

# 海王ショートステイ

(指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護)

## 重 要 事 項 説 明 書

当事業所は介護保険の指定をうけています。

(富山県指定 第 1671100806 号)

事業者の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

当事業所の利用は、原則として要介護状態（介護予防短期入所生活介護においては要支援状態）と認定された方が対象となります。

### 1. 事業者

事業者名称 : 社会福祉法人 海友会  
所在地 : 〒934-0023 富山県射水市海王町 25 番地  
法人種別 : 社会福祉法人  
代表者 : 矢野 博明  
電話番号 : 0766-83-7667

### 2. 事業所の概要

(1) 事業の種類 指定短期入所生活介護 令和 2年10月1日指定  
指定介護予防短期入所生活介護 令和 2年10月1日指定  
(富山県 第 1671100806 号)

#### (2) 事業所の目的

利用者に対し、体力と機能の維持改善を図って、可能な限り A D L の自立や要介護の重度化予防を図ることや介護者の介護負担軽減を目的として残存機能を最大限に利用したケアを提供いたします。

(3) 事業所の名称 : 海王ショートステイ

(4) 事業所の所在地 : 〒934-0023 富山県射水市海王町 25 番地

(5) 電 話 : TEL 0766-83-7111 FAX 0766-83-7122

(6) 管 理 者 : 塩谷 麻江

(7) 当事業所の運営方針

事業の実施に当たっては、関係市町村・地域の保健・医療・福祉サービス事業所、関係する居宅介護支援事業者地域包括センターとの連携を密にし、協力と理解の基に適切な運営をはかるものとする。

(8) 通常の事業の定員及び実施地域

海王ショートステイの定員は 26 名とする。

海王ショートステイの実施地域は、次の通りとする。

射水市の旧新湊市全域 高岡市上牧野・下牧野・中曾根・姫野・金屋

通常の実施区域以外からの利用申し込みがあった場合には、これを理由には拒まない

(9) 営業日及び営業時間

営業日 通常月曜日から日曜日までとする。ただし 12 月 30 日～1 月 3 日を除く。

(10) 事業者は、苦情を受け付ける窓口を設置して、その提供したサービスに関する契約者等からの苦情に対して適切に対応するものとします。

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定短期入所生活介護サービス・指定介護予防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  
(職員の配置員数)

医師	1名
介護職員	必要数
看護職員	1名以上
生活相談員	1名以上
栄養士	1名

### 4. 提供するサービスと利用料金

#### (1) 提供するサービス

サービス内容 利用者の送迎（希望者）※必要と認められる場合

健康チェック
入浴サービス
給食サービス
集団体操、リハビリ機器を用いた運動
身体介護

年間、季節行事 ゲーム、レクリエーションほか

※ サービスの提供は懇切丁寧に行い、分り易く説明いたします。

※ 不明な点があればいつでも職員に質問してください。

#### (2) 利用料金

海王ショートステイ

介護サービス費

指定短期入所生活介護費（1日につき）

利用者負担は下記の1割、2割または3割となります。

要介護度	個室利用		多床室利用	
	サービス項目	料 金	サービス項目	料 金
要介護 1	単独短期生活 I 1	6, 450円	単独短期生活 II 1	6, 450円
要介護 2	単独短期生活 I 2	7, 150円	単独短期生活 II 2	7, 150円
要介護 3	単独短期生活 I 3	7, 870円	単独短期生活 II 3	7, 870円
要介護 4	単独短期生活 I 4	8, 560円	単独短期生活 II 4	8, 560円
要介護 5	単独短期生活 I 5	9, 260円	単独短期生活 II 5	9, 260円

※短期入所生活介護送迎加算（片道）1, 840円

※看護体制加算（I） 40円

※サービス提供体制強化加算III 60円

※介護職員等処遇改善加算IIとして所定単位数の13.6%を加算させていただきます。

指定介護予防短期入所生活介護費（1日につき）

利用者負担は下記の1割2割または3割となります。

要支援認定	個室利用		多床室利用	
	単独介護予防短期生活（I）		単独介護予防短期生活（II）	
要支援 1	4, 790円		4, 790円	
要支援 2	5, 960円		5, 960円	

※介護予防短期入所生活介護送迎加算（片道）1, 840円

※サービス提供体制強化加算III 60円

※介護職員等処遇改善加算IIとして所定単位数の13.6%を加算させていただきます。

## その他の利用料（全額利用者負担）

※食 費： 朝食：450円 昼食：800円（おやつ代含む） 夕食：650円  
(第1段階：300円、第2段階：600円、第3段階①：1000円、第3段階②：1,300円)

※滞在費（一日あたり）：

個 室：1,300円 (第1段階：380円、第2段階：480円、第3段階：880円)

多床室：1,000円 (第1段階：0円、第2段階：430円、第3段階：430円)

(注) 段階認定を受けるには、「介護保険負担限度額認定証」の掲示が必要です。

※その他 利用者の全額負担が適當と認められる日常生活品費：別紙参照

※オムツ代は利用料金に含まれます。

※口座引き落とし手数料110円、郵送を希望される場合の郵送代は利用者負担とさせていただきます。

## 5. 苦情の受付について

### (1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

① 苦情受付窓口（担当者）海王ショートステイ 管理者 塩谷 麻江

(苦情は面接、電話、書面等により隨時受け付けます。)

TEL 0766-83-7111 FAX 0766-83-7122

② 法人苦情解決責任者 理事長 矢野 博明

TEL 0766-82-5150 FAX 0766-82-5110

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

射水市 介護保険課	富山県射水市新開発410番地1 TEL 0766-51-6627
高岡市 高齢介護課	富山県高岡市広小路7番50号 TEL 0766-20-1365
富山県 国民健康保険団体連合会	富山県富山市下野字豆田995番地の3 TEL 076-431-9833
富山県福祉サービス 運営適正化委員会	富山県富山市安住町5番地の21 TEL 076-432-3280

## 6. 緊急時の対応について

- (1) ①事故発生（発見）緊急搬送の要請など、生命身体の安全を最優先に対応します。  
②その時点で明らかになっている範囲の事故状況を速やかに家族、市町村保険者へ連絡いたします。  
③病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医又は定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。  
事業所の協力医療機関  
矢野医院 診療科 内科・神経内科・胃腸科・リハビリテーション科
- (2) 事業者は、利用者に対するサービスの提供にあたって、事業者の責めに帰するべき理由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、その損害を賠償するものとします。

## 7. 利用者及び利用者家族の個人情報の取り扱いと秘密保持について

他の指定障害福祉サービス事業所等に対して、利用者又はその家族に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により利用者又はその家族の同意を得ます。正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らさないものとします。  
退職後においても同様とします。

## 8. 高齢者虐待防止・身体拘束等の適正化について

- (1) 利用者の人権擁護・虐待の防止等に対応するため、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じます。
- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止のための指針を整備し、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。
- ③ 上記措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- (2) 利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護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（以下「身体拘束等」という。）を行いません。また身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。
- ① やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者的心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録します。
- ② 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に（3月に1回）開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- ③ 身体拘束等の適正化のための指針を整備し、従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施します。

令和 年 月 日

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 富山県射水市海王町25番地  
社会福祉法人 海友会  
理事長 矢野 博明

説明者 富山県射水市海王町25番地  
海王ショートステイ

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の重要事項の説明をうけたことを確認し、同意いたします。

令和 年 月 日

利用者（契約者）

(〒 - )

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_

利用者（契約者）の家族等署名代理者

(〒 - )

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_

利用者との関係 \_\_\_\_\_