障害福祉サービス（医療型短期入所）重要事項説明書

この重要事項説明書は、社会福祉法人桂久会　介護老人保健施設湖水荘　医療型短期入所事業所（以下「事業所」という）へ指定短期入所事業（医療型）（以下「事業」という）の利用契約を申し込まれた方に対し、当事業所の概要、内容について説明し交付するものです。

1　事業者の概要

開設法人名　　社会福祉法人　桂久会

主たる事務所所在地　青森県北津軽郡鶴田町大字廻堰字東下山 91-2

法人代表者　　理事長　加賀谷尚輝

電話番号　　０１７３－２２－５６９４

2　事業の目的と運営方針等

事業の種類　　指定短期入所事業（医療型）

事業の目的　　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく重症心身障害者等の生活支援及び医学管理

事業所名　　介護老人保健施設湖水荘　医療型短期入所事業所

事業所番号　　０２１１０００２３７

管理者氏名　　施設長　山田悦輝

事業所所在地　青森県北津軽郡鶴田町大字廻堰字東下山 91-2

電話番号　　０１７３－２２－５６９４

事業の運営方針

・利用者の個々の心身の状況を把握し、必要な医療や健康管理を行います。

・利用者及びそのご家族が当事業所を利用することで安心して過ごすことが出来るように努力します。

指定年月日　　令和５年６月１日

入所定員　　空床利用型

法人が行う他の業務　　青森県北津軽郡鶴田町大字廻堰字東下山 91- 2
介護老人保健施設　湖水荘（事業所番号　0272480017）
（短期入所療養介護　通所・訪問リハビリテーション）
居宅介護支援事業所

福祉サービスに係る第三者評価受審

無し ・ 有り（受審年月日　　年　　月　　日）

評価機関名称

結果開示状況　　~~非開示・開示（ホームページ・県社協）~~

3　主な施設の概要

本体施設名	介護老人保健施設　湖水荘	
総定員	100 名	
	1 階	2 階
定員	40 名	60 名
居室	４人部屋（7 室）	４人部屋（10 室）
		２人部屋（1 室）
	個室（12 室）	個室（18 室）
浴室	一般浴室特殊浴槽	（共用です）
食堂・談話室	あり	あり
トイレ	男女別洋式トイレ 個室内トイレ	男女別洋式トイレ 個室内トイレ
診察室・薬剤室		○
機能訓練室	○	○
厨房・配膳室	○	

4　職員の配置状況（全員が介護老人保健施設湖水荘と兼務となります）

職種	人数（常勤換算）	業務内容
施設長（医師）	１名以上	施設の業務を総括管理する。 入所者の病状を把握し、入所者の診察・健康管理及び保健衛生指導に従事する。
薬剤師	0.3 名以上	医師の処方による調剤及び薬剤の管理をする。
看護師	９名以上	医師の診療補助及び看護並びに入所者の保健衛生管理及び日常生活の援助に従事する。
准看護師		
介護福祉士	25 名以上	施設長の命を受け、係りの業務を処理する 入所者の日常生活の援助に従事する。
介護職員		
理学療法士	１名以上	入所者の機能回復の促進及び機能低下を予防する業務に従事する。
作業療法士		
言語聴覚士		
支援相談員	１名以上	入所者及び家族の相談に応じ、必要な助言その他の援助を行なう。
介護支援専門員	１名以上	施設サービス計画の作成等に従事する。
管理栄養士	１名以上	利用者の状態に応じた適切な食事提供のための栄養管理及び調理指導と食事相談業務に従事している。
栄養士		
事務員他	必要人数	庶務及び会計並びに営繕業務等に従事する

5　職員の勤務体制

施設長、作業療法士、言語聴覚士、支援相談員、介護支援専門員、管理栄養士、事務職員
８時３０分～１７時３０分

介護職員　早勤　７時～１６時
日勤　８時３０分～１７時３０分
遅勤　１０時００分～１９時００分
１０時３０分～１９時３０分
夜勤　１６時～翌９時
看護職員　早勤　７時～１６時
日勤　８時３０分～１７時３０分
遅勤　9 時 30 分～18 時３０分
夜勤　１６時～翌９時

