

## 長上苑重要事項説明書（共生型短期入所）

当事業者が提供する短期入所生活介護の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1 事業者の概要

|            |                   |
|------------|-------------------|
| 事業者の名称     | 社会福祉法人 七恵会        |
| 主たる事務所の所在地 | 静岡県浜松市中央区中田町584番地 |
| 電話番号       | (053) 411-0011    |
| 法人の種別及び名称  | 社会福祉法人 七恵会        |
| 代表者職       | 理事長               |
| 代表者氏名      | 増田 公基             |

|            |                                    |
|------------|------------------------------------|
| 事業所の名称     | 長上苑                                |
| 事業所の所在地    | 静岡県浜松市中央区中田町584番地                  |
| 介護保険事業所番号  |                                    |
| 指定年月日      | 令和4年9月1日                           |
| 交通の便       | 遠州鉄道バス イオン市野行 中田東下車1分              |
| 通常の送迎の実施地域 | 浜松市中央区（雄踏・舞阪を除く）・浜名区（三ヶ日・引佐・細江を除く） |

### 2 事業者の職員の概要

| 職 種     | 資 格   | 員 数   |
|---------|-------|-------|
| 管理者     | 社会福祉士 | 1名    |
| 医師      |       | 1名    |
| 生活相談員   |       | 1名以上  |
| 介護職員    |       | 19名以上 |
| 看護職員    |       | 1名以上  |
| 管理栄養士   |       | 1名以上  |
| 機能訓練指導員 |       | 1名以上  |
| 介助員     |       | 1名以上  |

### 3 短期入所介護施設の概要

|           |        |               |
|-----------|--------|---------------|
| 定員        | 55人    |               |
| 居室        | 3人部屋   | 8室 (1室34.1㎡)  |
|           | 2人部屋   | 5室 (1室22.6㎡)  |
|           | 個 室    | 21室 (1室18.4㎡) |
| 浴室        | 一般浴槽   |               |
|           | 特殊浴槽   |               |
| 食堂及び機能訓練室 | 173.7㎡ |               |
| その他の設備    | 静養室    | 9.3㎡          |
|           | 面接室    | 2室 31.1㎡      |
|           | その他    |               |

#### 4 短期入所の運営の方針

- ・当事業所は、利用者の心身の状況、そのおかれている環境等に応じて、その利用者が可能な限りその居宅において、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、さらに利用者が抱える社会的孤独感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の介護及び機能訓練、その他必要な援助を行います。
- ・事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人権を尊重し、関係市町村、地域の保健医療サービス機関及び居宅介護支援事業者や他の居宅サービス事業者等との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に務めます。

#### 5 利用料金

- (1) ○基本料金 共生型短期入所(福祉型)サービス費(I) 7,981円  
共生型短期入所(福祉型)サービス費(II) 2,443円

○加 算

- ア. 常勤看護職員等配置加算 40円
- イ. 医療連携体制加算 397円
- ウ. 栄養士配置加算 223円
- エ. 短期福祉専門職員配置等加算 I 152円
- オ. 食事提供体制加算 488円 (対象者のみ)
- カ. 短期利用加算 305円 (1年に30日まで算定)
- キ. 地域生活支援拠点等に係る加算 1,018円 (利用開始日に算定)
- ク. 送迎加算 1,893円

○ その他の費用

- ア、食 費 1,670円 (朝食470円、昼食620円、夕食580円)
- イ、おやつ 70円
- ウ、日用諸費 1日 200円
- エ、理美容代 実 費
- オ、交通費 通常の送迎地域を超えた距離1kmあたり30円をいただきます。
- カ、その他 日常生活において必要とされる費用は負担していただきます。

(2) 料金の支払方法

あなたが当事業者に支払う料金の支払方法については、利用時ごとにお支払いいただくか、月ごとにまとめて金融機関から振替納付していただきます。

(3) キャンセル料

あなたのご都合により短期入所生活介護をキャンセルした場合には、下記の料金をいただきます。キャンセルする場合は、至急当事業者に連絡してください。

ア 入所前のキャンセルの場合

|                          |        |
|--------------------------|--------|
| 入所日の前日の午後5時までにご連絡いただいた場合 | 無料     |
| 入所日の前日の午後5時までにご連絡がなかった場合 | 1,740円 |

イ 入所中のキャンセルの場合

あなたが中途退所を希望する場合などは、退所までの利用料金を支払っていただきます。

(4) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載 (あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載) があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業所でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を

後日、浜松市の窓口に提出して差額の払い戻しを受けてください。

## 6 サービスの利用方法

### (1) 利用開始

- ア 当事業者に電話でお申し込みください。ご要望により、当事業者の担当職員があなたのお宅に伺い、短期入所生活介護の内容等についてご説明します。
- イ この説明書によりあなたからの同意を得た後、短期入所生活介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。（入所期間が短い場合は作成しない場合があります。）
- ウ あなたが居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者にご相談ください。

