

# 短期入所生活介護 重要事項説明書

(令和6年 8月 1日現在)

## 1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適切な短期入所生活介護を提供することにより要介護状態の維持・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. 事業の概要

### ①提供できるサービスの種類と地域

事業所名	ショートステイサービスセンター小倉町いずみ苑
介護保険事業者番号	短期入所生活介護（千葉県1270401506）
所在地	千葉市若葉区小倉町1325-1
電話番号	043-232-2601
FAX番号	043-232-2644
サービス提供地域	千葉市、四街道市

### ②事業所の従業員体制 ※（ ）は非常勤

職種	常勤	非常勤	合計	業務内容
事業所長	1	—	1	事業所の運営管理に関する業務（兼任）
医師	—	(1)	(1)	健康管理及び療養上の指導
生活相談員	1	—	1	利用者からの生活相談に関する業務
介護支援専門員	1	—	1	短期入所生活介護計画の作成業務（兼任）
看護職員	1	(2)	1(2)	利用者の健康管理に関する業務
介護職員	21	(6)	21(6)	利用者接遇、介護に関する業務
栄養士	1	—	1	食事献立作成、栄養計算、栄養指導等
宿直員	—	(2)	(2)	夜間帯の来苑者接遇、緊急時対応等

- 施設長以下、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員、介護職員、栄養士、事務員等の職員が一丸となり社会の信頼に応えるべく専門的なサービス提供を心掛けています。職員の勤務体制は不規則となる場合もあり事務手続き等代理人の意向に沿いかねる場合もございますのでご了承下さい。

代理人からの相談につきましては、内容により各職員が対応させていただきます。ご遠慮なくお問い合わせくださいませ。また、代理人への報告、依頼、連絡に関しましては内容により各職員からご連絡します。

また、必要時は看護介護記録等の閲覧や交付も行っております。

### ③職種の勤務体制

勤務形態	勤務人数	勤務時間
早出	2ユニットに1名	7:00 ~ 16:30
日勤	各ユニットに1名以上	9:00 ~ 18:00
夜勤	2ユニットに1名	16:30 ~ 翌9:30

#### ④事業所の設備概要

共同生活室	ユニットの全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者全員が使用できるテーブル、イス、はしや食器類などの備品類を備えています。
浴室	個浴、座位式特殊浴槽、仰臥位式特殊浴槽を設けています。
その他の設備	設備としてその他に、医務室、相談室、事務室等を設けています。

### 3. サービス内容

#### (1) 基本サービス

##### ① 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、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代理人に説明し同意を得ます。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

- ・食事時間の目安は 朝食8:00～ 昼食12:00～ 夕食17:00～ となっております。ご本人の生活サイクルに応じてお召し上がり下さい。ご希望により食堂以外の居室等の場所でも召し上がっていただくことができます。
- ・食事は、普通食や個別（義歯、嚥下状態、疾患状況等）に応じた特別食（お粥、刻み食、流動食等）療養食（糖尿食、減塩食等）などの食事形態がございます。3回の食事の他に15:00に「おやつ」を用意させていただきます。又、医師の指示による食事の提供を行います。

##### ③ 入浴

- ・お一人当たりの入浴回数は、週2回となっております、入浴前に健康チェックを行い入浴の可否を判断しております。入浴できない場合は清拭等を行っています。また、浴室内は介護職員がお世話させていただきます。

##### ④ 介護

- ・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、入浴の介助等。
- ・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、従業員が、日常生活に関する事等の相談に応じています。

##### ⑦ 健康管理に関して

- ・利用中の医療機関受診は、基本的に代理人に対応頂きます、日常の健康管理は嘱託医の指示のもと看護職員が行っていますが、利用者の健康状態や医師の指示、看護職員の判断により病院へ受診する場合がございます。

