

## 短期入所生活介護（幸寿苑）重要事項説明書

＜令和 7 年 9 月 1 日現在＞

### 1. 短期入所生活介護幸寿苑が提供するサービスについての相談窓口

電話 0 2 4 6 - 2 2 - 8 1 0 0 （午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分まで）

携帯 0 8 0 - 2 8 4 9 - 2 4 3 8

担当 主任生活相談員 阿部 恵

\* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

### 2. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的 指定居宅サービスに該当する短期入所生活介護の事業は、要介護状態となった場合においても、その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た自立した日常生活を営むことができるように介助、援助し、機能回復訓練を行うことにより利用者の心身の機能維持並びに家族の身体的及び精神的負担の軽減を目的とします。

運営の方針 介護保険法並びに関係する厚生労働省令、その他告示の趣旨及び内容に沿ったものとします。サービスを提供する際には、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確にとらえ、個別に短期入所生活介護計画を作成し、高度な介護技術をもって、利用者が必要とする適切なサービスを提供いたします。

### 3. 幸寿苑の概要

#### (1)提供できるサービスの種類

施設名称	幸寿苑
所在地	福島県いわき市平上平窪字原田 13 番地の 1
介護保険指定番号	短期入所生活介護 0770400414（福島県指令高 2114-437 号）

#### (2)職員体制及び職務内容

職種	員数	職務内容
管理者	1 名（常勤で兼務）	職員の管理及び業務の管理を行います。
医師	1 名（非常勤）	利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

生活相談員	1 名以上（常勤で専従）	利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います
管理栄養士	1 名以上（常勤で兼務）	利用者の食事提供について献立の作成、栄養計算等を担当します
機能訓練指導員	1 名以上（常勤で兼務）	利用者の機能訓練を担当します
事務職員	2 名以上（常勤で兼務）	必要な事務を担当します
介護職員	31 名以上（常勤で兼務）	利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・援助等を行います。夜間帯は 100 名の利用者に対し、4 名の職員で対応します
看護職員	4 名以上（常勤で兼務）	看護責任者を中心に、主に、利用者の健康管理や療養上の世話を行います。日常生活上の介護、介助等も行います。夜間帯は勤務しませんが、交代でオンコール体制を整え、緊急時に備えます

### (3)設備の内容

定員 20 名

居室 4 人部屋（多床室） 2 室、 2 人部屋（多床室） 4 室

個室（従来型個室） 4 室

浴室 一般浴槽と自力で入浴困難な方のための特殊浴槽があります。

医務室 1 室

機能訓練室 1 室

食堂 1 室

### (4)居室の決定

ご利用の際の居室は、原則空いているベッドとなりますが、他の居室でのご利用を希望される場合は、その旨お申し出下さい。（但し、ご契約者の心身の状況によりご希望に添えない場合があります。）

\*居室の変更：ご契約者から居室の変更の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定いたします。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族と協議の上、決定するものとします。

#### 4. サービス内容

- ①食事 栄養計算された食事を嚥下、咀嚼の力に合わせて提供します。
- |      |    |             |
|------|----|-------------|
| 提供時間 | 朝食 | 7：30～ 8：30  |
|      | 昼食 | 12：00～13：00 |
|      | 夕食 | 17：30～18：30 |
- ②入浴 大小2つの一般浴槽、リフト、特殊浴槽があり障害の程度によって無理なく入浴できます。入浴は、週2回です。ただし、健康状態によっては、入浴できないことがあります。
- ③介護 利用者の個別サービス計画に沿って、食事、入浴、排泄等、日常生活上の介護を行い、快適な利用ができるよう努めます。
- ④機能訓練 専任の訓練指導員（看護職員）が訓練にあたります。
- ⑤生活相談 利用中または自宅での生活相談について担当職員が相談に応じます。
- ⑥健康管理 日常生活の健康観察を重視し、疾病の予防に努めます。また、主治医の指示のもと看護職員が対応します。
- ⑦理容サービス 毎月1回理容サービスを実施しております。（実費）
- ⑧レクリエーション 利用期間中様々なレクリエーションに参加できます。  
また、材料費がかかる物については実費を負担していただきます。

