（併設型ユニット型 及び 介護予防短期入所生活介護Ⅰの重要事項説明書）

ショートステイ双樹園のご案内

事業所番号：１０７０２０３７１４

社会福祉法人宏志会　ショートステイ双樹園
施設長　大河原 真理
〒３７０―０８４７　高崎市和田町８番地１６号
Tel.０２７－３８１－６６２２　Fax.０２７―３８１―６６２３

在宅介護において冠婚葬祭、旅行、お仕事の繁忙期等で介護が困難なときや介護疲れなどにより、一時的に施設をご利用し、入浴・排泄・食事などの生活上の支援をさせていただきます。

＊＊ 営業 ＊＊

① 休館日はございません。
② 送迎は、原則平日実施としております。
③ 定員は、６名及び入居者用ベッドの空床分です。
④ 送迎実施区域は、高崎市内（旧群馬町、旧箕郷町、旧倉渕村、旧榛名町、旧吉井町、旧多野郡新町を除く）です。

＊＊ 職員体制 ＊＊

施設長１名、管理者、生活相談員１名以上、看護職員１人以上、介護職員 11 人以上、管理栄養士１名、機能訓練指導員（看護職員兼務）１名、事務職員１名（各職種特養兼務）
調理業務は、民間事業者（株式会社エームサービス）に委託しております。

＊＊ 短期入所介護計画作成について ＊＊

ショートステイのご利用にあたっては、ご本人様の心身の状況や希望などに沿った　短期入所計画を作成しております。

＊＊ サービス内容 ＊＊

① 入浴　１週間あたり２回以上（身体状況に応じ、個浴・支援浴・機械浴を使用しております。入浴日は月～土となっております。）
② 排泄　トイレ誘導、オムツ交換、その他の対応を随時行います。
③ 食事　朝食７：４５　昼食１２：００　夕食１７：４５
（状態に応じた食事の形態での提供、必要に応じた介助を行います）
④ レクリエーション（季節の行事等）
⑤ 心身の状況に応じ、自立した生活の充実に資する日常生活上の支援を行います。
⑥ 原則、緊急やむを得ない場合(説明し同意を受けます)を除き、身体拘束は行いません。

＊＊ 虐待防止 ＊＊

入居者の人権擁護、虐待の発生を防止するため、必要な措置を講じます。

＊＊ ハラスメント対策 ＊＊

業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するため必要な措置を講じます。

＊＊ 事業継続計画 ＊＊

感染症や非常災害の発生時において、早期の業務再開を図るための計画を策定し、計画に従い、必要な措置を講じます。

＊＊ 協力病院 ＊＊

医療法人山崎会　サンピエール病院　高崎市上佐野町786-7　℡：027-347-1177

＊＊ 個人情報の保護及び情報の開示 ＊＊

① 個人情報保護方針に基づいて、利用者の個人情報の秘密等を厳守いたします。
② 介護サービスの情報公表、事業計画及び報告等については、常時閲覧できます。サービス記録・財務内容等の開示については、個人情報保護に充分配慮した上で、「開示申請書」の提出に基づき、必要性に応じ開示いたします。

＊＊ 相談･苦情等の窓口 ＊＊

① 窓口担当／生活相談員（桂、清水）
　責任者／施設長（大河原）　027-381-6622
② 高崎市介護保険担当課　027-321-1111
③ 群馬県　国民健康保険団体連合会　027-290-1323

＊＊ 非常災害対策 ＊＊

避難及び救出などの訓練を、年２回行います。

＊＊ 事故発生時の対応

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、応急措置、主治医等医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに市町村、家族および居宅支援事業所等に連絡を行います。

＊＊ 第三者評価の実地状況 ＊＊

福祉サービスの第三者評価を実地しておりません。

＊＊ 持参していただくもの ＊＊

① 介護保険証（初回利用時と保険証内容に変更があった時、更新毎）・医療保険証写し
② 連絡帳（当園作成のもの、ご自宅での様子と園での様子等を記入いたします）
③ 常用されている薬（内服薬、軟膏、点眼薬等、利用期間中分ご用意ください）
④ 着替え、上履き用の靴等、個別に必要な日用品（歯ブラシ、電気シェーバーなど）
　＊　持ち物にはお名前を記入してください。

＊＊ 留意事項 ＊＊

① ご利用にあたり、担当ケアマネージャーからの医療情報提供、サービス担当者会議にてサービス開始にあたっての主治医からの指示内容の確認、薬剤情報の写しをいただきます。
② ご利用期間において、体調不良時には、ご家族の方にご連絡いたします。
　必要に応じ、かかりつけ医（病院）に受診していただきます。
③ ご家族のご連絡先を複数箇所お知らせ下さい。（変更がある時は早めにご連絡ください）
④ 急変されたときなどの緊急時は（ご家族に連絡がつかない場合も含む）、特にご指示のない場合には、協力病院のサンピエール病院へ受診することになりますので、ご了承ください。
⑤ 下記の場合はショートステイのご利用が出来ないこともございます。
　- 風邪等により体温上昇、あるいは体調不良が診られる場合。
　　（平熱が高い方は、申し出てください。[医師の許可等]）
　- ご利用のここ数日間に、転倒・ケガなどで後遺症が診られる場合。
　- 伝染性の疾病（風邪なども含む）があり、他人への感染のおそれがある場合。