また、状態によっては入院となる場合がありますのでご了承下さい。入院の場合はその時点で短期入所は終了となります。

※通院の場合、特に指定のない場合は泉中央病院への受診となります。

※利用者の状態により通院時や入院時の付き添いをお願いする事があります。

※利用者及び代理人の希望する病院への通院は原則として代理人にて送迎をお願いいたします。

## (2) その他のサービス

### ①理 容

- ・毎月、理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、ご希望の方はお申出下さい。

### 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、事前にご相談願います。

### ③施設設備環境に関して

- ・長期入所と短期入所は居室の使用が共用で随時入退所があります。居室の割り振りは利用者の心身の状態などを決めさせていただいておりますが、心身の状況の変化や人間関係などの理由で居室移動がある場合もございますのでご了承下さい。

### ④その他

- ・短期入所利用による環境の変化のため、一時的に心身の状況が不安定となる場合もございますが、ご家庭での生活リズムを維持できるよう心掛けております。また、利用毎にユニットが異なる場合もございます。
- ・代理人からの相談につきましては、内容により各職員が対応させていただきます。ご遠慮なくお問い合わせくださいませ。また、代理人への報告、依頼、連絡に関しましては内容により各職員からご連絡致します。

#### 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 【基本料金】【居住費】【食費】【加算】：ともに1日あたり

介護度（基本料金 加算含まず）	①～③加算を含む合計額	自己負担金（1割負担の方）	自己負担金（2割負担の方）	自己負担金（3割負担の方）
要介護1 8,545円	9,109円	911円	1,822円	2,733円
要介護2 9,379円	9,942円	995円	1,989円	2,983円
要介護3 10,289円	10,863円	1,087円	2,173円	3,259円
要介護4 11,155円	11,740円	1,174円	2,348円	3,522円
要介護5 12,000円	12,585円	1,259円	2,517円	3,776円
居住費	2,970円			
食費	1,600円 (朝食400円、昼食600円、夕食600円)			

#### 【加算料金】

- ①サービス提供体制加算（Ⅱ） 18単位／日
- ②夜勤職員配置加算Ⅱ 18単位／日
- ③介護職員等处遇改善加算Ⅱ : 毎月の総単位数に13.6%を乗じた数
- ④送迎加算：片道184単位（対象者のみ）
- ⑤長期利用者提供減算 30単位減算／日（連続した30日～60日 短期入所生活介護の利用）
- ⑥長期利用の適正化（連続して61日以上短期入所生活介護の利用 介護福祉施設単位数と同単位数）

◎【介護保険負担限度額認定申請書】を管轄行政窓口へ提出し、【介護保険負担限度額認定書】を交付された方は速やかに当事業所へ提出して下さい。対象者の方は「居住費」「食費」について【負担限度額認定証】に記載された金額を超えて当事業所が請求することはありません。

◎低所得で生計が困難である方の負担軽減を図ることにより、サービスの利用促進を図ることを目的とする社会福祉法人等による「利用者負担軽減制度」がありますので対象と思われる方はご相談下さい。

#### 【その他自己負担となるもの】

- ① 利用者が選定する特別な食事の費用 実費
- ② 理美容代 1回 1,000円 顔そり 500円
- ③ 電気代 1日 100円（品目数に関わらず）

#### 【支払方法】

サービス利用翌月の20日まで前月分利用料金の請求いたしますので、翌月15日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払いの方法

は、現金支払、銀行振込、口座自動引き落としの3通り中からご契約の際にお選びいただけます。

#### 5. サービス利用に当たっての留意事項

- ①利用者に体調に変化があった際には従業者にご一報ください。
- ②利用者は、事業所内の機械や器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。
- ③事業所内での金銭、食べ物、物品等のやり取りはご遠慮ください。

#### 6. 非常災害対策

事業所は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を整えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置について予め防災計画を作成し、防災計画に基づき、年3回利用者及び従業者等の避難訓練を行います。また、主な防災設備は、自動火災報知器、スプリンクラー、屋内散水栓、非常通報装置、自家発電装置等です。

