

介護予防ショートステイサービスあすなろ 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要支援状態にある方に対し、適正な介護予防短期入所生活介護を提供することにより要支援状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業の内容

(1) 提供できるサービスの地域

事業所名	介護予防ショートステイサービスあすなろ
指定番号	1271204107
所在地	千葉県松戸市金ヶ作139-10
管理者の氏名	小暮 信将
電話番号	047-311-7001
FAX番号	047-311-7171

サービスを提供する地域

通常の事業実施地域は、松戸市内・柏市南部地域（南増尾・酒井根・逆井）とします。

(2) 事業所の従業者体制（特別養護老人ホームとの兼務となります）

	職務の内容	常勤	非常	合計
管理者	業務の一元的な管理	1名	—	1名
医師	健康管理及び療養上の指導	—	1名	1名
生活相談員	生活相談及び指導	1名	—	1名
看護師又は准看護師	心身の健康管理、口腔衛生と機能の チェック及び指導、保健衛生管理	2名	1名	3名
介護職員	専従介護業務	24名	—	24名
栄養士	栄養管理等	1名	—	1名
機能訓練指導員	身体機能の向上・健康維持のための指導	1名	—	1名
調理員その他の従業者			必要数	

(3) 設備の概要

定員 10名

○居室

1人部屋 60室

1人部屋（短期専用） 10室

○食堂 1室

利用者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。

○浴室 1室

浴室には利用者が使用しやすい適切なものを設けます。

○洗面所及び便所 10室

各居室に洗面所や便所を設けます。

○機能訓練室 1室

利用者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

○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・介護材料室・調理室・相談室・面談室・介護職員室等を設けます。

3. サービスの内容

(1) 基本サービス

① 介護予防短期入所生活介護計画の立案

利用期間が4日間以上の場合、利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、介護予防短期入所生活介護計画を作成します。その内容を利用者及びその家族に説明し同意を得ます。

介護予防短期入所生活介護計画を作成した際は、当該計画を利用者に交付します。

② 食事

- ・ 食事は利用者の心身の状態、嗜好を考慮し適切な時間に合わせて調理します。
- ・ 医師の指示による食事の提供を行います。

③ 入浴

週に2回～3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。

④ 介護

介護予防短期入所生活介護計画に沿った介護を行います。

- ・ 更衣、排泄、食事、入浴等の介助
- ・ 体位交換、シーツ交換、事業所内の移動の付き添い等

⑤ 機能訓練

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。

⑥ 生活相談

生活相談員をはじめ従業者が、日常生活に関する事等の相談に応じます。

⑦ 健康管理

利用中の医療機関の受診は、基本的にご家族に対応いただきます。ただし、ご利用開始後必要に応じ、健康状態を把握するため、嘱託医へ外来し受診する場合がございます。

(2) その他のサービス

① 理美容

毎月、第2月曜日に理美容の機会を設けておりますので、利用期間中に行われる場合で、ご希望の方はお申込みください。(料金は理美容業者へ直接お支払いいただきます。)

② 所持品の管理

保管できるスペースに限りがございますので、事前のご連絡をお願いいたします。

③ レクリエーション

年間を通して事業所内外の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかる場合がございます。(利用期間中に行われる場合)

4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該短期入所生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

□介護報酬告示額 (併設型ユニット型の料金を記載)

(1) 基本料金(1日当たり) * 1割負担の場合

介護区分	利用料	自己負担額
要支援1	5, 517円(523単位)	552円
要支援2	6, 846円(649単位)	685円

(2) 加算料金等

ア	予防短期生活機能訓練体制加算(12単位)	1日につき	13円
イ	送迎加算(184単位)	片道	195円
ウ	療養食加算(8単位)	1食につき	9円
		(※1日につき)	26円
エ	サービス提供体制強化加算Ⅰ(22単位)	1日につき	24円
	Ⅱ(18単位)	1日につき	19円
	Ⅲ(6単位)	1日につき	7円
オ	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1月につき	所定単位数×83/1000
	Ⅱ	1月につき	所定単位数×60/1000
	Ⅲ	1月につき	所定単位数×33/1000
カ	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	1月につき	所定単位数×27/1000
	Ⅱ	1月につき	所定単位数×23/1000
キ	介護職員等ベースアップ等支援加算	1月につき	所定単位数×16/1000

※地域区分は5級地の為、所定の単位数に(10.55)を上乗せした金額になります。

□その他の費用

(1) 食事の提供に要する費用

ア 基本料金

階層	1日当たり
第一段階	300円
第二段階	600円
第三段階①	1,000円
第三段階②	1,300円
第四段階	1,640円

イ 入所・退所時等における食費の負担額

入所・退所の日においては、実際に摂った食ごとの料金とします。ただし、その額がアに定める負担限度額を下回った場合はその額とします。

なお、終日利用する場合には、特別な場合を除いて実際に摂った食数にかかわらず1日当たりの額とします。

(2) 滞在に要する費用

基本料金入所・退所の時間にかかわらず

階層	1日当たり
第一段階	820円
第二段階	820円
第三段階①	1,310円
第三段階②	1,310円
第四段階	2,150円

(3) 利用者が選定する特別な食事に関する費用の額

予め利用者の選択により外食、注文食、行事食など(1)に定める通常の食事の提供に要する費用の額では困難な食費の額については、通常の食費を控除した額を利用者が負担します。当該額は、提供ごとの食事の内容による価格とします。