### (2) サービスの終了

- ア あなたのご都合でサービスを終了する場合  
サービスの終了を希望する日の3日前までに申し出てください。
- イ 当事業者の都合でサービスを終了する場合  
人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の14日前までに、文書によりあなたとあなたの家族に通知します。
- ウ 自動終了  
次の場合は、サービスは自動的に終了となります。
  - ・あなたが介護保険施設に入所した場合
  - ・あなたの要介護度が非該当（自立）と認定された場合
  - ・あなたが亡くなったとき
- エ その他  
事業所は、正当な理由がなく、短期入所サービスの提供を拒否することはありません。ただし、以下の場合、短期入所サービスを中止させていただくとともに、ただちに当該市区町村に状況報告いたします。
  - ①介護給付等対象サービスの利用に関する指示に従わない等により、要介護状態等の悪化をもたらす場合
  - ②偽りその他の不正行為によって保険給付を受け、または受けようとした場合
  - ③下記のような行為があり、ハラスメントに該当するとみなされる場合
    - 暴力又は乱暴な言動、無理な要求
      - ・物を投げつける
      - ・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける
      - ・怒鳴る、奇声、大声を発する
      - ・対象範囲外のサービスの強要
    - セクシャルハラスメント
      - ・介護従事者の体を触る、手を握る
      - ・腕を引っ張り抱きしめる
      - ・ヌード写真を見せる
      - ・性的な話し卑猥な言動をする など
    - 社会通念上の常識から逸脱した不当な要求
      - ・通常業務に支障を来すような無理な要求
    - その他

- ・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く
- ・ストーカー行為 など

## 7 サービス利用に当たっての留意事項

|             |  |
|-------------|--|
| ○ 面会        | : 面会時間は自由ですが、なるべく9時から17時の間でお願いします。         |
| ○ 外出        | : 行き先と帰苑時間を職員に申し出てください。                    |
| ○ 飲酒、喫煙     | : 飲酒は居室で可能です。喫煙は施設内ではご遠慮ください。              |
| ○ 設備、器具の利用  | : 本来の用法に反しての使用により破損等生じた場合、賠償していただくことがあります。 |
| ○ 金銭の管理     | : 原則持参しないでください。                            |
| ○ 所持品の持ち込み  | : 最少限度にしてください。                             |
| ○ 宗教活動・政治活動 | : 施設内での宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。                 |
| ○ ペット       | : 持ち込みはご遠慮ください。                            |
| ○ 迷惑行為      | : 騒音等迷惑な行為及び他の居室等への立ち入りはご遠慮ください。           |

## 8 サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

|         |  |
|---------|--|
| 食 事     | : 管理栄養士の立てた献立により、栄養と身体状況に配慮した食事を提供します。 |
| 排 せ つ   | : 利用者の状況に応じた適切な介助を行います。                |
| 入 浴     | : 一般浴（月～土）6回、特別浴（月～金）5回実施。             |
| 機 能 訓 練 | : 生活機能訓練、集団訓練、個別訓練                     |
| 健 康 管 理 | : 看護師による健康管理。医師の指示による医療処置を実施します。       |
| 理 美 容   | : 週1回                                  |
| 喫 茶     | : 月2回（第2、第4の金曜日の予定）                    |
| そ の 他   | : 利用者及びご家族からの相談に随時応じます。                |

- サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすく説明し、サービスは懇切丁寧にを行います。
- サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払います。

## 9 サービス相談担当者

当事業者があなたに提供するサービスについての相談担当者は下記のとおりです。ご不明な点は何でもお尋ね下さい。

主 任            内田 久美子            電話番号（053）411-0011

## 10 緊急時の対応方法

短期入所生活介護の提供中にあなたに容態の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医、当事業者の協力医療機関等に連絡します。

|        |            |                        |
|--------|------------|------------------------|
| 主 治 医  | 氏 名<br>連絡先 |                        |
| 協力医療機関 | 病院名<br>連絡先 | 天王病院<br>(053) 421-5885 |
| 緊急連絡先  | 氏 名<br>連絡先 |                        |

## 1.1 非常災害への対策

短期入所生活介護の提供中に、天災等発生する場合を想定し、下記のとおり非常災害対策を講じております。

|           |   |
|-----------|---|
| 非常時の対応    | 別途定める「短期入所生活介護施設 長上苑 消防計画」にて対応する                                      |
| 近隣との協力関係  | 地元自治会との連携に努める   |
| 平常時の防災訓練等 | 毎月避難・防災訓練の実施  |
| 防災設備      | スプリンクラー・避難階段・自動火災報知器・誘導灯<br>ガス漏れ報知器・防火扉・屋内消火栓・非常通報装置<br>非常用電源・非常用放送設備 |
| 消防計画      | 消防署への届出：令和2年8月3日<br>防火管理者：課長 松岡 徹                                     |

## 1.2 苦情処理

あなたは、当事業者の短期入所生活介護の提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申し立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担 当 課 長 長瀬 正孝  
電話番号 (053) 411-0011

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申し立てることができます。

|                       |      |                   |
|-----------------------|------|-------------------|
| 浜松市                   | 担当窓口 | 浜松市役所健康福祉部障害保健福祉課 |
|                       | 電話番号 | (053) 457-2860    |
| 静岡県福祉サービス<br>運営適正化委員会 | 担当窓口 | 静岡県社会福祉協議会        |
|                       | 電話番号 | (054) 653-0840    |