夜勤帯は、介護職員４名・看護職員１名体制です。夕は遅勤、朝は早勤の職員も勤務しています。

6　サービスの概要

食事　管理栄養士が作成する献立表により、栄養と嚥下機能、摂取状況に応じた食事を提供します。

食事時間

朝食　　7：30～

昼食　　12：00～

夕食　　17：30～

排泄　利用者の状況に応じて、適切な排泄援助を行います。

入浴　適宜行います（一般浴、機械浴)。

但し、健康状態に応じてシャワー浴、足浴等部分浴、清拭となる場合があります。

睡眠　規則正しい睡眠が確保されるように支援します。

整容　洗顔、口腔ケア、整髪等個性に配慮し支援します。

医療処置　個別に必要な医療処置の継続と管理を行います。

服薬管理　服薬管理をおこない、体調の維持に努めます。

7　サービス利用料金

1）障害福祉サービス費

利用サービス費の 1 割を基準とした利用者負担額を事業者にお支払いいただき、残りは公費を請求します。

・負担上限月額　　市町村は世帯単位とした所得に応じてそれぞれ上限額を設定します。月単位で障害福祉サービスにかかる負担額は、原則この範囲内になります。

ア

	１日あたりの金額	１割負担の場合
医療型短期入所サービス費Ⅱ	28,640 円	2,864 円
医療型短期入所サービス費Ⅲ	18,260 円	1,826 円

イ　宿泊を伴わない場合

	１日あたりの金額	１割負担の場合
医療型特定短期入所サービス費Ⅱ	27,350 円	2,735 円
医療型特定短期入所サービス費Ⅲ	17,230 円	1,723 円

ウ　日中活動サービスを利用した日に短期入所を利用した場合

	１日あたりの金額	１割負担の場合
医療型特定短期入所サービス費Ⅴ	20,200 円	2,020 円
医療型特定短期入所サービス費Ⅵ	13,280 円	1,328 円

※１割負担の場合です。

加算項目	利用料	内容
短期利用加算	30 円	サービス利用の初期段階（開始から３０日間）において、利用１日につき加算されます。
食事提供体制加算	48 円	低所得世帯等の利用者に対し、原則として施設内調理により食事を提供するとき、１日につき加算されます。
日中活動支援加算	200 円	日中活動が必要とされ多職種協働で実施した場合に１日につき加算されます。
緊急短期入所受入加算	270 円	緊急の利用者を受け入れた場合に、当該緊急利用者に対して利用１日につき加算されます。
送迎加算	186 円	事業所が利用者に対し、送迎を行った場合、片道につき加算されます。
福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	19.3%	（1 月の単位数合計×10　×19.3%）
特別重度支援加算		Ⅰ　６１０円/日（判定スコアによります） Ⅱ　２９７円/日（判定スコアによります） Ⅲ　１２０円/日（Ⅰ、Ⅱ以外での状態によります）
医療型短期入所受入前支援加算	1,000 円	利用する前から、事前に自宅へ訪問し、医療的ケアの手技等を確認した場合加算されます。（利用１回に１日）
情報公表未報告	5%	実施されていない場合､全利用者から基本単位の１日 5%減算されます。
身体拘束廃止虐待防止措置業務継続計画未実施減算	１％	実施されていない場合、全利用者から基本単位の １ 日１％減算されます。

2）上記 1）以外の利用料金

・食事サービス利用費　（1 食）

種別	一般食	流動食	特別食
食事提供体制 加算なし	640 円	575 円	716 円
食事提供体制 加算あり	481 円	395 円	536 円

光熱水費	泊まり　1 日 200 円 日帰り　1 日 100 円 （入浴した場合は 1 回 100 円追加になります）
おやつ	希望者のみ　実費相当
持ち込み家電使用代	電源が必要なもの 1 台につき 1 日１５０円 （携帯電話のみは 1 日 20 円）
日用品費	1 日２５２円～ （株式会社エランに業務委託）
理美容代	２０００円～（希望者のみ）
私物の洗濯代	家庭用洗濯機使用料 1 回２００円～

