

ショートステイ BASARA 重要事項説明書（介護予防含む）

令和7年4月1日現在

当施設は介護保険の指定を受けています
（ 大分市指定 第 4470110414 号 ）

当施設はご契約者に対して短期入所生活介護サービスを提供します。施設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とおり説明します。

◇◆目次◆◇

1.	施設経営法人	1
2.	施設の概要	1
3.	職員の配置状況	2
4.	職員の勤務体制	2
5.	当施設が提供するサービス	3
6.	ご利用料金	3
7.	利用の中止、変更、追加について	4
8.	通常の送迎の実施地域	5
9.	苦情の受付	5
10.	協力医療機関	5
11.	事故発生時の対応	5
12.	高齢者虐待防止	5
13.	身体拘束等の適正化	6
14.	非常災害対策	6
15.	業務継続計画の策定	6
16.	損害賠償	6
17.	サービス利用にあたっての留意事項	6

1. 施設経営法人

- (1) 法人名・・・社会福祉法人 参風会^{さんふう}
- (2) 法人所在地・・・大分県大分市大字三芳 1305 番地の 1
- (3) 電話番号・・・097-545-8257
- (4) 代表者氏名・・・理事長 織部 哲也
- (5) 設立年月・・・平成 29 年 5 月 30 日

2. 施設の概要

- (1) 施設名称・・・ショートステイ BASARA^{バサラ}
- (2) 施設所在地・・・大分市大字三芳 1305 番地の 1
- (3) 電話番号・・・097-545-8257
- (4) F A X 番号・・・097-545-8265
- (5) 管理者氏名・・・松浦 昭裕
- (6) 開設年月日・・・平成 30 年 4 月 19 日
- (7) 敷地面積・・・3,090.10 m²
- (8) 構造・・・鉄筋コンクリート造
- (9) 建築面積・・・1,121.11 m²
- (10) 入居定員・・・併設型：10 名
空床利用型：地域密着型特別養護老人ホームの定員 29 名以内
- (11) 営業日・・・年中無休
- (12) 受付時間・・・8:30～17:30
- (13) サービス提供時間帯・・・年中無休
- (14) 設備等概要（地域密着型特別養護老人ホーム全体の室数等）

	種類	室数	備考
1 階	医務室	1 室	
	静養室	1 室	
	相談室・面談室	2 室	
	浴室	2 室	特殊浴室・リフト浴室・個浴
	脱衣室	2 室	
	地域交流スペース	1 室	
	会議室	1 室	
	事務室	1 室	
2 階	居室	20 室	洗面台、チェスト設置
	共同生活室	2 室	兼機能訓練室、洗面設備
	トイレ	8 室	車椅子対応、手すり付き
	浴室	1 室	リフト浴室・個浴

	脱衣室	1 室	
	汚物処理室	2 室	
	介護材料室	2 室	
	介護職員室	2 室	
3 階	居室	19 室	洗面台、チェスト設置
	共同生活室	1 室	兼機能訓練室、洗面設備
	トイレ	4 室	車椅子対応、手すり付き
	浴室	1 室	リフト浴室・個浴
	脱衣室	1 室	
	汚物処理室	1 室	
	介護材料室	1 室	
	介護職員室	1 室	

3. 職員の配置状況

従業者の職種	職員数	指定基準	職務の内容・備考
1. 管理者	1 名	1 名	運営管理・業務管理
2. 医師	1 名	1 名	健康管理
3. 生活相談員	1 名	1 名	入退居手続・生活相談
4. 看護職員	1 名以上	1 名	健康管理
5. 機能訓練指導員	1 名	1 名	機能訓練
6. 介護職員	4 名以上	4 名	日常生活介護
7. 栄養士	1 名	1 名	食事の管理・栄養指導
8. 事務員	1 名	1 名	事務

4. 職員の勤務体制

【主な職種の勤務体制】

職種	勤務時間
1. 管理者	日勤 8 : 30 ~ 17 : 30
2. 医師	月に 3 回 14 : 00 ~ 15 : 30 9 : 30 ~ 11 : 30
3. 介護支援専門員	日勤 8 : 30 ~ 17 : 30
4. 生活相談員	日勤 8 : 30 ~ 17 : 30
5. 看護職員	日勤 8 : 30 ~ 17 : 30
6. 機能訓練指導員	日勤 8 : 30 ~ 17 : 30
7. 介護職員	半日 7 : 30 ~ 11 : 30
	早番 7 : 30 ~ 16 : 30

	日勤 8:30 ~ 17:30 遅番 10:00 ~ 19:00 夜勤 16:30 ~ 翌09:30 ※その他、ご入所者の状況に応じた勤務時間を設定しています。
8. 栄養士	日勤 8:30 ~ 17:30
9. 事務員	日勤 8:30 ~ 17:30

5. 当施設が提供するサービス

介護保険給付対象サービス

種 類	種 類
入 浴	- 入浴又は清拭を行います。 - 寝たきり等で座位の取れない方でも特殊浴槽を使用して入浴することができます。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう務めます。
健康管理	看護職員が健康管理を行います。
送 迎	必要な方に対して送迎を行います。

6. ご利用料金

【サービス利用料金】

お支払いいただく各サービスの利用料の単価は、別紙「サービス料金表」のとおりです。

利用者の要介護度に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（自己負担額 1～3割）と食事及び居住費、その他加算に係る自己負担額の合計金額をお支払いください。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合は、一旦介護保険適用外の場合の料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日市町村の窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

