

短期入所施設「奥びわこ」 重要事項説明書

ユニット型指定短期入所生活介護事業所

当施設は介護保険の指定を受けています。
(滋賀県指定 第 2570300877 号)

当施設はご利用者に対してユニット型指定短期入所生活介護サービスを提供します。
当施設の概要や、提供します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通り説明します。

1 ご利用施設の概要

法 人 名：社会福祉法人 尊徳会
所 在 地：滋賀県長浜市西浅井町大浦 1788 番地 3
代表者名：理事長 榊原 尊
設立年月日：平成14年10月21日
開設年月日：平成15年 9月 1日
名 称：ユニット型指定短期入所生活介護事業所 「奥びわこ」
(特別養護老人ホーム「奥びわこ」に併設されています)
指定番号：滋賀県 第2570300877号
郵便番号：529-0721
電話番号：0749-89-1689
FAX 番号：0749-89-1690
管理者氏名：施設長 榊原 昌哉

当施設の運営方針

- ・ご利用者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支援します。
- ・常にご本人の意思及び人格を尊重し、家庭的な雰囲気の中で過ごせ、また、居宅における生活に近い日常生活の中でケアを行い、地域や家庭との結び付きを重視した運営を目指します。

営業日および営業時間

営 業 日：年中無休（土、日、祝日は、家族の送迎が可能な利用者）
入所定員：15名
送迎時間：9：00 ～ 17：00（家族送迎の場合は8：30～19：30）

2 居室及び共用施設設備の概要

短期入所用ユニット 2ユニット (15室)

各ユニット		ユニット共用部	
居室（全室個室）		食堂スペース	1ヶ所
5室	1ユニット	リビングスペース	1ヶ所
10室	1ユニット	便 所	3ヶ所
洗面所	各室1ヶ所	汚物室	1ヶ所
収納庫	各室1ヶ所	浴 室	1ヶ所

共用施設及び設備

機械浴室	1ヶ所	医務室	1ヶ所
機能訓練スペース	3ヶ所	便 所	5ヶ所
理・美容室	1ヶ所	洗濯場	2ヶ所
地域交流スペース	1ヶ所	相談室	1ヶ所

3 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

（介護職員以外は、併設の指定介護老人福祉施設と兼務）

職員体制：

（令和6年6月1日現在）

職 種	員 数	業 務 内 容
施設長（管理者）	1名	施設管理
介護職員	5名以上	介護全般
生活相談員	1名	計画の作成・生活全般
管理栄養士	1名	給食管理
機能訓練指導員	1名	機能訓練

早 出	7：00 ～ 16：00	日 勤①	8：30 ～ 17：30
遅 出	13：00 ～ 22：00	日 勤②	11：00 ～ 20：00
夜 勤	22：00 ～ 7：00		

協力医療機関：マキノ病院
あおば横井歯科

TEL：0740-27-0099
TEL：0749-88-8010

4 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所が提供するサービスについて、利用料金が介護保険から給付されるサービスと利用料金の全額をご利用者にご負担いただくサービスがあります。

① 介護給付サービスによる料金

下記の表によって、ご利用者の要介護度の応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担）をお支払下さい。（サービスの利用料金は、ご本人の要介護度に応じて異なります）

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて負担額を変更します。

ア. 介護度別基本サービス単位

介護度	1日あたりのサービス単位
要介護度 1	704単位
要介護度 2	772単位
要介護度 3	847単位
要介護度 4	918単位
要介護度 5	987単位

イ. 加算単位

加算種別	算定要件	加算単位
夜勤職員配置加算(Ⅱ)	夜勤を行う介護職又は看護職員の数が、最低基準を1以上上回っていること	18単位/日
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が80%以上、または勤続10年以上の介護福祉士が35%以上の場合。	22単位/日
送迎加算	利用者宅と事業所間の送迎を行う場合	184単位/回
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	①キャリアパス要件Ⅰ～Ⅴ ②月額賃金改善要件 ③職場環境等要件 ①～③の要件をすべて満たしていること。	1ヶ月につき所定 単位数×14%

ウ. 介護サービスに係る自己負担額（1ヵ月）の算定方法

（介護度別基本単位 ＋ 加算単位（処遇改善加算を除く））× 利用日数
＝1ヶ月の単位数 … (A)