＊＊ 利用料･お支払い方法等 ＊＊

① 社会福祉法人による利用者負担軽減措置の対象の方は、本人負担が軽減となります。
② お支払いは、月末締めとさせていただきます。
・引き落とし：指定口座より翌々月 4 日（土日祝の場合は翌平日）に引き落とし、手数料は施設負担いたします。
・振込：翌々月 4 日（土日祝の場合は翌平日）までにお振込みください。振込手数料は利用者負担していただきます。
・請求書は、翌月 18 日（土日祝の場合は翌平日）に発送いたします。
・スマホアプリ「つながる家族」をご利用のご家族様へは、毎月 18 日に請求書を配信しております。また、病院・薬局の領収書や代行購入など、宏志会以外で発行された領収書につきましては、3 か月に 1 度、まとめて郵送させていただきます。

令和８年６月１日現在　　重要事項説明書

ショートステイ双樹園　料金表

Ⅰ．予防給付・介護保険給付対象（1 日当たり）　　※数値：単位

	併設型ユニット型短期入所生活介護Ⅰ		1 割負担	連続利用
イ	区分	要支援１	５２９	５０３
		要支援２	６５６	６２３
		要介護１	７０４	６７０
		要介護２	７７２	７４０
		要介護３	８４７	８１５
		要介護４	９１８	８８６
		要介護５	９８７	９５５
ロ	看護体制加算Ⅰ（特養空床利用時のみ）		４	
	看護体制加算Ⅱ（特養空床利用時のみ）		８	
ハ	送迎加算（片道）		１８４	
ニ	緊急短期入所受入加算(7 日間限度。やむを得ない事情の場合は 14 日間程度)		９０	
ホ	長期利用者提供減算（連続して 30 日を超えて入所している場合）		△３０	
ヘ	療養食加算（厚生労働大臣が定める療養食を提供した時、1 日 3 食限度とし 1 回につき）		８	
ト	医療連携強化加算		５８	
チ	夜勤職員配置加算Ⅱ		１８	
リ	口腔連携強化加算(1 月につき 1 回を限度)		５０	
ヌ	生産性向上推進体制加算Ⅱ（１月につき）		１０	
ル	サービス提供体制強化加算Ⅱ		１８	
ヲ	介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	イからルまでにより算定した額×１７．６％		

※上記表の金額に、地域別単価（6 級地）として、1000 分の 33 が加算されます。
※利用者負担額は、法定代理受領額に自己負担割合証に記載された割合分（1 割、2 割、3 割のいずれか）となります。
※連続利用は、要支援 31 日以上、要介護 61 日以上連続で利用した場合に適用されます。

Ⅱ．予防給付・介護保険給付対象外

※社会福祉法人利用者負担軽減措置の対象の方は、本人負担額が軽減となります。

<table>
<tr><td rowspan="5">居住費</td><td rowspan="5">2,100円/日</td><td colspan="3">特定入所者介護サービス費</td></tr>
<tr><td>第1段階</td><td colspan="2">880 円/日</td></tr>
<tr><td>第2段階</td><td colspan="2">880 円/日</td></tr>
<tr><td>第3段階①</td><td colspan="2">1,370 円/日</td></tr>
<tr><td>第3段階②</td><td colspan="2">1,370 円/日
R8.8～ 1,470 円/日</td></tr>
<tr><td rowspan="6">食費</td><td rowspan="6">朝食　400 円
昼食　700 円
夕食　600 円
3 食合計　1,700 円</td><td colspan="3">特定入所者介護サービス費</td></tr>
<tr><td>第1段階</td><td colspan="2">300 円/日</td></tr>
<tr><td>第2段階</td><td colspan="2">600 円/日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">第3段階</td><td>①</td><td>1,000 円/日
R8.8～ 1,030 円/日</td></tr>
<tr><td>②</td><td>1,300 円/日
R8.8～ 1,360 円/日</td></tr>
<tr><td colspan="2">電気代（持込の電化製品1台につき）</td><td colspan="3">20 円/日</td></tr>
<tr><td colspan="2">電気代（持込の充電式製品1台につき）</td><td colspan="3">10 円/日</td></tr>
<tr><td colspan="2">電気代（施設所有のテレビレンタル）</td><td colspan="3">50 円/日</td></tr>
<tr><td colspan="2">理容</td><td colspan="3">実費</td></tr>
<tr><td colspan="2">美容</td><td colspan="3">実費</td></tr>
<tr><td colspan="2">日常生活用品利用者の選定によるもの等</td><td colspan="3">実費</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用者等の希望による郵送料</td><td colspan="3">実費</td></tr>
</table>

※社会福祉法人利用者負担軽減措置の対象の方は、本人負担額が軽減となります。

本書面により、「重要事項説明書（料金表含む）内容の説明をうけ、同意致します。

令和　　年　　月　　日

利用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）