#### 5. 利用料金

##### (1)基本料金

##### ①施設利用料

- \*個室（従来型個室）利用をご希望の場合は、次の従来型個室の施設利用料となり、居室の希望がない場合は、多床室の施設利用料となります。
- \*感染症や治療上の必要など、施設側の事情により個室（従来型個室）の利用が必要な場合や、著しい精神症状等により他の利用者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれが高く、個室（従来型個室）以外での対応が困難である場合は、多床室の施設利用料となります。

##### 1) 従来型個室：1日あたり

併設短期入所生活介護費（Ⅰ）

- \* 機能訓練体制加算 12 単位
- \* 看護体制加算費Ⅳイ 23 単位
- \* 夜勤職員配置加算費Ⅲ 15 単位
- \* サービス提供体制強化加算費Ⅰ 22 単位を含む

	介護保険適応時の 1 日あたりの自己負担額		
	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護度 1	6 7 3 円	1, 3 4 6 円	2, 0 1 9 円
要介護度 2	7 4 2 円	1, 4 8 4 円	2, 2 2 6 円
要介護度 3	8 1 5 円	1, 6 3 0 円	2, 4 4 5 円
要介護度 4	8 8 5 円	1, 7 7 0 円	2, 6 5 5 円
要介護度 5	9 5 4 円	1, 9 0 8 円	2, 8 6 2 円

## 2) 多床室：1 日あたり

### 併設短期入所生活介護費（Ⅱ）

- \* 機能訓練体制加算 12 単位
- \* 看護体制加算費Ⅳイ 23 単位
- \* 夜勤職員配置加算費Ⅲ 15 単位
- \* サービス提供体制強化加算費Ⅰ 22 単位を含む

	介護保険適応時の 1 日あたりの自己負担額		
	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護度 1	6 7 3 円	1, 3 4 6 円	2, 0 1 9 円
要介護度 2	7 4 2 円	1, 4 8 4 円	2, 2 2 6 円
要介護度 3	8 1 5 円	1, 6 3 0 円	2, 4 4 5 円
要介護度 4	8 8 5 円	1, 7 7 0 円	2, 6 5 5 円
要介護度 5	9 5 4 円	1, 9 0 8 円	2, 8 6 2 円

## ②滞在費：1 日あたり

- \* 個室（従来型個室）利用をご希望の場合は、次の従来型個室の滞在費となり、居室の希望がない場合は、多床室の滞在費となります。
- \* 感染症や治療上の必要など、施設側の事情により個室（従来型個室）の利用が必要な場合や著しい精神症状等により他の利用者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれが高く、個室（従来型個室）以外での対応が困難である場合は、多床室の滞在費となります。
- \* 滞在に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には認定証に記載してある負担限度額となります。ご利用の際は介護保険負担限度額認定証をお示し下さい。

1) 従来型個室

	滞在費
第4段階	1, 231円
第3段階：年金266万円迄	880円
第2段階：年金 80万円迄	480円
第1段階：生活保護	380円

2) 多床室

	滞在費
第4段階	915円
第3段階：年金266万円迄	430円
第2段階：年金 80万円迄	430円
第1段階：生活保護	0円

③食費（食材料費＋調理費）

1日あたり：1,445円（朝食417円・昼食530円・夕食498円）

\* 食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載してある負担限度額となります。ご利用の際は、介護保険負担限度額認定証をお示し下さい。

	1日当たりの食費（日額）
【第4段階】	1, 445円
【第1段階 生活保護】	300円
【第2段階 年金80万円以下】	600円
【第3段階①年金120万円以下】	1, 000円
【第3段階②年金120万円超】	1, 300円