(A) × 14%（介護職員等処遇改善加算率Ⅰ）＝介護職員等処遇改善加算の単位数… (B)

[(A) + (B)] × 地域単価10.17円 ＝ 1ヵ月の総費用 … (C)

① (C) - { (C) × 90%（保険給付率）} = 1割負担の方の自己負担額

② (C) - { (C) × 80%（保険給付率）} = 2割負担の方の自己負担額

③ (C) - { (C) × 70%（保険給付率）} = 3割負担の方の自己負担額

※① ② ③の負担割合につきましては市町村より交付される『介護保険負担割合証』をご確認ください。

エ. 食費・居住費（滞在費）

食 費 朝食 3 2 0 円 昼食 6 7 0 円(おやつ代込) 夕食 5 9 0 円
 居住費（滞在費）ユニット型個室 一日 3, 2 0 0 円

＊ 食費・居住費（滞在費）の負担軽減について

介護保険制度では、施設サービスや短期入所サービスを利用する際、施設サービス費の1割に加え、食費、居住費（滞在費）、日常生活費が自己負担となっています。低所得者の方のサービス利用が困難にならないよう、食費、居住費（滞在費）については下表のとおり、所得に応じた負担限度額が設けられています。負担軽減を受けるためには、申請により「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けることが必要です。

(単位：円／日)

負担区分	費用種別	負担限度額
第2段階	食 費	6 0 0
	居住費（滞在費）	8 8 0
第3段階①	食 費	1, 0 0 0
	居住費（滞在費）	1, 3 7 0
第3段階②	食 費	1, 3 0 0
	居住費（滞在費）	1, 3 7 0

オ. 送迎費用（実費負担）

長浜市、高島市外への送迎につきましては実費負担となりますのでご相談ください。

カ. その他

理美容師による出張の理美容サービスが御座います。(カット、パーマ、毛染め)

② お支払方法

毎月、10日以降に前月分を請求いたしますので、当月20日までにお支払い下さい。
 お支払い方法は、口座自動引落とし・銀行振込・窓口現金支払のいずれかとなります。

ア. 口座自動引落とし

ご利用できる金融機関 滋賀銀行 関西みらい銀行 長浜信用金庫
 郵便局 農協

毎月20日付で引落としさせていただきます。

この場合、手数料については当施設が負担いたします。

イ. 下記指定口座への振込

滋賀銀行 木之本支店 普通預金 No 3 9 5 5 6 5
 社会福祉法人 尊徳会 理事長 榊原 尊

この場合、手数料について利用者負担となります。

③ サービスの概要

(1) 食 事

- ・当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養やご利用者の身体の状態に配慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の生活習慣を尊重し、自分のペースで食事ができるよう十分な時間を確保します。

(基本的食事時間)

朝 食；8：00～ 昼 食；12：00～ 夕 食；18：00～

(2) 入 浴

- ・入浴は、各ユニットの家庭風呂でゆっくり入浴していただき、ご利用者の意向に応じることができるよう入浴の機会を設けます。入浴できない方は清拭をいたします。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴していただきます。

(3) 排 泄

- ・排泄の自立を促すため、ご本人の身体能力を最大限活用した援助を行います。

(4) 送迎サービス

- ・ご希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。

(5) その他自立への支援

- ・各ユニットにおいてご利用者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援し、心身の状況等に応じ、適切な介護を行い、また、ご利用者の日常生活における家事を、その心身の状況等に応じて、それぞれの役割を持って行なえるよう適切に支援いたします。
- ・各ユニットにおいてご利用者がそれぞれの役割をもって生活を営むことができるよう配慮して行います。

5 利用の中止、変更

- (1) ご利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者に出してください。
- (2) サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望される期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示させていただく場合があります。
- (3) サービスを利用されている期間中でも、利用を中止することができます。その場合、すでに実施されたサービスにかかる利用料金はお支払いいただきます。

6 サービス利用の留意事項

当施設の利用にあたり、ご利用者共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため下記の事項をお守り下さい。