その他日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるものの実費

3）支払方法

利用者負担額は前記 1）の自己負担額を除き、サービスを利用した月の翌月 10 日ごろまでに利用月分の請求書をお届けします。

前記 1）の自己負担額は、負担上限月額の計算等がなされた後に請求します。

上記 1）以外のその他の費用は、サービス終了時に施設窓口でお支払いください。

なお、利用者指定口座からの自動振替または事業者指定口座への振込も利用できますのでご相談ください。

・利用者指定口座からの自動振替は毎月 15 日または 20 日です。

・事業者指定口座への振込は利用月の翌月 15 日までにお願いします。

8　苦情・相談窓口

【苦情相談窓口】

支援相談員　　松本政樹

苦情解決責任者　施設長　山田悦輝

第３者委員　　当会　監事　　吉川義次

当会　評議員　齊藤義昭

ご利用時間　　8：30～17：30

（土曜・日曜・祝日・年末年始を除く）

電話番号　　０１７３－２２－５６９４（代表）

ＦＡＸ番号　０１７３－２２－５８７６

＊施設入口に「ご意見箱」を設置しておりますのでご利用ください。

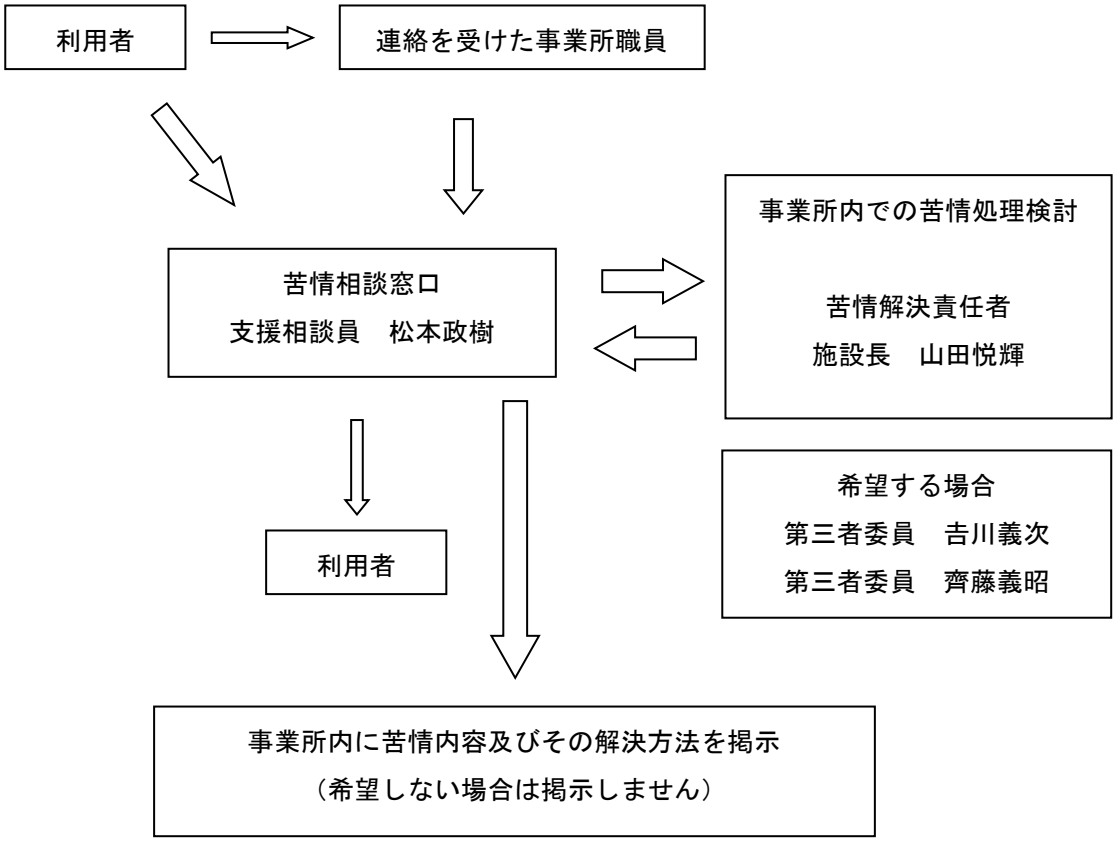
【苦情解決体制】

・上記窓口に寄せられた苦情は、事実確認と申し立て者の意向を踏まえ施設管理者に報告されます。

・報告された内容により、担当者、管理者等必要な職員で解決策を決定します。

・決定された解決策の内容を申し立て者に報告します。

・苦情の申し立てから改善策の報告までは速やかに行い、決定に時間を要する場合は、その旨を申し立て者に伝えます。



当事業所以外に、お住まいの市町村及び青森県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア　鶴田町町民生活課　　０１７３－２２－２１１１

イ　青森県国民健康保険団体連合会（苦情処理委員会）　　０１７－７２３－１３３６

ウ　青森県運営適正化委員会　　０１７－７３１－３０３９

9　個人情報の提供に関する同意等について

サービスの質の向上を目的として行う関係機関とのカンファレンス、サービス担当者会議、または、急な病状の変化による他院受診時には、必要最小限の個人情報を当該関係機関に提供することがありますのでご了承ください。

初回利用時及び、一年以上利用が無かった場合、大きな病状の変化や治療方針、処置内容が変更された場合は、事前に利用予定者の主治医に記載いただいた診療情報の提供をお願いします。（６カ月以内のものを提出してください）

在宅で訪問看護等の医療系サービスを利用の方は、利用内容や状況のわかる「看護サマリー」等の提出もお願いします。

