

ショートステイ泉の里 重要事項説明書 (R 6. 8. 1)

1. 事業者

- (1) 設置者名 社会福祉法人 大村福祉会
- (2) 所在地 長崎県大村市徳泉川内町 8 2 9 番地
- (3) 電話番号 (代) 0 9 5 7 - 5 4 - 2 1 0 6
- (4) 代表者氏名 理事長 小林 克敏

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 短期入所生活介護事業 (長崎県指定 4 2 7 0 5 0 0 1 4 5)
介護予防短期入所生活介護事業 (長崎県指定 4 2 7 0 5 0 0 1 4 5)
- (2) 事業所の目的 要介護・要支援状態にある在宅 生活の利用者が家族の事情等により短期入所することを目的とする。(介護予防短期入所も含む)
- (3) 事業所の名称 ショートステイ泉の里
- (4) 事業所の所在地 長崎県大村市東本町 5 8 3 番地
- (5) 電話番号 (代表) 0 9 5 7 - 5 4 - 2 1 0 7
- (6) 管理者 小林 加津代 (施設長)
- (7) 当事業所の運営方針
 - 1) 当施設は要介護状態に応じて担当の介護支援専門員による介護計画に基づき良質なサービスの提供を行い快適な短期入所生活を営むことができるように努めるものとする。
 - 2) 当施設は介護保険法等の基本理念に基づき利用者おひとりおひとりの個別処遇に徹して生活の質の確保及び向上を重視し健康管理、日常生活動作の維持・回復の援助に努めるとともに「明るく」「和やか」な雰囲気のなかで安心してご利用していただけるようにサービスの充実に努めるものとする。
 - 3) 事業の実施にあたっては担当の介護支援専門員とご家族との連携を密にし協力と理解のもとに総合的なサービスの提供に努めます。
 - 4) 緊急の事態にも柔軟に対応できる体制を整備します。
- (8) 開設年月日 昭和 5 7 年 9 月 1 日
- (9) 短期入所定員数 1 7 名 (1 ユニット 8 人、2 ユニット 9 人)
- (10) 居室数 1 7 室
部屋室総面積一人当たり面積
◎ 1 7 室合計 2 5 3. 0 9 m² 一部屋当たり平均 1 4. 8 8 m²
- (11) 通常の送迎の実施地域
通常の送迎の実施地域は大村市とします。但し利用者及び家族の要望によりその限りではありません。

3. 職員の配置状況と勤務体制

当事業所では、利用者に対して施設サービスを提供する職員として以下の職員配置をします。

(1) 主な職員配置（特養と兼務）

- | | |
|-------------|-------------------|
| 1. 管理者（施設長） | 1名 |
| 2. 生活相談員 | 1名以上 |
| 3. 医師 | 1名以上 |
| 4. 介護職員 | 6名以上（内ユニットリーダー2名） |
| 5. 看護師 | 1名以上 |
| 6. 機能訓練指導員 | 1名以上 |
| 7. 栄養士 | 1名以上 |
| 8. 調理員 | 3名以上 |

(2) 勤務体制

- | | |
|----------------------------|------------------|
| 1. 施設長・生活相談員・機能訓練指導員・管理栄養士 | |
| ・日勤務 | 8：30 ～ 18：00 を基本 |
| 2. 介護職員・看護職員 | |
| ・日勤務 | 8：30 ～ 18：00 を基本 |
| ・夜勤務 | 17：00 ～ 翌9：00 |

4. 職員の職務内容

職員はご利用いただく利用者に対して次の職務を担当します。

1. 施設長は事業の実施状況の把握、職員への指揮命令及び監督を行い、適切な事業が実施できるように総括します。
2. 生活相談員は施設長を補佐し、施設長不在のときはその職務を代行するとともに、利用者の心身の状況を的確に把握しながら、日常生活上の相談援助等の指導を行います。又、初回利用者に対しては、心身の安定を図るなど適切な相談援助を行います。
5. ユニットリーダーは介護職員を統括し、看護師、生活相談員と協力し、利用者の日常生活に必要な援助、介護に従事します。
6. 介護職員は生活相談員やユニットリーダーと協力し、利用者の生活指導、利用者の日常生活に必要な援助、介護に従事します。
7. 機能訓練指導員は心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能回復又はその減退を防止するための訓練を行います。
8. 管理栄養士は各種関係法令等に基づき、食品衛生管理及び献立並びに栄養指導等を行います。