(1) 持込の物

- ・ 日常生活に必要なものでご本人が使い慣れておられるものをご用意願います。

(2) 面 会

- ・ 面会の方は、必ずその都度受付に備え付けの「面会カード」に所定事項をご記入のうえ、職員に届け出てください。
- ・ 面会のとき、ご本人に「何か食べ物を」と思われるでしょうが、身体の状態によっては飲み込みが悪くのを詰まらせる方、胃腸が弱く消化不良を起こす方がおられます。食物や飲み物持込の際は必ず介護職員にご相談下さい。
- ・ 面会時間は、9時 ～ 19時（原則）でお願いします。

(3) 外 出

- ・ 外出される場合は事前にお申し出いただき、所定の「外出届」に記入していただきます。

(4) 施設・設備の使用上の注意

- ・ 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ・ 故意、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合は、自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・ ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には居室内に立ち入り、必要な措置を講ずることができるものとします。
ただし、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮をいたします。
- ・ 当施設の職員や他のご利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

7 緊急時及び事故発生時の対応について

ご利用者の健康状態が急変したときや事故が起こったときは、必要に応じご家族又は緊急連絡先へ連絡すると共に、速やかに協力医療機関に搬送し必要な処置を講じます。

8 身体拘束

当施設の利用に当たって、ご利用者の生命や身体を緊急時保護する必要がある場合を除き身体拘束や行動の制限を行いません。

- ・ 緊急時やむえない場合、施設内で検討後 拘束や制限の理由、内容、期間についてご家族及びご利用者に対し説明を行い同意書に記入していただきます。
- ・ 身体拘束や行動制限の実施状況、経過を記録しご家族及びご本人に対し説明を行います。
- ・ 担当者によるカンファレンスを実施し、解除に向けての検討を行います。

9 第三者評価の実施状況

提供するサービスの第三者評価の実施状況 （ 未実施 ）

10 苦情及び個人情報相談受付について

（1）当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

（2）個人情報相談窓口

個人情報に関する苦情受付及び質問を以下の専門窓口で受け付けます。

○ 苦情受付窓口

○ 個人情報相談窓口

・ 受付電話番号 0749-89-1689

・ 受付FAX番号 0749-89-1690

・ 受付担当者 生活相談員 保木 裕美

・ 解決責任者 施設長 榊原 昌哉

苦情報告機関

・ 第三者委員設置

○ 受付時間 毎週月曜日 ～ 金曜日 9:00 ～ 17:00

また、苦情受付として玄関に、苦情受付箱を設置しています。

行政の機関その他苦情受付機関

滋賀県健康福祉部 医療福祉推進課	所在地 : 大津市京町四丁目1番1号 電話番号 : 077-528-3523 FAX : 077-528-4851
長浜市健康福祉部 長寿推進課	所在地 : 長浜市八幡東町632番地 電話番号 : 0749-65-7789 FAX : 0749-64-1437
高島市長寿介護課	所在地 : 高島市新旭町北畑565番地 電話番号 : 0740-25-8029 FAX : 0740-25-8054
滋賀県国民健康保険団体連合会	所在地 : 大津市中央4丁目5番9号 電話番号 : 077-510-6605 FAX : 077-510-6606
あんしん・なつとく委員会 (滋賀県運営適正委員会) 社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会	所在地 : 草津笠山7丁目8番138号 電話番号 : 077-567-4107 FAX : 077-561-3061

シ ョ ー ト ス テ イ 奥 び わ こ 料 金 表 (令和6年 8月改訂)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本サービス	704 単位	772 単位	847 単位	918 単位	987 単位
夜勤配置加算(Ⅱ)	18 単位	18 単位	18 単位	18 単位	18 単位
サービス提供体制強化加算ⅠⅠ	22 単位	22 単位	22 単位	22 単位	22 単位
合計単位数 /日	744 単位	812 単位	887 単位	958 単位	1,027 単位
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	104 単位	114 単位	124 単位	134 単位	144 単位
個人負担金額 /日	863 円	941 円	1,028 円	1,111 円	1,191 円
食 費 /日(朝昼夕3食)	1,580 円	1,580 円	1,580 円	1,580 円	1,580 円
居 住 費 /日	3,200 円	3,200 円	3,200 円	3,200 円	3,200 円
食費 + 居住費 /日	4,780 円	4,780 円	4,780 円	4,780 円	4,780 円
合 計 金 額	5,643 円	5,721 円	5,808 円	5,891 円	5,971 円