事業者は、関係法令に基づいて利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。（保管期間は５年間です。開示に際しては法人の規定の手順により行います）

10　非常災害対策

非常時の対応　　別途定める法人の災害対応マニュアルに沿って対応します。

平常時の防災訓練等　別途定める法人の消防計画に沿って、年２回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。

防災設備　　スプリンクラー・自動火災報知機（６台）・誘導灯（２６台）・非常通報装置・消火用消火栓（６台）・消化器（３０台）

防災管理者　　長内勝靖

11　サービス利用の留意事項

1）お申込み

・お申し込みは電話で受け付けます。利用者又は代理の方に必要な書類の説明、施設の見学をして頂き、ご意向を確認いたします。

・利用者の状況や感染症の流行などにより、予定の居室と異なる場合や、利用の途中で居室を変更する場合もあります。

・利用者の体調不良時は利用できません。キャンセルや予定の変更は早めにご連絡ください。

・入所時または迎え時の検温で発熱が認められた場合、風邪症状等の身体症状がある方、入所時の検査で陽性の診断がされた方は利用できません。

・利用料金の滞納がある場合は、次回の予約を受け付けられない場合があります。

・送迎可能な地域は送迎サービスを行います。入退所の日時を確認の上で必要な方は相談をお願いします。

2）入所時に必要な物

□サービス受給者証　　□医療保険証　　□限度額認定証（お持ちの方）

□各種公費負担医療の受診券・医療証（お持ちの方）

□その他必要な証明書類

□入所期間分の常用薬、頓服薬、外用薬　お薬手帳

□医療材料（交換用カテーテル、ガーゼ類等必要な方）

□医療機器（移動用酸素、吸入器、呼吸器等必要な方）

□経腸栄養剤と必要な物品（必要な方）

□個々に必要と思われるもの

・当事業所はコインランドリー等の設備はありません。
衣類は多めにご用意頂くか、委託業者のレンタルをご利用ください。

・使い慣れた自助具

・イヤホン

＊貴重品や危険物は持ち込めません。紛失や破損に一切の責任を負いかねます。

3）短期入所中のご案内

・施設内での携帯電話のご使用はご遠慮ください。

・通常の面会時間は 9：00～16：30 です。所定の場所でお願いします。
小さなお子様や、体調の悪い方のご面会はご遠慮ください。

・夜間等の付き添いは出来ません。面会時間内でお願いします。

・消灯時間は２１時とさせていただきます。

4）急変時等の対応

・利用中に体調不良となった場合は、原則、退所いただき「かかりつけ医」の受診をお願いします。但し、状況によりご家族と相談のうえ、当院外来受診や入院への切り替え対応、他院へ救急搬送する場合もあります。

