

## 短期入所生活介護 ゆうりり 重要事項説明書

### 1. 事業所の名称及び所在地

- (1) 名 称 短期入所生活介護事業所 ゆうりり
- (2) 所 在 地 北海道積丹郡積丹町大字美国町字大沢 3 2 6 - 1
- (3) 電話・FAX 電話 0 1 3 5 - 4 8 - 5 2 0 1 FAX 0 1 3 5 - 4 8 - 5 2 0 2
- (4) 事業所経営者 社会福祉法人よいち福祉会 理事長 亀 尾 毅
- (5) 開設年月日 平成 2 8 年 4 月 1 日

### 2. 利用定員

短期入所生活介護事業所・介護予防短期入所生活介護事業所  
5 名（空床型 5 名）

### 3. ユニットの名称等

島武意ユニット  
宝島ユニット

### 4. 入退居にあたっての留意事項

指定短期入所生活介護の対象者は要介護者、介護予防短期入所生活介護の対象者は要支援者であって継続して医療的処置が必要ない方とします。

○入居後利用者の状態が変化し常時治療の必要性が出た場合は退居の場合があります。

○退居に際しては、利用者及び家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるよう退居に必要な援助を行うよう努めます。

### 5. 事業所における苦情の受付

#### (1) 苦情受付窓口

- 苦情受付担当者 相談課長 吉崎 春恵
- 苦情解決責任者 施設長 本庄 頼賢
- 連絡先 0 1 3 5 - 4 8 - 5 2 0 1
- 受付時間 午前 9 時 2 0 分～午後 6 時 2 0 分
- 苦情第 3 者委員 野 村 広 司 0 1 3 5 - 3 3 - 5 0 6 2
- 三 浦 恵 子 0 1 3 5 - 2 3 - 3 7 8 1
- 津 沢 誠 0 1 3 6 - 5 7 - 5 9 7 2

#### (2) 苦情受付・対応の概要

苦情を受け付けた場合は、苦情解決責任者へ内容の報告をし、事実確認を致します。内容によっては利用者、ご家族等と面談を行い詳細な聞き取りを致します。その後苦情解決へ向けて施設内苦情相談委員会で対応を検討し苦情解決責任者へ上申、その後解決措置を講じる仕組みとなっております。解決が困難となった事例については、法人が設置する苦情処理第 3 者委員会に申し立て、速やかに解決を図るよう努めます。

○当事業所以外については市町村、国民健康保険団体連合会、北海道福祉サービス適正化委員会へサービスに関して苦情の申し立てをすることができます。  
余市町役場

余市町朝日町26番地	0135-23-2141
国民健康保険団体連合会	
札幌市中央区南2条西14丁目国保会館	011-231-5161
北海道福祉サービス適正化委員会	
札幌市中央区北2条西7丁目	011-204-6310

※国民健康保険団体連合会への申し立て方法は、原則書面によりますが、困難な場合に口頭による申し立ても出来ます。

#### 6. 職員体制（介護老人福祉施設と一体的運営）

職種	職員数	職種	職員数
管理者	1	看護師	1以上
介護職員	7以上	機能訓練指導員	1以上
医師	1		

〔注〕 1. ( ) はうち数で兼務職員

2. 短期入所生活介護事業所・介護予防短期入所生活介護事業所ゆうりは、ユニット型地域密着型介護老人福祉施設と一体的にサービス提供を行っておりますので、職員の配置数はその合計で表示してあります。

#### 7. サービスの内容

- (1) 短期入所生活介護計画・予防短期入所生活介護計画の立案  
利用者の方の個別の援助計画を立て、内容をご本人・ご家族に説明し同意のもと交付し、それに基づきケアを致します。
- (2) 食事  
本体栄養士が献立を立て、季節感のある食事を提供致します。
- (3) 介護      可能な限り自立に向けた介護を提供致します。
- (4) 入浴  
週2回以上の入浴があります。身体状況に応じて、普通浴槽・座浴槽を利用頂けます。
- (5) 機能訓練  
ご希望により身体の状況・体力に応じた機能訓練を致します。
- (6) 生活相談  
生活相談員等が生活内のご相談に応じます。
- (7) 健康管理  
食欲や運動面、服薬援助、バイタル測定などの健康管理を致します。
- (8) 理美容サービス  
移動理髪サービスをご利用することが出来ます。
- (9) 所持品の管理  
利用者・ご家族の同意のもと所持品の管理をすることが出来ます。
- (10) レクリエーション等  
運動を兼ねて楽しみながら参加出来るレクリエーションを企画実施致します。

