

「風の街みやびらショートステイ」重要事項説明書

2025年4月1日版

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(広島県指定 第3472100555号)

当事業所はご契約者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供します。事業所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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。詳細についてのお問い合わせ、施設見学等いつでも対応します。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要.....	1
3. 居室の概要.....	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	4
6. 苦情及び事故の対応について.....	6
7. 業務継続計画の策定.....	6
8. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置	7
9. 虐待の防止	7
10. その他	7

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 東城有栖会
- (2) 法人所在地 広島県庄原市東城町川西947番地の2
- (3) 電話番号 08477-2-2215
- (4) 代表者氏名 理事長 高原 淳 尚
- (5) 設立年月 昭和47年 5月 2日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護事業所・平成26年 8月 1日指定

広島県 第 3472100555 号

※当事業所は風の街みやびら特別養護老人ホームに併設されています。

(2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、ご利用者が居宅において要介護状態にある高齢者等に対し、適切な短期入所生活介護サービスを提供することによって、福祉の増進と町づくり推進する。

(3) 事業所の名称 風の街みやびらショートステイ

(4) 事業所の所在地 広島県庄原市東城町川西 1, 332番地5

(5) 電話番号 08477-2-3745

(6) 管理者氏名 施設長 高原 淳 尚

(7) 当事業所の運営方針

【人権の尊重】

その人が何を求め、どんな生き方を望んでおられるかを受け止めます。

【サービスの質の向上】

ニーズを的確に捉え、多種多様で連携のとれた而も継続的な専門性のあるサービスを提供します。

【地域福祉の拠点】

地域に信頼され、総合福祉の拠点となるよう努めます。

【人材育成】

創造性豊かな人材が育っていくよう資格取得を促進するなど、職員一人ひとりの成長を支援します。

【法令遵守】

守秘義務及び個人情報の保護に努め、必要な情報は開示して、継続性のある法人の健全経営を図ります。

(8) 開設年月 平成26年 8月 1日

(9) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休	
受付時間	毎日	8時～30時～17時30分

(10) 利用定員 26人

3, 居室の概要

(1) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として個室です。

居室・設備の種類	室数	備考
個室(ユニット型)	26室	
リビング(食堂)	3室	
浴室	3室	個浴・個浴型機械浴槽

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担い

ただ費用はありません。

☆居室の変更:ご契約者から居室の変更希望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、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

☆居室に関する特記事項

(1)各居室は二間構成、トイレは共同使用で近くに設置されています。

(2)利用に当たって別途利用料金をご負担いただく施設・設備

※介護保険の給付対象とならない費用については、あらかじめ協議した上で、ご契約者に別途利用料金をご負担いただきます。

4. 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。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤換算	指定基準
1. 事業所長(管理者)	1	1名
2. 介護職員	13名以上	13名
3. 生活相談員(兼務)	1※併設兼務	1名
4. 看護職員	1名以上	1名
5. 機能訓練指導員	1名 ※看護職員兼務	1名
6. 医師(嘱託医)	1	
7. 管理栄養士(兼務)	1	

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 医師	毎週月・水・金曜日 13:00~14:00
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早出: 6:00~15:00 1名 6:30~15:30 2名 普通: 8:30~17:30 1名 遅出:12:00~21:00 1名 12:30~21:30 2名 夜間:21:00~ 6:00 1名 21:30~ 6:30 1名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 普通: 8:30~17:30 1名
4. 機能訓練指導員	毎週月~金曜日 8:30~17:30

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

- | |
|---|
| (1)利用料金が介護保険から給付される場合
(2)利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

(1)介護保険の給付の対象となるサービス(契約書第4条参照)

以下のサービスについては、居住費・食費を除き通常9割(一部の方は収入により8割、7割)が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食事

- ・当事業所では、栄養士(管理栄養士)の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
(食事時間)

朝食: 7:30～ 9:30

昼食: 12:00～13:00

夕食: 18:00～20:00

②入浴

- ・入浴又は清拭を契約者の身体状況に応じた方法(個浴型機械浴槽・個浴・部分浴等)週2回以上行います。寝たきりでも入浴することができます。

③排泄

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

④機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。
- ・食事をおいしく食べていただき、第2次感染予防のため口腔内の清潔を支援します。

<サービス利用料金(1日あたり)>(契約書第8条参照)

別紙の料金表によって、ご契約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)をお支払い下さい。(サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。) ※詳細は別紙料金表参照。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお

支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆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、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条、第8条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①特別な食事(お酒を含みます。)

ご契約者のご希望に基づいて、特別な食事を要した費用の実費で提供します。

②レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。利用料金:材料代等の実費をいただきます。

③複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。おむつ代は介護保険給付対象となっておりますのでご負担の必要はありません。

⑤送迎費用

ご自宅等からの送迎を対応します。その場合、事業実施指定地域外の場合、地域外へ出たところから1kmごとに30円のご負担をいただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書第8条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、サービス利用終了時に、ご利用期間分の合計金額をお支払い下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加(契約書第9条参照)