5. サービス提供における事業者の義務

当事業所は、利用者に対してサービスを提供するに当たって、利用者の生命、身体、生活環境等の安全確保やプライバシーの保護に配慮すると共に利用者の状態に応じた介護を行な

うなど、契約書に規定される義務を負います。当事業所では、次の事を守ります。

- (1) 利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、ご家族にその旨を報告し主治医と連携をとりながら適切な措置を行います。
- (2) 非常災害に関する具体的計画を策定し、定期的に避難、救出その他訓練を行ないます
- (3) 利用者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管をするとともに、利用者又は家族の請求に応じて閲覧させ、必要に応じて複写物を交付します。
- (4) 事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者及び家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏らしません。(守秘義務)
※ ただし、利用者が緊急で医療上の必要性がある場合には、医療機関や関係機関に利用者の心身等の情報を提供します。その際には文書にて同意書を得ます。
- (5) 感染症の発症及びまん延に関する取組の徹底を求める観点から、以下の取組を実施します。
※委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練(シミュレーション)の実施等を行います。
- (6) ハラスメント等における対応対策予防計画などについて
※相談窓口や各種研修会、委員会の設定の努力の義務が示され、予防対策被害防止のための指針の整備、担当者の設置や窓口設置を行い取り組みます。

6. 虐待の防止

事業所は、虐待の発生又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の防止のための対策を検討する高齢者権利擁護委員会(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)を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的の実施します。
- (3) 前2号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

7. 当施設利用に関する留意事項

- (1) 施設・設備の使用上の注意
 - ・ 施設、設備、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、利用者から自己負担で原状に修復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
 - ・ 公の秩序または善良な風俗に反するような行為は行わないで下さい
 - ・ 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- (2) サービスの利用は介護支援専門員が立てた計画書に基づき提供します。
- (3) 館内は禁煙となっておりますので、ご協力をお願いします。
- (4) 異性介護を行うことがあります。

8. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意または過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

※本事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
保険名	福祉事業者 総合賠償責任保険

9. サービス利用をやめる場合

契約の有効期間は利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は同じ条件で更新され、以後も同様となります。ただし契約期間中、仮に以下のような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- 1) 利用者が施設等に入所した場合
- 2) 利用者が死亡した場合
- 3) 利用者が要介護認定の判定結果、自立と判定された場合
- 4) 事業所が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- 5) 施設の滅失や重大なき損により、利用者のサービスの提供が不可能になった場合
- 6) 当事業所が介護保険の指定を辞退もしくは取消された場合
- 7) 利用者から解約又は契約解除の申し入れがあった場合、契約の有効期間であっても利用者から利用契約を解約することができます。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。
 - ・介護保険給付対象外サービスの料金の変更に同意できない場合
 - ・事業所の運営規定の変更に同意できない場合
 - ・事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく、本契約に定める短期入所生活介護事業を実施しない場合
 - ・事業所もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
 - ・事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により、利用者の身体・財物・信用等を傷たり又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
 - ・利用者が他の利用者等に身体・財物・信用を傷つけられた場合もしくは傷つけられる恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合
- 8) 事業者からの契約解除の申し出があった場合
 - 以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。
 - ・利用者が伝染病又は悪質な疾病に罹患し、他の利用者に伝染する状態となった場合

- ・利用者が料金の支払いを3カ月以上遅滞し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ・利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行なう等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
※カスタマーハラスメントが発生した場合も含む
- ・利用者が、契約書に定める禁止行為を行い、事業者又はサービス従事者の制止にかかわらずその行為を続ける場合

10. 当事業所が提供するサービス

1) 食事

- ・食事は、管理栄養士の献立表により、栄養並びに利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・利用者の自立支援の為、離床し食堂で食事をとっていただくことを原則とします
- ・食事時間 朝食8:30～ 昼食12:00～ 夕食17:00～
※但し短期退所時の送り時間に合わせ、適時変更する場合があります。

