

短期入所生活介護 重要事項説明書

1 短期入所生活介護の概要

(1) 当施設の概要

施設名	サンシャインショートステイ
所在地	青森県八戸市東白山台二丁目2番1
電話番号	0178-23-5050 (代表) 0178-23-5275
FAX番号	0178-23-5306
事業所番号	0270302011

(2) 当施設の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者		1名	名	(1)	1名	介護従事者及び業務の管理
介護職員	介護福祉士	32名	名		32名	生活全般に関するお世話
	その他	3名	名		3名	
	合計	35名	名		35名	
介護助手		名	3名		3名	調理補助・清掃
介護支援専門員		1名	名		1名	ケアプランの管理・作成
生活相談員		2名	名		2名	日常生活の相談・指導業務
機能訓練指導員		1名	名		1名	機能回復に関する業務
看護職員	看護師	3名	2名	(1)	5名	医療・保健衛生に関する業務
	准看護師	名	名		0名	
医師		名	<1名>		<1名>	医療に関する業務
事務職		3名	名		3名	事務全般
管理栄養士		1名	名		1名	栄養マネジメントに関する業務
栄養士		1名	名		1名	献立・栄養指導に関する業務
調理員		5名	名		5名	
管理員		2名	1名		3名	
総合計		55名	6名 <1名>	(2)	58名 <1名>	

< >印は嘱託医・()印は兼務とする

(3) 当施設の設備の概要

定員	20人	静養室	1室 (19.8 m ²)
居室	全室個室 (1室 14.1 ² m ²)	医務室	1室 (15.8 m ²)
浴室	一般浴室 (78.9 ⁷ m ²) 8ヶ所	介護職員室	2室 (62.8 ⁴ m ²)
	特別浴槽室 (20.4 ⁰ m ²)	食堂・機能訓練室	440.9 m ²
共同生活室	2ヶ所 (217.6 ⁰ m ²)	面接室	24.1 m ²
ボランティア室	16.2 ⁵ m ²	面会室	16.2 ⁵ m ²

2 当施設の特徴等

(1) 運営の方針

サンシャインショートステイが行う指定短期入所生活介護事業（ショートステイ）は、利用者が介護が必要な状態等となった場合においても、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより、利用者が可能な限り居宅において利用者の能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、心身の機能の維持ならびに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

(2) サービス利用のために

事 項	備 考
従業員の研修の実施	随時、内部研修・外部研修を実施しています。
身体的拘束	原則として行いません。但し、囑託医の指示により医療的な処置が必要な場合、家族の同意のもとに記録し行うことがあります。
レクリエーション & 行 事	レクリエーションは各ユニットの利用者ご本人の希望を取り入れ、月単位で計画します。また、季節や伝統の行事も計画的に実施します。

(3) サービス利用にあたっての留意事項

事 項	備 考
面 会	事前電話等によりご予約を受け付けております。 面会可能時間：月曜日～金曜日 午前9時～午後3時迄 原則、日曜日の面会のご遠慮ください。 (上記以外の時間での面会も相談により可能)
外 出	外出の際は、外出届に必要な事項を記入して下さい。 (通院や希望外出、年末等の帰宅などの際が該当します。)
面会者の宿泊	面会者が宿泊する場合は、事前に申し出ください。 全室個室ですので、利用者ご本人様と同室に泊まることができます。 また、食事の提供も出来ます。(寝具代、食事代は実費となります。)
飲 酒	医師の指示がある方はご遠慮いただく場合があります。
所持品の持ち込み	原則として、身の回り品は持ち込み可能です。
設備・器具の利用	設備・器具はご自由にお使いください。 但し、事故・怪我の防止のため職員に声をかけてください。

3 サービスの内容

- ① 入所者の処遇に関する施設サービス計画書の作成
- ② 食事の提供（朝食 7：30～・昼食 12：00～・夕食 18：00～）
 - * 当施設では管理栄養士（栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好に考慮した食事を提供します。
- ③ 入浴（基本として週に2回以上の入浴があります。）
 - * 発熱や体調不良等の場合は清拭や部分浴になる場合もあります。
- ④ 排泄（排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。）
- ⑤ 機能訓練（歩行訓練、健康体操等の日常生活の中における生活リハビリを提供します。）
- ⑥ 健康管理（嘱託医や看護職員による健康管理を行います。）
 - * 嘱託医の診察は月に1回あります。（毎週火曜日午前より）
- ⑦ 口腔ケア（施設職員による適切な口腔ケアを実施します。入所時、及び入所後の口腔衛生状態、口腔機能向上に努めます。）
 - * 歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士等による技術的助言、指導を施設職員が定期的に受け、適切な口腔ケアを実施します。
- ⑧ 相談及び援助（個別により個々の相談に応じると共に、相談に対する対策を決定しサービスを提供します。）
- ⑨ その他自立への支援
 - ・寝たきり防止のため、出来る限り離床を促します。
 - ・生活のリズムを考え、毎朝、夕の着替えを行うように配慮します。
 - ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