主治医	病院名		受診科	
	医師氏名		電話番号	
ご家族	氏名		続柄	
	自宅 電話番号		その他 連絡先	
緊急 連絡先	氏名 続柄	続柄（　　）	連絡先	
相談支援 事業所	事業所名 担当者名	担当者（　　）	連絡先	

5）送迎について

通常の送迎の実施地域は、次のとおりです。

五所川原市（旧市浦村。旧金木町を除く）

鶴田町町全域

つがる市（旧稲垣村、旧車力村を除く）

送迎可能時間帯は、自宅着９：００～湖水荘発１６：３０です。

（冬期間は天候や道路事情により迎えが遅く、送りが早くする場合があります）

通常の送迎実施地域以外で鶴田町に隣接する地域の方（弘前市と板柳町の一部）はご相談ください。

6）宿泊を伴わない場合（日帰り）のご利用について

利用可能な時間帯８：３０～２０：００まで

※送迎可能時間帯は、自宅着９：００～湖水荘発１６：３０です。

（冬期間は天候や道路事情により迎えが遅く、送りが早くする場合があります）

この時間帯以外はご家族の送迎をお願いします。

7）見学について

見学については、事前に連絡をいただければ対応します。

見学時の費用については、実費をお支払いいただきます。

食事をご希望の際は、ご利用予定の方は料金表にある食事代とし、付き添いの方は１食５００円を徴収させていただきます。

12　事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。(当事業所はあいおいニッセイ同和損保と損害賠償保険契約を結んでおります。)

13　禁止事項

当事業所では、多くの方に安心して療養生活を送って頂く為に、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。また、施設内への危険物及び利用者の安全を脅かす恐れのある物品（食品を含む）の持ち込みを面会の方も含めて禁止します。

14　施設・設備の使用上の注意

・施設内は全面禁煙です。

・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下さい。

・故意に、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、汚したりした場合には、ご利用者に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、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

15　身体の拘束等・虐待防止について

当事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を行ないなせん。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を制限する行為を行なうことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

虐待・拘束の防止のための指針を整備し、検討をする委員会を定期的に開催し、検討事項を従業者に周知するとともに、研修を定期的に実施します。

16　感染症及び食中毒の発生・まん延防止対策

・感染症対策の指針の作成、対策委員会を開催して職員へ周知を図ります。

・まん延防止のため、手洗い、マスクの着用、面会の制限をさせていただきます。

・食中毒予防のため、食品の持ち込み品を制限しています。持ち込みの際はご相談ください。なお、持ち込み品は施設管理となりますのでご了承ください。

17　契約の終了

①　お客様のご都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する日の１週間前までにお申し出ください。

②　当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事業により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了１か月前までに文書で通知します。

③　自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

・お客様の障害支援区分認定が、非該当と認定された場合

・お客様が亡くなられた場合

・天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当事業所を利用させることができない場合

・事業所が解散、破産した場合

・利用料を３か月に渡り滞納し、サービス提供に支障をきたす信頼関係が失われた場合

④　その他

・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様、ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了できます。

18　ＩＣＴ機器の使用

当施設では、以下の目的のために、画像による見守り、睡眠状態や体調を把握などのため、各種センサー類を含む介護ロボット等のＩＣＴ機器を居室に設置する場合があります。

① 利用中の安全と事故予防、事故の早期発見

② 利用者の体調管理

これらの機器で収集したデータを使用して知り得た個人情報は、必要最小限の範囲内で使用します。

令和　　年　　月　　日

（事業者）

指定短期入所サービスの提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明いたしました。

所在地：青森県北津軽郡鶴田町大字廻堰字東下山 91 番地 2

名称：　社会福祉法人桂久会　介護老人保健施設湖水荘　医療型短期入所事業所

説明者：　　印

（利用者及び身元引受人）

私は、この説明書により指定短期入所サービスに関する重要事項の説明を受け同意し、交付を受けました。

利用者住所：

利用者氏名：　　印

代理人住所（利用者と異なる場合記載）：

代理人氏名：　　印（続柄　　）

身元引受人住所：

身元引受人氏名：　　印