2) 入浴

- ・週2回を原則として行っています。(必要に応じ随時対応)
- ・利用者の身体状態に合わせて一般浴・リフト浴・特殊浴など適宜選択して行います。
- ・健康の状態により入浴のできない方には、全身清拭を行います。

3) 排泄

- ・利用者の状態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の適切な援助を行います。

4) 機能訓練

- ・利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能回復またはその減退を防止するため訓練計画を立案し必要な機能訓練を行います。

5) 健康管理

- ・職員による健康チェックと、利用者の状態に合わせ必要時には主治医に連絡を取り適切な対応を行います。
- ・日常及び夜間などの緊急時には協力医療機関との体制が整備確立されています。

6) 送迎

- ・短期入所時及び退所時には送迎を対応いたします。送迎の通常実施地域は大村市です。

11. 協力医療機関

- (1) 中村医院（内科）
- (2) 岡循環器内科（循環器内科）
- (3) 新大村アイクリニック（眼科）

- (4) 赤司歯科（歯科）
- (5) 山口耳鼻科（耳鼻科）
- (6) 篠原皮膚科（皮膚科）
- (7) 緊急時受入協力医院 国立病院機構長崎医療センター 市立大村市民病院

1 2. 当事業所をご利用の際の留意いただく事項

(1) 面会

- ・介護職員に面会の旨を伝えてから面会をお願いします。
- ・飲食物持込の際は必ず担当介護職員に報告をお願いします。

(2) 館内は禁煙となっておりますので、ご協力をお願いします。

1 3. 当事業所の利用料金について

(1) 基本料金（1日あたりの自己負担金、機能訓練体制加算、サービス提供体制強化加算、看護体制加算、夜間職員配置加算を含む）

1) 施設利用料（要介護認定による介護度によって利用料が異なります）

ショート	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	563円	1,126円	1,689円
要支援2	690円	1,380円	2,070円
要介護1	768円	1,536円	2,304円
要介護2	836円	1,672円	2,508円
要介護3	911円	1,822円	2,733円
要介護4	982円	1,964円	2,946円
要介護5	1,051円	2,102円	3,153円

- ※ 1か月の総合計単位数に、介護職員処遇改善加算14%が加わります。
- ※ 長期利用者に対する短期入所生活介護の減算（30日以上利用）
1割：－30円/日（2割：－60円/日、3割：－90円/日）
- ※ 個別機能訓練を行った場合の加算 1割：56円/日（2割：112円/日、3割：168円）
- ※ 喀痰吸引実施や人工呼吸器を使用している等の重度者の受け入れの場合の加算
医療連携強化加算 1割：58円/日（2割：116円/日、3割：174円）
- ※ 利用者や家族の状況に合わせ、ケアプランにおいて利用計画のない緊急の場合の加算
緊急短期入所受入加算 1割：90円/日（2割：180円/日、3割：270円/日）
- ※ 口腔スクリーニングを行い、その内容をケアマネジャーと歯科医療機関へ情報提供した場合の加算 口腔連携強化加算 1割：50円/日（2割：100円/日、3割：150円/日）

