

重要事項説明書

令和8年6月1日

1. 施設の概要

施設名	短期入所生活介護施設 ピースガーデン倉敷ショートステイ
所在地	岡山県倉敷市白楽町40番地
事業所番号	3370206678
開設者	社会福祉法人 全仁会 理事長 高尾 聡一郎
電話番号	086-423-2133

2. 施設の目的と運営方針

施設の目的 要支援状態及び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を提供し、当該高齢者等及びその家族の福祉の向上を図る。

運営方針 可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話、及び機能訓練を行う。利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るものとする。

3. 施設の概要

敷地	2,260 m ²
建物構造	鉄筋コンクリート造4階建
延床面積	4,544 m ² (内、持分770.33m ²)
利用定員	28名

4. 設備の概要

(1) 個室 4室

洗面台、ナースコール、足元灯、タンス、クローゼット、テーブル、椅子、テレビ、冷蔵庫、があります。

(2) 多床室 6室

洗面台、ナースコール、足元灯、タンス、クローゼットがあります。

(3) 食堂・機能訓練室

テーブル、椅子、平行棒を設置しています。

(4) 浴室

一般浴には、リフト浴槽を設け、一般浴槽の他に要介助のための特殊浴槽を設けています。

(5) その他の設備

設備としてその他に、医務室・洗濯室・汚物処理室・スタッフコーナー等を設けます。

5. 職員体制

- (1) 管理者 1名（常勤1名）
管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。
- (2) 医師 1名（非常勤1名）
利用者の診察、健康管理及び保健衛生指導
- (3) 生活相談員 1名（常勤1名）
利用者の生活指導、面接、身上調査並びに利用者や家族等の処遇上の相談、生活・行動プログラムの作成
- (4) 看護職員 2名（常勤1名以上）
利用者の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保険衛生管理
- (5) 介護職員 11名（常勤11名以上）
利用者の介護業務（認定特定行為業務従事者配置）
- (6) 理学療法士 1名（常勤1名以上）
利用者の心身の状況等に応じて、機能訓練個別計画の作成・実施、日常生活援助ならびに介護者への指導
- (7) 管理栄養士 1名（非常勤1名）
利用者の栄養状態、身体の状態並びに病状及び嗜好を把握し、計画的な食事の提供
- (8) 事務員 必要数
一般事務

6. 施設サービスの概要

(R8. 6.1)

介護サービス費	介護度	要支援1	要支援2	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5
	個室	479円	596円	645円	715円	787円	856円	926円
	多床室	479円	596円	645円	715円	787円	856円	926円

体制加算	看護体制 (I)	看護体制 (II)	看護体制 (III) イ	看護体制 (IV) イ	サービス提供強化 (I)	機能訓練	夜勤職員配置(III)	生産性向上推進
		4円	8円	12円	23円	22円	12円	15円
実施加算	送迎加算	療養食加算 (1食)	在宅中重度者受入	医療連携	緊急受入	若年性認知症受入	個別機能訓練加算	
	184円	8円	413円	58円	90円	120円	56円	

※介護職員等処遇改善加算・・・算定した単位数の15.9%に相当する単位数が加算されます。

※看護体制加算は平均3か月間の介護度3以上の方の占める割合により算定基準が変わる事があります。

※要支援の方は、看護体制加算、夜勤職員配置加算は算定しません。

※個々に応じて、緊急受入加算、若年性認知症利用者受入加算等を算定することがあります。

※介護報酬告示上の額に「介護保険負担割合証」に記載された負担割合を乗じた額となります。毎年確認が必要となりますので、提示して頂くようになります。

7. 食費・居住費・室料・その他料金

(1) 食費 1日 1,797円

朝食 436円 昼食 762円(おやつ代78円含む) 夕食 599円

(但し、食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額が1日お支払いいただく食費の上限となります。)

(2) 居住費と室料について

(a) 従来型個室	1,231円	室料	3,531円
(b) 多床室	915円	室料は、	いたしません

(但し、居住費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている居住費の負担限度額が1日にお支払いいただく居住費の上限となります。)