介護保険負担限度額認定 第2段階	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本サービス	704 単位	772 単位	847 単位	918 単位	987 単位
夜勤配置加算(Ⅱ)	18 単位	18 単位	18 単位	18 単位	18 単位
サービス提供体制強化加算ⅠⅠ	22 単位	22 単位	22 単位	22 単位	22 単位
合計単位数 /日	744 単位	812 単位	887 単位	958 単位	1,027 単位
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	104 単位	114 単位	124 単位	134 単位	144 単位
個人負担金額 /日	863 円	941 円	1,028 円	1,111 円	1,191 円
食 費 /日(朝昼夕3食)	600 円	600 円	600 円	600 円	600 円
居 住 費 /日	880 円	880 円	880 円	880 円	880 円
食費 + 居住費 /日	1,480 円	1,480 円	1,480 円	1,480 円	1,480 円
社会福祉法人等による利用者負担軽減	1,757 円	1,816 円	1,881 円	1,943 円	2,003 円
合 計 金 額	2,343 円	2,421 円	2,508 円	2,591 円	2,671 円

介護保険負担限度額認定 第3段階-①	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本サービス	704 単位	772 単位	847 単位	918 単位	987 単位
夜勤配置加算(Ⅱ)	18 単位	18 単位	18 単位	18 単位	18 単位
サービス提供体制強化加算ⅠⅠ	22 単位	22 単位	22 単位	22 単位	22 単位
合計単位数 /日	744 単位	812 単位	887 単位	958 単位	1,027 単位
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	104 単位	114 単位	124 単位	134 単位	144 単位
個人負担金額 /日	863 円	941 円	1,028 円	1,111 円	1,191 円
食 費 /日(朝昼夕3食)	1,000 円	1,000 円	1,000 円	1,000 円	1,000 円
居 住 費 /日	1,370 円	1,370 円	1,370 円	1,370 円	1,370 円
食費 + 居住費 /日	2,370 円	2,370 円	2,370 円	2,370 円	2,370 円
社会福祉法人等による利用者負担軽減	2,424 円	2,484 円	2,549 円	2,611 円	2,671 円
合 計 金 額	3,233 円	3,311 円	3,398 円	3,481 円	3,561 円

介護保険負担限度額認定 第3段階-②	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本サービス	704 単位	772 単位	847 単位	918 単位	987 単位
夜勤配置加算(Ⅱ)	18 単位	18 単位	18 単位	18 単位	18 単位
サービス提供体制強化加算ⅠⅠ	22 単位	22 単位	22 単位	22 単位	22 単位
合計単位数 /日	744 単位	812 単位	887 単位	958 単位	1,027 単位
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	104 単位	114 単位	124 単位	134 単位	144 単位
個人負担金額 /日	863 円	941 円	1,028 円	1,111 円	1,191 円
食 費 /日(朝昼夕3食)	1,300 円	1,300 円	1,300 円	1,300 円	1,300 円
居 住 費 /日	1,370 円	1,370 円	1,370 円	1,370 円	1,370 円
食費 + 居住費 /日	2,670 円	2,670 円	2,670 円	2,670 円	2,670 円
社会福祉法人等による利用者負担軽減	2,649 円	2,709 円	2,774 円	2,836 円	2,896 円
合 計 金 額	3,533 円	3,611 円	3,698 円	3,781 円	3,861 円

送 迎	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
送迎加算	184 単位	184 単位	184 単位	184 単位	184 単位
送迎料金 (1回につき)	187 円	187 円	187 円	187 円	187 円

そ の 他	
食 費	・提供した食数分の請求を致します。(朝食390円 昼食670円おやつ込 夕食590円) ・介護保険負担限度額認定証をお持ちの場合は1日当たりの食費が定額となりますが、費用が1日当たりの食費よりも低い場合はその額を請求させて頂きます。
送 迎	・ご自宅と施設間の送迎をいたします。※介護保険制度上、病院など他の事業所への送迎はできません。
理 美 容	・出張理美容サービス (カット2,300円 カット+毛染め3,800円 パーマ5+B2:164,500円)

本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

ユニット型指定短期入所生活介護事業所

特別養護老人ホーム 奥びわこ

施設長 榑原 昌哉 印

説明者氏名 印

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) 氏名 印

(代理者) 氏名 印

本人との続柄 ()