④送迎費（片道）

介護保険適応時の1回あたりの自己負担額
¥184

・実施地域は、平、好間、内郷、小川の区域ですが、その他についてはご相談に応じます。その際の送迎費は別途いたしません。

⑤療養食加算 1食につき 8円

心臓・腎臓疾患など定められた疾患に対し、管理栄養士又は栄養士によって、医師の発行する食事せんに基づいて献立を作成し、適切な栄養量及び内容の食事を提供します。

⑥介護職員処遇改善加算Ⅰ

介護職員等の処遇を改善するために、賃金改善や資質の向上等の取り組みを行い職員の定着率の向上とサービスの質を維持するため、介護職員等処遇改善加算を除く月の利用合計所定単位数の14%に相当する単位数を所定単位数に加算します。

⑦償還払いについて

要介護認定を受けていない方が、緊急に介護サービスを利用した場合等は、当面、10割のサービス費をお支払いいただきます。その後、いわき市の担当する窓口で領収書を提示すると共に、いわき市への介護報酬分（介護サービス費の7～9割）の請求等、必要な手続きを行い、清算していただくことになります。

(2)その他の料金

理美容代 利用料 2500円から（翌月口座振替）

その他

- ・上記の他レクリエーション費用、買い物サービスの費用などは自己負担となります。

(3)利用中の中止

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。

\*次の場合は、利用途中でもサービスを中止する場合があります。

- ・利用者が途中退所を希望した場合
- ・利用開始日の健康チェックの結果、体調が悪い場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合
- ・他の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

(4)支払方法 ひと月の利用終了毎、翌月に口座振替にて支払いいただきます。

## 6. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用申し込み

お電話等で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ヶ月前からできます。

\* 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

### (2) サービス利用契約の終了

#### ① お客様のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に短期入所生活介護をご利用中でなければ、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

次の場合は、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。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ お客様がお亡くなりになった場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けているお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）、または要支援1、要支援2と認定された場合

\* この場合に限り、予約を有効にしたまま、契約条件を変更して再度契約することができます。

#### ③ その他

次の事由により該当した場合は、事業所は利用者に対して30日間の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合。
- ・ お客様やご家族などがその他関係者の方などが当施設のお客様、職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為（介護職員や他利用者に対する故意による暴言・暴力行為等並びにハラスメント行為等）を行った場合。
- ・ やむを得ない事情により施設を閉鎖もしくは縮小する場合は、10日前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことができます。なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。

## 7. 身元引受人について

- (1)幸寿苑では、契約締結にあたり、身元引受人の設定をお願いしています。
- (2)身元引受人は、ご家族又は縁故者もしくは成年後見人等とします。
- (3)身元引受人の職務は、次の通りとします。
  - ①利用契約が終了した後、幸寿苑に残された利用者の所持品（残置物）を利用者自身が引き取れない場合のお受け取り及び、当該引き渡しにかかる費用のご負担。
  - ②利用者と連帯して、本契約から生じる利用者の債務を負担するものとします。

## 8. 連帯保証人について

- (1)幸寿苑では、契約締結にあたり、連帯保証人の設定をお願いしています。
- (2)連帯保証人は、次の性質を有するものとします。
  - ①民法 458 条の 2 に定める連帯保証人
  - ②前項の連帯保証人の負担は、極度額 1 0 0 万円を限度とします。
  - ③連帯保証人が負担する債務の元本は、利用者又は身元引受人及び連帯保証人が死亡したときに確定するものとします。
  - ④連帯保証人の請求があったときは、事業所は連帯保証人に対して遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

## 9. 施設利用に当たっての留意事項

- ・面会……………朝 8:00～夜 8:00 までご自由に面会できます。  
飲食物をお持ちの場合はお申し出ください。
- ・外出、外泊……………所定の申込用紙に記入の上前日までにお申し出下さい。
- ・飲酒、喫煙……………医師より禁止の指示がない限りは自由ですが、喫煙については所定の場所をお願いいたします。
- ・設備、器具の利用……………施設備品の使用については、その都度ご相談ください。
- ・金銭、貴重品の管理……………施設での金銭、貴重品の管理は、原則として行いません。
- ・所持品の持ち込み……………必要物品については一覧を別途ご用意いたします。なお、事故防止のため刃物、ライター類の持ち込みは堅くご遠慮下さい。
- ・宗教活動……………信仰については自由ですが、布教活動についてはご遠慮願います。
- ・録音・録画の制限……………当施設では、施設内及び敷地内における録音・録画を禁止しております。録音・録画を希望される場合には、必ず事前に職員へご相談下さい。また、希望に応じられない場合もありますので、ご理解賜りますようお願い申し上げます。



