個室・多床室
要支援　1	451 単位
要支援　2	561 単位

2.サービス提供体制加算Ⅰイ　　１日　**１８単位**
若年性認知症利用者受入加算　　１日　**１２０単位**
夜勤職員配置加算（Ⅰ）　　１日　**１３単位**　但し、介護予防は算定しない
機能訓練体制加算　　１日　**１２単位**
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）　１月　**１０単位**
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）　算定単位数の 14.0%に相当する単位数

3.食費
朝・・・４３０円
昼・・・８００円
夜・・・６７０円　（食材料費＋調理費相当分）

4.滞在費

多床室	１日	１，０００円
個室	１日	１，３００円

食費、滞在費については介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された金額（１日あたり）のご負担となります。

（介護保険負担限度額認定証については、各市町村にお問い合わせ下さい。）

5. 送迎にかかる費用

片道　１８４単位　（通常の事業の実施地域内）

甲賀市信楽町域を越えた地点から別途　片道１，０００円追加でいただきます。

6. キャンセル料

前日まで　　無料

当日　１，０００円（施設の都合でキャンセルの場合は無料です）

7. 領収証再発行手数料　　１通　１００円

8. レクリエーションにかかる費用　　実費

＜お支払方法＞

お支払いは、現金払い・自動引落・口座振込のいずれかを選択できます。

毎月月末に締め切り、翌月15日までに請求通知をさせていただきますので、現金払い・口座振込を選択された方は請求金額を通知致しました月の20日までにお支払い下さい。また自動引落を選択された方は、毎月23日が引き落とし日となります。

（引落日が休日の場合は翌日の引落となります。）

短期入所生活介護サービス（介護予防含む）について本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

説明日　令和　　年　　月　　日

事業者

所在地　滋賀県甲賀市信楽町牧 1159 番地

名　称　社会福祉法人　信楽福祉会

理事長　岩　永　峯　一

事業所

所在地　滋賀県甲賀市信楽町牧 1159 番地

名　称　信楽荘ショートステイサービス

施設長　　今　井　正　弘

説明者

所　属　特別養護老人ホーム信楽荘　生活相談員

氏　名　　水　落　拓　也　　㊞

私は、本書面に基づいて、事業者から重要事項の説明を受けました。

令和　　年　　月　　日

本　　人

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代　理　人

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