4 利用料金

(1) 利用料

① 短期入所生活介護サービス料

	1日当たりの 利用料金	介護保険適用時の 1日当たりの自己負担額（1割）
要支援 1	5,290円	529円
要支援 2	6,560円	656円
要介護 1	7,040円	704円
要介護 2	7,720円	772円
要介護 3	8,470円	847円
要介護 4	9,180円	918円
要介護 5	9,870円	987円

② 付加サービス料

	1日当たりの 利用料金	介護保険適用時の 1日当たりの自己負担額（1割）
送 迎 代	片道 1,840円	184円
看護体制加算（Ⅰ）	40円	4円
機能訓練加算	120円	12円
夜勤職員配置加算（Ⅳ）	200円	20円
認知症行動・心理状態緊急対応加算	2,000円	200円
療養食加算(1食当たり)	80円	8円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	220円	22円
短期生活長期利用者提供減算	△300円	△30円
介護職員等処遇改善加算	(①+②) × 利用日数 14.0% を乗じた金額	

- * 利用中に訪問看護を利用した場合は在宅中重度者受入加算が発生します。
- * 上記の送迎は、利用者の心身の状態、家族の事情からみて必要と認められる場合のみ、介護保険給付の対象となります。
- * なお、1日当たりの自己負担額は市区町村から発行される介護保険負担割合証の割合に応じた額となります。
- * 通常の事業の実施地域以外の地域（八戸市以外）に居住する指定短期入所生活介護利用者の送迎に要した交通費は、その実費を徴収します。

③ 滞在費 1日当たりの自己負担 **2,066円**

* 低所得者については居住費負担の軽減のため次のように減額になります。

- a 第1段階の方 … **880円**
- b 第2段階の方 … **880円**
- c 第3段階①及び②の方… **1,370円**

④ 食費 1食当たりの自己負担 朝食…404円

昼食…554円（おやつ代含む）

夕食…434円

* 低所得者については食費負担の軽減のため次のように減額になります。

- a 第1段階の方 … 300円/日
- b 第2段階の方 … 600円/日
- c 第3段階①の方 … 1,000円/日
- d 第3段階②の方 … 1,300円/日

⑤ その他（希望により下記の料金がかかります）

	料 金	備 考		
理 美 容	2,000円	基本的に毎月第2月曜日となります。		
ク ラ ブ 費	実 費	個人保管の作品材料費や外出行事の際にかかる費用など。		
コ ピ ー 代	10円	1枚につき（領収書等の再発行を含む）		
日 常 生 活 費	ティッシュペーパー	60円	T字カミソリ	100円
	歯ブラシ	100円	歯磨きティッシュ	685円
	歯磨き粉	200円		

* 施設備品などの破損（大破）等の場合はご負担をお願いすることもあります。

(2) 料金の支払方法

月末の翌月 10 日に請求書発送、15 日以内に支払い。支払方法としては口座引き落とし、銀行振込、現金支払の中からお選びいただけます。

(口座引き落とし)

口座引き落としの場合は毎月、20 日（土日、祝日の場合は翌営業日）に前月分が引き落としとなります。引き落とし手続きが別途に必要です。

(銀行振り込み)

振込の場合は同様に 25 日までにお願いします。

尚、振り込み手数料は利用者負担となります。

(現金支払)

現金支払の場合は、お手数ですが当施設事務までお持ちください。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

電話にて申し込み後、書類の作成を行います。その際書類作成のため当施設の職員がお伺いします。場合によっては当施設においでいただく事もありますのでご了承ください。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスが終了する場合

実際に短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書で申し出によりいつでも解約できます。この場合その後の予約は無効となります。

② 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。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合。
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合。（この場合、条件を変更して再度契約することができます。）
- ・利用者が亡くなられた場合。

③ その他

ア サービス料金の不払いの場合

利用者が、サービス利用料金の支払いを 1 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、7 日以内に支払わない場合、契約解除することがあります。