(4) 理美容代 実費(理美容事業者へ直接お支払いください。)

(5) その他利用者の嗜好品の購入、行事への参加費など諸々費用は実費(販売事業者へ直接お支払いください。)

5. サービス利用に当たっての留意事項

- ①利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報ください。
- ②利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際必ず従業員に声をかけてください。
- ③事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ④従業員に対する贈物や飲食のおもてなしは、お受けできません。

6. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回利用者及び従業員等の訓練を行います。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

8. 虐待防止について

利用者の人権の擁護・虐待防止等のために次に掲げる措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者： 施設長 小暮 信将

- (2) 利用者及び事業所等からの連絡・通報を受けた際に、適切に対応するための体制整備を行います。
- (3) 職員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。
- (4) 成年後見人制度の利用を支援します。
- (5) 松戸市役所、常盤平地域包括支援センター、常盤平団地地域包括支援センター、警察等との虐待等における通報先との連携・努力に努めます。

9. 暴言・暴力・ハラスメントについて

暴言・暴力・ハラスメントに対するために次に掲げる措置を講じます。

- (1) 暴言・暴力・ハラスメントに対する組織・地域での適切な対応を図るとともに、法人内に責任者を選定しています。

ハラスメントに関する法人責任者： 施設長 小暮 信将

- (2) 職員に対する暴言・暴力・ハラスメントを防止し、啓発・普及するための研修を実施しています。
- (3) 暴言・暴力・ハラスメント行為が利用者やその家族から、職員に対してあった場合には解約するだけでなく、法的な措置とともに損害賠償を求めることがあります。

10. 例外的な事項について

この重要事項説明書及び介護保険等の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重して、利用者と事業所の協議により定めさせていただきます。

11. 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、ご家族、市町村、関係医療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。

12. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容として行っています。

1 3. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

1 4. 身体拘束の禁止

原則として、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。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合時は事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の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。

1 5. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 窓口担当者：高橋 恵（生活相談員）

ご利用時間：月～金曜日 9時00分～17時00分

ご利用方法 電話 047-311-7001

※ 公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

松戸市役所 介護保険課

所在地：千葉県松戸市根本387-5

電話番号：047-366-7343

受付時間：9時00分～17時00分（土日、祝日を除く）

千葉県国民健康保険団体連合会介護保険課

所在地：千葉県千葉市稲毛区天台6丁目4番3号

電話番号：043-254-7428

受付時間：9時00分～17時00分（土日、祝日を除く）

苦情処理第三者委員

氏名 忍足 安房 住所 松戸市日暮7-552

電話番号 047-385-7736

氏名 久保 せつ子 住所 松戸市日暮7-157

電話番号 047-384-2397

※ 公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

16. 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・ 協力医療機関
 - ・ 名称 三和病院
 - ・ 住所 松戸市日暮7-379
 - ・ 名称 千葉西総合病院
 - ・ 住所 松戸市金ヶ作107-1
- ・ 協力歯科医療機関
 - ・ 名称 やばしら歯科医院
 - ・ 住所 松戸市日暮1-5-8

◆緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

17. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご入所者様に生じた損害については、施設は、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、損害の発生について、ご入所者様に故意又は過失が認められた場合には、ご入所者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

18. 個人情報についての同意

必要な情報の提供

施設利用につき、生活介助または医学的管理を円滑に行うにあたり下記の情報を施設内にてまたは関係医療機関、介護保険事業所、福祉施設、行政機関、委託業者（食事、調剤薬局、洗濯）等に利用者またはその家族（代理人・後見人）の必要な情報を提供する事を了承致します。

施設利用中の情報

入退所時（他介護保険事務所、医療機関、福祉施設等への入所）の必要な情報提供
施設内での自室の表札、行事写真の掲示またはナースコール等の名前の記入等
往（受）診時の医療情報提供または介護保険情報等（家族への連絡先等含）
調剤薬局、食事外部委託業者への必要情報提供

入所中における利用者個人に対しての問い合わせ(電話)、面会等、個人情報を求める第三者に対しての同意

同意する場合は✓をつけてください。特定する場合は()内に指定してください。

1) 電話の取次ぎ(所在確認含)

- 家族 (_____)
- 親戚 (_____)
- 友人・知人 (_____)
- 金融機関 (_____)
- その他 (_____)

2) 面会

- 家族 (_____)
- 親戚 (_____)
- 友人・知人 (_____)
- 金融機関 (_____)
- その他 (_____)

3) その他、人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合で、本人の同意を得ることが困難な場合、または行政機関から情報提供の申し出があった場合は、管理者の権限によって必要な個人情報を提供します。

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護サービスの開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者>

所在地 千葉県松戸市金ヶ作139-10

事業所名 ショートステイサービスあすなろ

指定番号 1271204107

管理者名 小暮 信将 印

説明者 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定短期入所生活介護サービスについて要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

住所

氏名 印

<利用者代理人（選任した場合）>

住所

氏名 印 （続柄 ）