※上記(1)「食費」及び(2)「居住費」において、国が定める負担限度額段階(第1段階から第3段階まで)の利用者の自己負担額については、料金表をご覧ください。

(3) 電気代/1日

テレビ・冷蔵庫・ラジカセ・ラジオ・アンカ・電気毛布・電気ポット等

※別表に掲げる品目について、必要に応じて利用者から選択いただき、その合計額のお支払をお願い致します。

(4) 理美容代/1回

委託業務によるサービスになります。料金は請求書に含ませて頂きます。

(5) その他

- ・利用料金は月末締め翌月支払になっています。請求書は郵送しますのでピースガーデン倉敷1F事務所にてお支払をお願いします。
- ・季節行事等、内容によっては別途で料金を頂くことがあります。

8. サービス利用方法

(1) サービスの利用開始

居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、原則、介護支援専門員(ケアマネージャー)からのお申込になります。依頼している介護支援専門員に利用希望日程をご相談下さい。

サービス内容・申込方法についてご説明いたします。

利用申し込み受付後、居室に空きがあればご案内いたします。申込多数の場合は、当施設基準に基づき順番にご案内します。ご利用開始の前に契約を結びます。

(2) 利用期間

利用期間は、利用者またはご家族及び介護支援専門員と当施設との申し合わせにより決定します。

9. サービスの内容

(1) 基本サービス

- ・短期入所生活介護計画の作成

利用期間が連続 4 日以上の場合、利用者の日常生活全般の状況及び希望を居宅サービス計画に沿って計画を作成します。

- ・食事

利用者に対して、栄養士の献立による栄養バランスを考慮し、ご利用者の嗜好・健康に十分配慮した食事を提供します。食事時間は、次のとおりとします。

朝食	8 時 00 分	
昼食	12 時 00 分	おやつ 14 時 30 分
夕食	18 時 00 分	

- ・排泄

利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。

- ・入浴

週 2 回入浴していただけます。ただし、利用者の体調等により、回数減又は清拭となる場合があります。

- ・生活介護

短期入所生活介護計画に沿った介護を行います。

個人としての尊厳に配慮し、適切な整容・更衣が行われるように援助します。

体位交換・シーツ交換、日常生活の世話等

- ・健康管理

血圧・検温などの健康チェック、医療の必要性の判断は嘱託医師が行います。

- ・生活相談

利用者およびご家族からの相談について、誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。(相談窓口：生活相談員)

- ・機能訓練・生活リハビリ

利用者の希望や身体状況に合わせ、機能訓練指導員・介護職員・看護職員が協働し、日常生活動作の維持又は向上を日頃の生活の中で実施します。ぬり絵・計算問題等とり入れ、脳の活性化に努めます。

- ・レクリエーション

施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーションを企画します。

- ・送迎

月曜～金曜日 8：30～17：00 土曜日 8：00～12：00 (PM に関しては要相談)

日曜日 14：30～17：00 (要相談)

※その他、相談に応じます。

10. サービス利用に当たっての留意事項

- ・利用者又はその家族は、体調の変化があった際には、施設の職員にご一報下さい。

- ・ご高齢の方によって、環境が変わることで過度の緊張や混乱をとまなうことがあります。また、慣れない環境での生活により、体調の変化や転倒等による不慮の事故など、心身状況の思いがけ

ない変化が起こる可能性があります。

- ・当施設での金銭及び食べ物のやりとりはご遠慮下さい。
- ・職員に対する贈り物や飲食のおもてなしはお受けできません。

1 1. 衛生管理の対策

当施設は、利用者に対するサービスの提供において感染症が発生した場合には、速やかに利用者の家族・関係事業所に連絡をとるとともに、別途定める感染症対策マニュアルにより必要な対応をいたします。

1 2. 緊急時の対応

利用者の病状等に急変があった場合、及びその他緊急事態が生じた場合は、速やかに適切な対応をし、主治医や協力医療機関・当該利用者の家族等への連絡等、必要な措置を講じます。

1 3. 受診・入院について

- ・必要時の受診・入院は原則として協力病院となります。協力病院以外への転院は利用者及び家族の判断で行ってください。
- ・医療機関を受診する場合の送迎、付添いはご家族でお願いいたします。
- ・利用者が入院された場合は、介護保険から医療保険に切り替わるため、入院の手続き費用の支払い・日用品の用意・洗濯等をご家族でお願いします。

1 4. 虐待防止について

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針の整備、担当者を置く。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施、年2回の研修を実施する
- (4) 事業者はサービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、速やかにこれを市町村に通報する。

1 5. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、家族・市町村及び関係機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行います。