## 8. 利用料（本人負担額）

### （1）短期入所生活介護サービスの利用料（1日あたり）

介護度	介護費
	ユニット型個室
要介護1	704
要介護2	772
要介護3	847
要介護4	918
要介護5	987

- 送迎加算として、必要と認められる場合は、片道につき184円を加算
- 若年性認知症入所者受入加算として、必要と認められる場合は1日につき120円を加算
- 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）は、1月につき介護報酬総単位数（基本サービス費＋各種加算）×サービス別加算率（13.6%）（1単位未満四捨五入）円

### 介護予防短期入所生活介護サービスの利用料（1日あたり）

介護度	介護費
	ユニット型
要支援1	529
要支援2	656

- 送迎加算として、必要と認められる場合は、片道につき184円を加算
- 若年性認知症入所者受入加算として、必要と認められる場合は1日につき120円を加算
- 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）は、1月につき介護報酬総単位数（基本サービス費＋各種加算）×サービス別加算率（13.6%）（1単位未満四捨五入）円

### （2）滞在費及び食費

利用者負担段階	滞在費	食費
	ユニット型個室	
基準費用額	2,066	1,445
第1段階	880	300
第2段階	880	600
第3段階①	1,370	1000
第3段階②	1,370	1,300

※ 特定入所者介護サービス費制度による介護保険負担限度額認定を受けている場合、上記利用者負担段階の第1段階から第3段階に該当する場合があります。

#### \*食費の詳細

	内訳
食費 1,445円	朝食 336円
	昼食 606円（間食含む）
	夕食 503円

### （3）送迎に要する費用

厚生労働大臣が定める場合を除く通常の送迎実施地域

(積丹町・美幌町・野塚地区・古平町) 以外については、  
1 kmにつき 100 円

(4) 理美容代

カット	1, 500 円
カット+シェービング	1, 800 円
カラー (カット+シェービング)	4, 500 円
パーマ (カット+シェービング)	5, 300 円
シャンプー	500 円
シェービング	800 円
メイク・ブロー	1, 000 円

(5) その他管理費等

下記を除いて原則不要。但し入居者の負担が適当と認められる場合は入居者と協議の上徴収。

- 1 日当たり 10 円 (テレビ)
- 1 日当たり 25 円 (冷蔵庫)
- 1 日当たり 10 円/回 (シャンプー代)
- 1 日当たり 10 円/回 (ボディソープ代)

※テレビ及び冷蔵庫に係る料金徴収については、入居者が居室に持ち込んで使用した際に掛かる 1 日当たりの電気料金です。

(6) 支払方法

退所時に請求を致しますので現金にてお支払い下さい。

9. 緊急時の対応方法

- 利用者に様態の変化、急変などがあった場合は、ただちに事業所管理者に報告し、ご家族に連絡をするとともに 24 時間の連絡体制を確保している当施設看護師に連絡をし、病院や診療所等との連携により、健康上の管理に関し必要に応じて適切な措置を講じます。

10. 非常災害対策

- 災害時においては「社会福祉法人よいち福祉会 防災管理規程」及び「消防計画」などの規程に基づき、利用者の安全確保に努めます。

11. 事故発生時の対応

- サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・居宅介護支援事業所、当該ご家族に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。又、事故状況の記録等から事故再発防止のための措置を講じます。サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。ただし、施設の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

12. 利用者の記録や情報の管理・開示について

- 関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じて、その内容を開示します。又、利用者及びご家族の情報の使用に関しては予め別紙個人情報使用同意書により同意の上、使用させていただきます。

13. 協力医療機関 積丹町立国民健康保険診療所  
積丹町歯科診療所

14. 福祉サービス第三者評価の実施について

第三者評価の実施の有無	受審の実績はありません。
実施した直近の年月日	
評価機関の名称	
結果の開示状況	

15. その他の運営についての重要事項

- 事業所は、生活相談員等の資質向上を図るための研修の機会を設け、業務体制を整備しております。
- 職員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容としております。
- 認知症等の方について、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合についてのみ身体拘束を行う場合があります。その際の身体拘束が必要な場合は、利用者及び家族に説明をし、同意に関してご相談することとしております。又、同意を得た場合は、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録致します。

短期入所生活介護利用にあたり、利用者に対し契約書及び本書に基づいて重要事項を説明しました。

事業所

名 称 短期入所生活介護事業所 ゆうるり  
説明者 職 名  
氏 名

㊞

上記内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者氏名  
又は利用者代理人

㊞