○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、もしくは新たなサービスの利用を追加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へ申し出てください。

○利用予定日の前日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、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望す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契約者に提示して協議します。
- ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に行われたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

6. 苦情解決及び事故の対応について(契約書第 22 条参照)

(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。

- 苦情受付窓口(担当者)

〔職名〕 風の街みやびら 施設課長 高柴英典

- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30

また、「ご意見箱」を事務所に設置しています。

- 苦情・事故処理体制及び手順 別紙参照

第三者委員 吉本一徳 電話番号 08447-4-0268

金丸和夫 電話番号 08477-2-4161

(2) 行政機関その他苦情受付機関

庄原市役所東城支所 市民生活室 保健福祉係	所在地 広島県庄原市東城町川東1175 電話番号 08477-2-5131 ・FAX 08477-2-5001 受付時間 8:30～17:15
国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地 広島市中区東白島町19-49 国保会館 電話番号 082-554-0783 ・FAX 082-511-9126 受付時間 8:00～17:15
広島県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 広島市南区比治山本町12-2 電話番号 082-254-3419 ・FAX 082-569-6161 受付時間 8:00～17:00

(3) 第三者による評価の実施状況 第三者による評価

実施状況 なし

7. 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や自然災害の発生時において、ご利用者に対する介護サービス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の計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また、従事する職員に対し、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します。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

統計画の変更を行います。

8, 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生した際の予防、またはまん延防止のために、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延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）をおおむね6月に1回以上開催します。その結果を、従事する職員に周知徹底します。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 従事する職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的を実施します。

9, 虐待の防止

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業所における虐待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）を定期的で開催するとともに、その結果について、従事する職員に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 従事する職員に対し、虐待防止のための研修を定期的を実施します。
- (4) 虐待防止の措置を講じるための担当者を配置します。
- (5) 必要に応じて成年後見制度の利用を支援します。

10, その他

- (1) 事業者は、契約書の第9条本文の場合に備えて、賠償保険に加入しています。
- (2) 事業者は、弁護士法人ALG&Associatesと顧問契約を締結しています。
- (3) 事業者は、提供する介護サービスに関して、利用者に対する背信行為等不適切な業務が認められた場合には、弁護士法人ALG&Associatesの監督のもと適正な措置を講じるよう努めます。

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護サービス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。

風の街みやびらショートステイ

説明者職名

氏名

印

私は、本書面に基ついて事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(契約者との関係) _____

※この重要事項説明書は、厚生省令第39号(平成11年3月31日)第4条の規定に基づき、入所申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

<重要事項説明書付属文書>

1. 事業所の概要

(1) 建物の構造 木造 平屋建

(2) 建物の延べ床面積 1,240.49㎡

(3) 併設事業

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

[介護老人福祉施設] 風の街みやびら特別養護老人ホーム 定員70名

[地域密着型通所介護] デイサービスさくら 定員15名

[地域密着型認知症対応型通所介護] デイサービスえがお 定員12名

[訪問介護] ヘルパーステーションありす

[居宅介護支援] 東寿園居宅介護支援事業所

(4) 施設の周辺環境

国道314号線沿いに位置し、バス停もあり交通の便はよい。

風の街みやびら(特養・ショート・デイサービス・託児所・ヘルパー・居宅・ありす相談) 20250401版

苦情解決及び事故対応の概要

苦情相談窓口

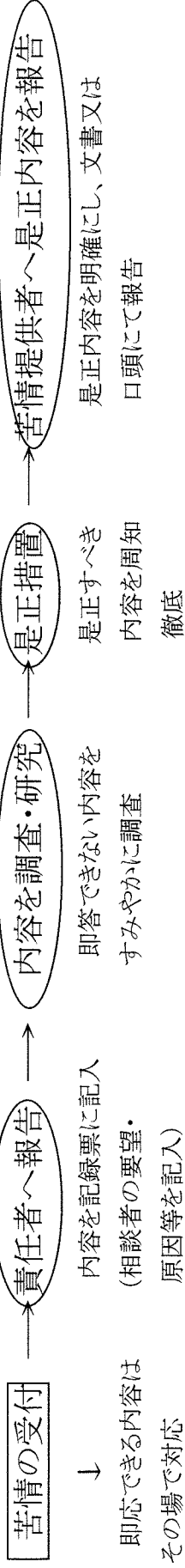
住所 庄原市東城町川西947番地の2

TEL 08477-2-2215 FAX 08477-2-5758

責任者 管理者 高原淳尚 受付者 施設課長 高柴英典 在宅課長 松永浩樹

看護課長 吉川智春 地域支援課長 水永芳香

苦情・事故処理体制及び手順



事故が発生している場合

①利用者への対応
可能な限りの応急処置
(すみやかな責任者への報告
他の職員との協力による最善の処置
医療機関等との連携による応急処置)

②利用者家族への連絡
すみやかに事実を伝える
(事故発生状況を慎重かつ誠実に説明
不明確な状況は後日必ず連絡)

③事故状況の把握
正確な把握と事故報告書への記載
(事故報告書によるすみやかな報告)