1 6. 守秘義務に関する対策

職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守します。

1 7. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のために、職員教育を行います。

1 8. 身体拘束の禁止

利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。但し、緊急やむを得ない理由等により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及び心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。(5年間保存する)

19. 非常災害時の対応

消火設備、非常通報用設備等、災害や非常時に備えて必要な設備を設けると共に非常災害等に対して具体的な防災計画・避難計画・風水害対策を作成し、防火管理者は、年2回以上必要な訓練を行うこととする。

<防災設備>

消火器具・スプリンクラー設備・自動火災報知設備・火災報知設備(消防機関通報)・放送設備
・避難器具・すべり台・誘導灯

20. 苦情等申立窓口

利用者又はその家族は、当施設のサービスに関し、相談又は苦情等について次の窓口へ申し出ることができます。

- ・ピースガーデン倉敷 ショートステイ
受付窓口 管理者 樋口 大祐
受付時間 月曜日～金曜日(9時～17時) 土曜日(9時～12時)(日曜日、祝日を除く)
連絡先 086-423-2133
- ・岡山県倉敷市保健福祉局 介護保険課
窓口所在地 岡山県倉敷市西新田640番地
受付時間 月曜日～金曜日(8時30分～17時15分)(土・日曜日、祝日を除く)
連絡先 086-426-3343
- ・岡山県国民健康保険団体連合会
窓口所在地 岡山県岡山市北区桑田町17番5号 岡山県国保会館3階
受付時間 月曜日～金曜日(8時30分～17時15分)(土・日曜日、祝日を除く)
連絡先 086-223-8811
- ・岡山県備中県民局 健康福祉部健康福祉課
窓口所在地 岡山県倉敷市羽島1083
受付時間 月曜日～金曜日(8時30分～17時15分)(土・日曜日、祝日を除く)
連絡先 086-434-7162
- ・総社市役所 介護保険課
窓口所在地 岡山県総社市中央1丁目1番地1号
受付時間 月曜日～金曜日(8時30分～17時15分)(土・日曜日、祝日を除く)
連絡先 0866-92-8369
- ・早島町役場 介護保険課
窓口所在地 岡山県都窪郡早島町前潟360-1
受付時間 月曜日～金曜日(8時30分～17時15分)(土・日曜日、祝日を除く)
連絡先 086-482-0613
- ・浅口市役所 高齢者支援課

窓口所在地 岡山県浅口市鴨方町六条院中3050番地
受付時間 月曜日～金曜日（8時30分～17時15分）
連絡先 0865-44-7113

21. サービス第三者評価の実施状況

実施の有無	なし ※当事業所は、第三者評価機関による評価を実施していません。
実施した直近の年月	
第三者評価機関	
評価結果の開示状況	

22. その他

来訪・面会	面会時間 9:00～11:00 13:00～17:00 事前に予約が必要となります。来訪時には面会簿に必要事項を記入してください。
外出	外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
喫煙	敷地内は全面禁煙です。火災予防には十分ご注意ください。
所持品の持ち込み	利用期間中に使用するもの、所持品全てにお名前をご記入下さい。金品・貴重品のお持込はなるべくお控え下さい。

利用同意書及び誓約書

ピースガーデン倉敷 ショートステイ 殿

私は、本書面に基づいて、下記重要事項説明書から、重要事項及び、苦情申したて・事故発生時の対応・個人情報の取り扱いについての説明を受けたことを確認し同意します。ならびに、規則、指示等、下記の事柄を厳守し、万一履行できない時は、身元保証人と連帯責任において貴施設にご迷惑をかけないことをここに保証人と連署の上誓約いたします。

- ・ 利用料は必ず期日内にお支払いします。
- ・ 身上においては保証人において一切引受けします。
- ・ 緊急時の対応については一任します。
- ・ 利用中の様子（病状・介護上必要な情報）等、必要に応じて個人情報を主治医や居宅介護支援事業所、協力医療機関等へ提供することを同意します。

令和 年 月 日

利用者

住所 〒 ー

電話 () ー

氏名

印 生年月日 M・T・S 年 月 日

身元保証人

住所 〒 ー

電話 () ー

氏名

印 続 柄

説明者

職・氏名 生活相談員 矢田律子 印

緊 急 連 絡 先				
フリガナ 氏 名		続 柄		自宅 () ー
				携帯 () ー
フリガナ 氏 名		続 柄		自宅 () ー
				携帯 () ー
フリガナ 氏 名		続 柄		自宅 () ー
				携帯 () ー