イ 暴言などがあった場合

利用者やご家族様などが当施設や当施設の従業者又は他の利用者に対して、暴言・暴力・セクハラ・迷惑行為などの危害を及ぼし、通常の接遇方法等ではこれを防止することができない場合は、契約を解除することがあります。尚、この場合、契約の終了後の予約は無効となります。

6 福祉サービスにおける苦情解決

(1) 施設の利用者相談・苦情窓口

サービスに関する利用者からの苦情に対して適切に解決するため、施設内に相談受付担当者を下記の通り定めております。

担当者 柿崎 詳太

電話受付 0178-23-5050 FAX番号 0178-23-5306

受付は年中無休で対応しています。(24時間)

(2) 第三者委員による話し合いで苦情解決の責務を明確にすることも出来ます。

(別紙参考)

(3) その他

当施設以外に、お住まいの市町村またはア) 八戸市介護保険課 0178-43-9292 (直通)、イ) 青森県国民健康保険団体連合会 017-723-1336 (苦情処理委員会) の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

7 緊急時の対応方法

サービスを提供しているときに入所者様の病状の急変等が生じた場合は速やかに、主治医、管理者、家族等へ連絡を行なうと共に、心肺蘇生法、人工呼吸など症状に応じた処置を救急法に基づき行います。

*基本的には短期入所も在宅生活の延長ですので、通院は利用者様のかかりつけの医院に家族が連れて行く事となります。

*家族に連絡がつかない場合や夜間及び休日に関しては症状により休日夜間救急病院に搬送します。夜間救急に受診不可能な場合、病院に連絡し指示を受け対応いたします。受診にかかる料金については後日請求となります。

サンシャイン 嘱託医	氏名	井上比奈 医師 (おひさま在宅クリニック八戸)		
	連絡先	八戸市南類家2丁目16-15 アーバンパレスD	電話番号	0178-32-0705
主治医	医療機関名			
	氏名		電話番号	
ご家族	住所			
	氏名		電話番号	

8 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、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者(担当ケアマネジャー)等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際してと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、利用者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「AIG 損害保険株式会社」と損害賠償保険契約を結んでおります。)

9 非常災害対策

防災時の対応	非常通報装置により、全職員・地域協力体・家族会・119番通報します。
防災設備	防火扉・消火栓により対応可能です。
防災訓練	利用者を含めた総合訓練を年2回以上実施し、その内利用者を含めた夜間想定避難訓練を年1回以上実施する。
防火責任者	専任の責任者を任命しています。

10 虐待の防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

11 身体拘束について

当事業所は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また当事業所として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

12 守秘義務

施設では個人情報保護法を遵守しながら従業者を常に指導し、個人情報の適切な管理・運用に努めます。

従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する為に、個人情報保護に関する契約を施設と締結して、当法人の有する利用者等の個人情報を在職中はもちろん退職後も第三者に故意又は過失により開示・提供又は漏洩したり、自ら

使用しない旨の誓約内容とします。

但し、施設を移動する際や入院の際など、移転先や居宅介護支援事業所より情報提供を求められた際は、必要に応じ情報の提供を行います。各事業所の相互の個人情報保護に関する契約の上、開示します。

13 情報開示について

当施設では利用者の生活・精神面・健康について、口頭または記録物により報告、提示致します。但し、情報の開示についてはご本人、キーパーソン（身元引き受け人）の方に限ります。

14 喀痰吸引の実施について

当施設では、厚生労働省からの指導により「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケア」を実施し、たんの吸引等の処置を講じております。