④関係機関への届出
事故の程度・状況に応じて保険者、居宅介護
支援事業所等関係機関への連絡
(事故状況資料・契約関係資料の準備)

⑤利用者家族への対応
事故原因等の明確な調査と適切な対応
(保険会社等と相談し、法律に基づいた
責任及び責任割合の判断)

⑥施設責任の判断
明確な責任の所在
(利用者側の主張を確認と
心情への十分な配慮)

風の街みやびらシヨートステイ 料金表

ユニット型 定員26床	減額段階	基本報酬						食費	滞在費	合計日額	私的利 用日額	長期減算31日～			長期減算61日～			原爆				
		基本報酬計	基本単位	サ-7 7体 制II	看護体 制I+ II	夜勤 配置 加算	生産 性向 上II					保険給 付額	如遇改善 加算I	14.0%	基本 単価	如遇改善 加算I	14.0%		基本 単価	如遇改善 加算I	14.0%	減算61 日合計 日額
要支援1	1	557	529	18	0	0	10	5,013	78	300	880	1,815	503	70	1,753	503	70	1,818				
	2	557	529	18	0	0	10	5,013	78	600	880	2,115	503	70	2,053	503	70	1,480				
	3①	557	529	18	0	0	10	5,013	78	1,000	1,370	3,005	503	70	2,943	503	70	2,370				
	3②	557	529	18	0	0	10	5,013	78	1,300	1,370	3,305	503	70	3,243	503	70	2,670				
要支援2	1	684	656	18	0	0	10	6,156	95	300	880	1,959	623	87	1,890	623	87	1,800				
	2	684	656	18	0	0	10	6,156	95	600	880	2,259	623	87	2,190	623	87	1,480				
	3①	684	656	18	0	0	10	6,156	95	1,000	1,370	3,149	623	87	3,080	623	87	2,370				
	3②	684	656	18	0	0	10	6,156	95	1,300	1,370	3,449	623	87	3,380	623	87	2,670				
要介護1	1	750	704	18	0	18	10	6,750	105	300	880	2,035	674	94	1,948	674	94	1,800				
	2	750	704	18	0	18	10	6,750	105	600	880	2,335	674	94	2,248	674	94	1,480				
	3①	750	704	18	0	18	10	6,750	105	1,000	1,370	3,225	674	94	3,138	674	94	2,370				
	3②	750	704	18	0	18	10	6,750	105	1,300	1,370	3,525	674	94	3,438	674	94	2,670				
要介護2	1	818	772	18	0	18	10	7,362	114	300	880	2,112	742	103	2,025	742	103	1,800				
	2	818	772	18	0	18	10	7,362	114	600	880	2,412	742	103	2,325	742	103	1,480				
	3①	818	772	18	0	18	10	7,362	114	1,000	1,370	3,302	742	103	3,215	742	103	2,370				
	3②	818	772	18	0	18	10	7,362	114	1,300	1,370	3,602	742	103	3,515	742	103	2,670				
要介護3	1	893	847	18	0	18	10	8,037	125	300	880	2,198	817	114	2,111	817	114	1,800				
	2	893	847	18	0	18	10	8,037	125	600	880	2,498	817	114	2,411	817	114	1,480				
	3①	893	847	18	0	18	10	8,037	125	1,000	1,370	3,388	817	114	3,301	817	114	2,370				
	3②	893	847	18	0	18	10	8,037	125	1,300	1,370	3,688	817	114	3,601	817	114	2,670				
要介護4	1	964	918	18	0	18	10	8,676	135	300	880	2,279	888	124	2,192	888	124	1,800				
	2	964	918	18	0	18	10	8,676	135	600	880	2,579	888	124	2,492	888	124	1,480				
	3①	964	918	18	0	18	10	8,676	135	1,000	1,370	3,469	888	124	3,382	888	124	2,370				
	3②	964	918	18	0	18	10	8,676	135	1,300	1,370	3,769	888	124	3,682	888	124	2,670				
要介護5	1	1,033	987	18	0	18	10	9,297	144	300	880	2,357	957	134	2,271	957	134	1,800				
	2	1,033	987	18	0	18	10	9,297	144	600	880	2,657	957	134	2,571	957	134	1,480				
	3①	1,033	987	18	0	18	10	9,297	144	1,000	1,370	3,547	957	134	3,461	957	134	2,370				
	3②	1,033	987	18	0	18	10	9,297	144	1,300	1,370	3,847	957	134	3,761	957	134	2,670				

※一定以上の所得のある方は介護保険請求額が2割/3割負担となります。

その他	送迎加算	療養食加算	緊急短期入所受人加算	右牛性認知症入所者受人加算	片遣	業務継続計画未実施減算	高齢者虐待防止措置未実施減算	身体拘束廃止未実施減算	食費内訳	IH
加算等	1回	8	90	120	184	高齢者虐待防止措置未実施減算	身体拘束廃止未実施減算	指定区域外送迎	(朝)¥320 昼)¥700 夕)¥580	※保険請求額切替

※加算は四捨五入