#### 7. 緊急時の対応

サービスの提供中に利用者の病状が急変した場合は、速やかに主治医や協力医療機関及び代理人への連絡等必要な措置を講じます。

##### 緊急時の連絡先

	続柄	氏名	住所	連絡先
1			〒 —	
2			〒 —	
3			〒 —	
4			〒 —	

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
介護支援専門員	氏名	
	事業者名	
	連絡先	

#### 8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が生じた場合には、代理人、市町村、関係医療機関等への連絡を行う等必要な措置を講じ、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。

#### 9. 守秘義務に関する対策

事業所及び従業者は、業務上知り得た利用者及び代理人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  
しています。

## 10. 利用者の尊厳

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

### 11. 苦情相談窓口 当事業所提供するサービスについての苦情及び各種相談窓口

	職名	氏名	連絡先
苦情受付担当	生活相談員	森川裕幸	043-232-2601
苦情解決責任者	施設長	千野統	
第三者委員	元民生委員	野口貞子	043-228-0126

※受付時間 9:00～18:00

#### 【外部の苦情及び各種相談窓口】

機 関 名	連 絡 先 等
千葉市役所保健福祉局 千葉市介護保険事業課	(所在地) 千葉市中央区千葉港1-1 (電 話) 043-245-5062 (受付時間) 平日 午前9時から午後5時
千葉県国民健康保険団体連合会	(所在地) 千葉市稲毛区天台6-4-3 (電 話) 043-254-7428 (受付時間) 平日 午前9時から午後5時
千葉県運営適正化委員会	(所在地) 千葉市中央区千葉港4-5 社会福祉センター (電 話) 043-246-0294 (受付時間) 平日 午前9時から午後5時

## 12. 協力医療機関

事業所は下記の医療機関や歯科診療所に協力を頂き、利用者の状態が急変した場合等に  
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	泉中央病院
住 所	千葉市若葉区高根町964-49
電 話	043-228-4131

#### 【協力歯科医療機関】

名 称	かずなか歯科クリニック
住 所	千葉市稲毛区山王町346-2
電 話	043-424-3023

## 13. 損害賠償について

事業所の責任により利用者に生じた損害については、事業所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、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者  
の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが適当と認められた場合には、事業所  
の損害賠償責任を減じさせていただきます。

#### 14. 当法人の概要

- |              |                  |                 |
|--------------|------------------|-----------------|
| ・名称、法人種別     | 社会福祉法人           | 泉 寿 会           |
| ・代表者氏名、役職    | 山 初 和 也          | 理 事 長           |
| ・法人所在地       | 千葉県若葉区中田町1044-55 |                 |
| ・定款の目的に定めた事業 | 1. 第1種社会福祉事業     | 2. 第2種社会福祉事業    |
|              | 3. 公益事業          | 4. その他これに付随する業務 |
|              | 介護老人福祉施設 3ヶ所     | 短期入所生活介護事業所 3ヶ所 |
|              | 通所介護事業所 1ヶ所      | 居宅介護支援事業所 1ヶ所   |
|              | ケアハウス 1ヶ所        |                 |
|              | 介護老人保健施設 1ヶ所     | 通所リハビリ事業所 1ヶ所   |

短期入所生活介護の提供開始にあたり、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ました。

年 月 日

#### 〈事業所〉

所在地	千葉県若葉区小倉町1325-1
名 称	ショートステイサービスセンター 小倉町いずみ苑
代表者	施設長 千野 統 印
説明者	相談員 森川 裕幸 印

私は、契約書及び本書面により、事業所から短期入所生活介護についての重要な事項の説明を受け内容について同意します。

#### 【利 用 者】

住 所 .....

氏 名 ..... 印 .....

#### 【代理人（選任した場合）】

住 所 .....

氏 名 ..... 印 .....

続 柄 .....