15 サービス利用の契約・同意について

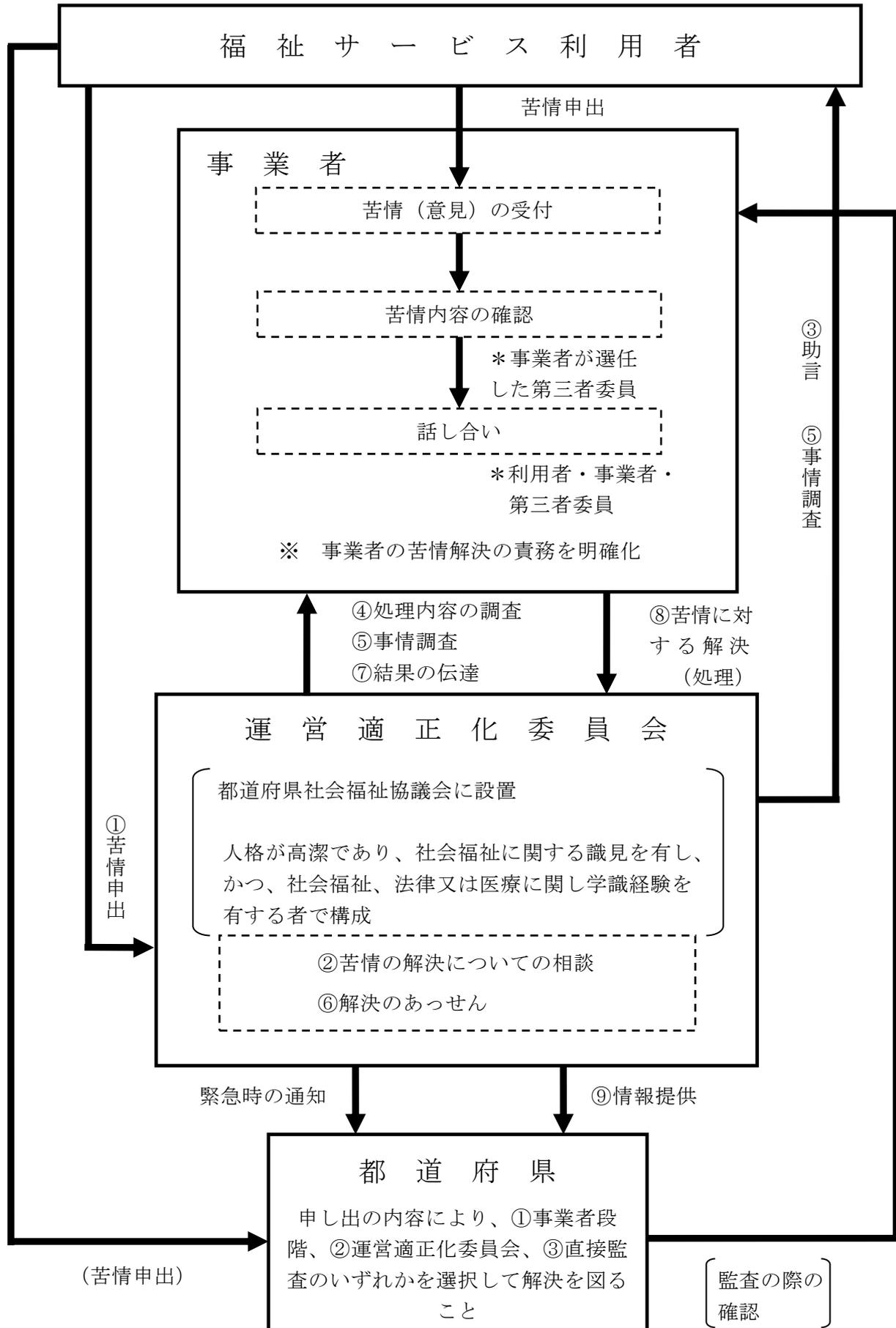
重要事項の説明、契約に当たっては利用者及び家族の同意のもとに実施します。但し、利用者の判断能力に障害がみられる場合は以下の立会いのもと契約を履行します。

*家族、身元引受人、代理人、成年後見人と交わした契約者

なお、契約・同意を求める書類等についても同様の対応でお願いします。

（個人情報利用同意書・サービス計画書・医師の意見書・申請書類等々）

福祉サービスに関する苦情解決の仕組み概要図



令和 年 月 日

本書面により、短期入所生活介護について利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明致しました。

名 称 サンシャイン ショートステイ
事業所所在地 青森県八戸市東白山台二丁目 2 番 1

説明者職氏名 生活相談員

本書面により、事業者から短期入所生活介護についての重要事項の説明を受け、説明内容及びサービス提供に同意します。

住 所
利 用 者
氏 名

住 所
代 筆 者
氏 名

サンシャイン ショートステイ 短期入所生活介護老人福祉施設事業 契 約 書

重要事項の説明をもって契約と致します。

令和 年 月 日

住 所
利用者
氏 名

住 所
代筆者
氏 名

住 所 青森県八戸市東白山台二丁目 2 番 1
事業者
事業所名 サンシャイン ショートステイ
施設長 伊藤友子

個人情報利用同意書（誓約書）

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記の場合に必要な最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったとき、医師又は看護師に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に記載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することになった場合）

3 個人情報を使用する期間

介護サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件（介護サービス事業者の責務）

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等その経過を記録すること。
- (3) 利用者に対する個人情報の利用目的の変更があった場合は通知致します。

令和 年 月 日

青森県八戸市東白山台二丁目 2 番 1

サンシャイン

ショートステイ

施設長 伊藤 友子 殿

住所

利用者

氏名

住所

代筆者

氏名