※ 看取り期におけるサービスの提供と評価を行った場合の加算

看取り連携体制加算 1割：64円/日（2割：128円/日 3割：192円）

2) 送迎（片道）1割：184円（2割：368円、3割：552円）

3) 食費（1日あたり）

・（一般世帯）1,500円/日（朝食434円・昼食577円・夕食489円）

・（第3段階①）1,000円/日（朝食434円・昼食577円・夕食489円）

・（第3段階②）1,300円/日（朝食434円・昼食577円・夕食489円）

・（第2段階）600円/日（朝食418円・昼食556円・夕食471円）

・（第1段階）300円/日（朝食300円・昼食300円・夕食300円）

各段階の1日あたりの食費は、負担限度額内となります。

4) 滞在費（1日あたり）

・2,066円（一般世帯）1,370円（第3段階）880円（第2段階）880円（第1段階）

※ 今後、介護報酬改定等、制度改正による利用料の変更については、通知のみとさせていただきます。なお、異議がある方は当法人まで申し出ください。

（2）その他の料金

1) 日用品代（実費）

ティッシュペーパー・石鹸・シャンプー・タオル・ナプキン等の日用雑貨

2) 教養娯楽費（実費）

サークル活動の材料費・教材費等

3) 理美容費（実費）

4) 医療費（実費）

5) 個人購入費【特殊おむつ代（施設で取り扱いの無い種類）・嗜好品等】（実費）

1 4. 非常災害時の対策

（1）非常時の対応

防災連絡協議会に定められた防災計画を基に近隣住民と連携をとり対応をします。

（2）消防計画等

消防署への防災訓練計画書を提出し、その指導の基で防災に関し常に職員に対し指導訓練を実施し、その体制の確立に努めています。

1 5. 事故発生時の対応

（1）事故発生時の手順

1) 事故の第一発見者はその事実を速やかに当日の責任者に報告する

2) 責任者はその事実を確認し看護師と連携をとる

3) 責任者はその事実を速やかに施設長に報告する

4) 看護師と責任者が医師の対応が必要だと判断した場合、速やかに主治医へ連絡する

5) 看護師と責任者が医療機関への搬送が必要だと判断した場合、速やかに協力医療機関に

受入要請を行い搬送する。(市立大村市民病院・国立病院長崎医療センター)

6) 看護師と責任者の判断でその必要性がある場合、救急車(レスキュー隊)を手配する

7) 責任者はその事実を速やかに家族(身元引受人)に報告する

(2) 事故発生後の対応

1) 責任者は利用者の状態を確認し今後の対応を職員と家族とで検討する

2) 責任者は利用者の今後の対応を施設長に報告する

3) 責任者は事故の内容を確認し損害補償等の対象となる場合、その事実を施設長に報告し速やかにその処理を進め、誠意ある対応を行なう

16. 外部評価について

外部評価については、現在実施していない。

17. 苦情等の受付

(1) 苦情受付窓口

1) 苦情受付担当者 生活相談員：岩永 千恵

2) 受付時間及び電話番号 0957-54-2107 (24時間対応)

(2) 苦情処理体制

1) 苦情処理責任者 施設長：小林 加津代

2) 苦情処理検討委員

生活相談員：岩永 千恵 / 介護次長：木村 裕介

医務：渡邊 房子 / 事務：佐藤 三枝子

泉の里第三者委員 元大村市訪問調査員 介護支援専門員：三橋 房子

TEL 0957-53-2612

元大村福祉社会職員：宮田 美佐子

TEL 090-7451-6363

※ 苦情内容により上記以外の関係職員の参加を伴う

(3) 苦情処理の手順

1) 苦情を受け付けた担当者は、速やかにその事実を苦情処理責任者である施設長、小林加津代まで報告する。

2) 苦情処理責任者の指示の基、苦情処理検討委員による苦情解決検討会議を開く。

3) 苦情解決検討会議で決議された解決策を記録に残す。

4) 苦情窓口担当者はその解決策について誠意をもって相手に説明し意見と理解を求め、今後のサービス向上に努める。

(4) 行政機関その他苦情受付機関

大村市福祉保健部長寿介護課	所在地：〒856-0832 大村市本町458番地2 電話番号：0957-20-7301
長崎県国民健康保険団体連合会	所在地：〒850-0025 長崎市今博多町8番地2 電話番号：095-826-1599
長崎県福祉サービス相談運営 適正化委員会	所在地：〒852-8555 長崎市茂里町3番地24 電話番号：095-842-6410

令和 年 月 日

介護福祉施設サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 大村福祉会 ショートステイ泉の里

説明者職名 _____ 氏 名 _____

私は、本書面に基づいて事業者からの重要事項の説明を受け、ショートステイ泉の里のサービスの提供開始に同意し受領しました。

入居者

住 所 _____

氏 名

上記代理人

住 所

氏 名

(入居者との続柄)

連帯保証人 1	氏名: _____ 印 住所: _____ 連絡先: _____ 入居者との続柄: _____ 連帯保証の極度額: _____ 円 極度額の算定根拠: 利用料(介護費、居住費、食費)の6ヶ月分相当額
連帯保証人 2	氏名: _____ 印 住所: _____ 連絡先: _____ 入居者との続柄: _____ 連帯保証の極度額: _____ 円 極度額の算定根拠: 利用料(介護費、居住費、食費)の6ヶ月分相当額