（※サービス利用料金は、利用者の要介護度・介護負担限度額認定段階に応じて異なります。）

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

①基本料金（1日につき）

要介護度	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	5,290 円	6,560 円	7,040 円	7,720 円	8,470 円	9,180 円	9,870 円
自己負担額 1 割	529 円	656 円	704 円	772 円	847 円	918 円	987 円
自己負担額 2 割	1,058 円	1,312 円	1,408 円	1,544 円	1,694 円	1,836 円	1,974 円
自己負担額 3 割	1,587 円	1,968 円	2,112 円	2,316 円	2,541 円	2,754 円	2,961 円

②加算（ご利用の状況、状態によって変わります。）

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

①食費・居住費（1日につき）

		食費	居住費
第1段階	市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	300 円	880 円
第2段階	市町村民税世帯非課税であって、公的年金収入額と合計所得額の合計が 80 万円以下の方	600 円	880 円
第3段階①	市町村民税世帯非課税であって、公的年金収入額とその他の合計金額が年間 80 万円を超え 120 万円以下の方	1, 000 円	1, 370 円
第3段階②	市町村民税世帯非課税であって、公的年金収入額とその他の合計金額が年間 80 万円を超える方	1, 300 円	1, 370 円
第4段階	市町村民税課税世帯の方	1, 445 円	2, 066 円

① 嗜好品代 実費

② 理美容代 理美容師の出張によるサービスをご利用いただけます。料金は実費

④その他 希望者が参加されるレクリエーション、クラブ活動費用の材料費の実費
個人で必要な日常生活品、医療費、複写物 など

⑤介護保険給付支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、全額自己負担となります。

⑥通常の実施地域を越えて行う交通費は、5 km以上の場合は最短の走行距離に応じて実費を徴収します。

5km 以上～ 7km 未満 100 円、 7km 以上～ 9km 未満 200 円

9km 以上～12km 未満 300 円、12km 以上～15km 未満 400 円

15km 以上～19km 未満 500 円、19km 以上～23km 未満 600 円

23km 以上～28km 未満 700 円、28km 以上 800 円

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1 か月ごとに計算しご請求いたします。翌月 15 日頃までに請求書をお送りしますので、27 日までに以下のいずれかの方法にてお支払い下さい。(1 ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

①窓口にて現金支払い

②金融機関口座からの引落

③振込にて支払い

金融機関名	大分銀行 南支店
預金口座	7555026
口座名義	社会福祉法人 参風会 理事長 織部 哲也

7. 利用の中止、変更、追加について

① 利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更して、もしくは新たなるサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業者およびケアマネジャーに申し出てください。

- ② 利用予定日の前日（営業時間内 8:30～17:30）までに申し出がなく、当日になって利用
の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として当日の食費をお支払いいただきます。

8. 通常の送迎の実施地域 大分市全域

9. 苦情の受付について

(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。

- 苦情解決責任者 松浦 昭裕
- 苦情受付窓口(担当者) 秦 富士香
- 受付時間 8:30～17:30
- 電話番号 097-545-8257

また、玄関に苦情受付箱を設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付窓口

- 大分市役所 長寿福祉課
電話番号 097-534-6111 / 受付日 毎週月曜日～金曜日
- 国民健康保険団体連合会
電話番号 097-534-8470 / 受付日 毎週月曜日～金曜日
- 大分県社会福祉協議会
電話番号 097-558-0300 / 受付日 毎週月曜日～金曜日

10. 協力医療機関

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより医師、救急隊、家族、ケアマネジャー等へ連絡し、必要な処置を講じます。また、下記協力病院を置き、緊急の場合は協力病院に連絡をして必要な措置を行います。

名 称	医療法人 凱風会 織部病院
所 在 地	〒870-0852 大分市田中町 10-3
電話番号	097-544-2377
診 療 科	内科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、放射線科

11. 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対する短期入所生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。

12. 高齢者虐待防止

- (1) 施設では、利用者の人権の擁護・虐待の為に、必要な措置を講じます。
- (2) 施設では、研修等を通じて従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (3) 施設では、個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (4) 施設では、従業者が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる体制を整え、従業者が利用者等の権利擁護に取り組めるよう努めます。

13. 身体拘束等の適正化

- (1) 施設では、利用者の身体拘束の適正化の為に、必要な措置を講じます。
- (2) 施設では、研修等を通じて従業者の身体拘束等の適正化におけるや知識や技術の向上に努めます。
- (3) 施設では、個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (4) 施設では、従業者が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる体制を整え、従業者が利用者等における身体拘束等の適正化に取り組めるよう努めます。

14. 非常災害対策

- (1) 施設では、非常災害に備えて、消防計画・風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者又は火気・消防等についての責任者を定め、年2回以上定期的に避難・救出その他必要な訓練を行います。
- (2) 施設では、災害時に備え、自主防災組織との連携や広域相互応援体制の整備に努めます。
- (3) 防災設備 通報装置一式、スプリンクラー等
- (4) 防火責任者 松浦 昭裕

15. 業務継続計画の策定

当施設では、感染症や非常災害の発生時において、ご入居者に対する施設サービス事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るために計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。また、事業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するよう努めます。定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

16. 損害賠償

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償致します。個人情報の保護に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌し、相当を認められるときに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

17. サービス利用にあたっての留意事項

当施設のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性・安全性を確保する為下記の事項をお守りください。

- (1) 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
- (2) 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- (3) 施設内における他の利用者及び従業者に対する宗教活動・政治活動・営利活動はご遠慮ください。
- (4) 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必要があると認められる場合には、利用者の居室に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。

ただし、その場合利用者のプライバシー等の保護について、十分は配慮を行います。

令和 年 月 日

短期入所生活介護サービスに際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

ショーステイ BASARA

職 名 _____

説明者名 _____ ㊞

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、短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

契約者代理人

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