## 10. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。なお、利用中に病院受診が必要になった場合の利用者搬送は、原則としてご家族でお願いいたします。

各感染症に対して、感染症拡大防止に努め、感染症マニュアルの定めに基づき必要な対応を行っていきます。

## 11. 事故発生時の対応方法

サービス提供により事故が発生した場合には、速やかにいわき市並びにご家族等に連絡を行うとともに、担当する居宅介護支援事業者に連絡する等、必要な措置を講じます。また、賠償すべき事故の場合はその損害を賠償することとしています。

## 12. 非常災害対策

- ・防災時の対応……非常災害対策マニュアルにのっとり速やかに対応いたします。
- ・防災設備………スプリンクラー、自動通報装置完備。
- ・防災訓練………年3回実施（消火及び通報訓練1回、避難訓練2回）
- ・防火責任者………大利 雅也（防火管理者）

## 13. 虐待防止について

虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。また、虐待防止のための指針を整備し、職員に対して虐待防止のための研修を定期的に実施します。

## 14. サービス内容に関する相談・苦情

### ①当施設ご利用者相談・苦情担当

担当 主任生活相談員 阿部 恵  
TEL 0246-22-8100

### ②当施設苦情解決責任者

管理者 吾妻 香  
TEL 0246-22-8100

### ③第三者委員（苦情解決委員会）

吉田 康富	TEL 090-2029-3276
鮫島 和弘	TEL 0246-25-3501
鈴木 東雄	TEL 0246-23-1530

なお、第三者委員も相談及び苦情の受け付けを行いません。

④その他

当施設の他に、いわき市及びいわき市の各地区保健福祉センターの相談・苦情窓口と福島県国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口でも受け付けています。

いわき市介護保険課	0246-22-7467（直通）
各地区保健福祉センター	
平地区	0246-22-7457（直通）
内郷・好間・三和地区	0246-27-8691（直通）
小川・川前地区	0246-83-1329（内線）4001
小名浜地区	0246-54-2111（内線）5164～5167
常磐・遠野地区	0246-43-2111（内線）5574～5577
勿来・田人地区	0246-63-2111（内線）5374～5377
四倉・久之浜大久地区	0246-32-2111（内線）5950～5951
福島県国民健康保険団体連合会	024-528-0040
福島県運営適正化委員会	024-523-2943

15. 第三者評価の実施状況（有・☒無）

（実施年月日）

（評価機関）

（評価結果）

## 16. 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 柳愛会
代表者役職・氏名	理事長 志賀 由章
本部の所在地	福島県いわき市平上平窪字原田 13 番地の 1 TEL0246-22-8100

定款の目的に定めた事業	1.特別養護老人ホーム（幸寿苑）の経営 2.老人デイサービス事業（幸寿苑） 3.老人短期入所事業（幸寿苑） 4.居宅介護支援事業（幸寿苑）
-------------	--

施設・拠点等	短期入所生活介護	1 ヶ所（20 床）
	介護老人福祉施設	1 ヶ所（80 床）
	通所介護	1 ヶ所（25 人）
	認知症対応型通所介護	1 ヶ所（12 人）
	居宅介護支援事業所	1 ヶ所

短期入所生活介護ご利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

説明日 令和 年 月 日

契約者氏名

事業者

<事業者名> 幸寿苑

指定番号 0770400414(福島県指令高 2114-437 号)

<住所> 福島県いわき市平上平窪字原田 13 番地の 1

<代表者名> 理事長 志賀 由章 印

説明者

主任生活相談員

阿部 恵 印

私は、契約書および本書面により、事業者から短期入所生活介護についての重要事項の説明を受け、内容について同意しました。

同意日 令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名 印

利用者は、署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わってその署名を代行いたします。

署名代行者 住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

続柄

身元引受人 住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

続柄