

ユニット型指定短期入所生活介護

ショートステイしだみ敬愛園 重要事項説明書

事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正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。

1. 事業者の概要

法人名 社会福祉法人 敬愛会
法人所在地 愛知県尾張旭市平子町長池上6447番地の1
電話 0561-53-9507

2. 施設の内容

(1) 施設の種類 ユニット型指定短期入所生活介護
指定番号 愛知県 第2371301918号 平成23年6月1日指定
施設の名称 ショートステイしだみ敬愛園
所在地 愛知県名古屋市守山区桜坂五丁目 606 番地
施設長 平林 賢治
電話番号 052-739-1120

通常事業の送迎地域 名古屋市守山区・名東区・千種区・尾張旭市・瀬戸市

ご利用者施設で合わせて実施する事業

地域密着型老人福祉施設 特別養護老人ホームしだみ敬愛園
指定番号 名古屋市 第2391300122号 平成22年11月1日指定

(2) 施設の従業者体制

令和6年4月1日現在

職種	従事するサービス種類、業務	人員	
		常勤	非常勤
管理者	業務の一元的な管理	1名	
生活相談員	生活相談及び事務手続き	1名	
介護職員	介護業務全般	16名	4名
看護職員	健康管理全般	3名	
介護支援専門員	施設サービス計画の作成	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	
医師	健康管理及び療養上の指導		1名
管理栄養士	栄養管理全般	1名	

(3) 主な職種の勤務体制

職種	勤務体制
介護職員	早番 6:00～15:00
	日勤 8:30～17:30
	遅番 13:00～22:00
	15:00～24:00
	夜勤 21:45～6:30
	23:45～8:45 17:00～9:00
看護職員	8:30～17:30
生活相談員	8:30～17:30
管理栄養士	8:30～17:30

(4) 設備の概要
定員 8名(別に特養 29名あり)

敷地		1527.29 m ²	
建物	構造	鉄筋コンクリート 3階建て (耐火建築)	
	述べ床面積	1838.65 m ²	
居室	室数	一人あたりの面積	
	8室 (別に特養 29室)	14.7 m ² (最小面積)	
その他設備	種類	数	
	共同生活室	1	
	一般浴室	1	
	機械浴室	1	
	トイレ (共用)	3	

○ 他の設備

設備としてその他に、洗濯室・汚物処理室・リネン室・調理室・相談室・医務室等を設けます。

3. サービスの内容

(1) 基本サービス

①介護 心身の状況に応じた介護を提供します。

排泄の介助、食事の介助、入浴の介助、体位交換、移動の介助、認知症の症状に合わせた介護を実施します。

②食事 管理栄養士が立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。

各ユニットの生活共同室で召し上がっていただきます。

食事時間

朝食	7：30～9：00
昼食	12：00～13：30
おやつ	15：00～15：30
夕食	18：00～19：30

③入浴 入浴を週2回行います。

身体の状況に合わせて一般浴槽または特殊浴槽を使用して入浴してただきます。体調不良等で入浴ができない場合は清拭を行います。

④排泄 身体状況に応じた適切な排泄の介助を行います。

排泄の自立を基本に適切な援助を行います。

⑤機能訓練 身体状況に合わせ、日常生活の中で機能訓練を行います。

⑥健康管理 利用中の医療機関への受診は、基本的に家族対応して頂きます。

初回利用前に健康診断書(基本6ヶ月以内の物)を提出して頂きます。診断書をもとに状態の把握・確認をさせて頂きます。

(2) その他サービス

余暇活動として趣味の活動や外出など、楽しみのある時間を提供します。

※活動の内容によっては材料費等実費負担になる場合があります。

4. 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。家族への連絡が後になる場合がありますがご了承下さい。

◇緊急時の連絡先

緊急の場合には、「緊急連絡先」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

※「緊急連絡先」を変更された場合は、必ずお知らせ下さい。

5. 非常災害対策

施設では、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防災計画を作成し、防災計画に基づき、年3回以上利用者及び従業者等の訓練を行います。

6. 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、市町村および関係諸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。

7. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	未実施
実施した直近の年月日	未実施
実施した評価機関の名称	――
評価結果の開示状況	――

8. 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、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るべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

9. 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。

10. 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に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、その際の利用者的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。

11. 虐待の防止

高齢者の尊厳の保持や、高齢者的人格の尊重に深刻な影響を及ぼす可能性が極めて高く、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業者は虐待の防止の為に必要な措置を講じなければならない。虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等について虐待防止に関する措置を講じるものとする。

12. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間中は、以下のような事由がない限り継続してサービスを利用することができますが、仮に下記のような事項に該当するに至った場合は当事業所との契約は終了します。

- ① 利用者が死亡した場合
- ② 要介護認定により利用者的心身の状態が自立と判断された場合
- ③ 事業者が解散・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
- ④ 施設の減失や重大な毀損により利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ 利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合
- ⑦ 事業所から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい）

(1) 契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

下記の場合には即時に契約を解約・解除し施設を退所することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 事業所の運営規定の変更に同意できない場合
- ③ 利用者が入院した場合
- ④ 利用者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ⑤ 事業者もしくは職員が正当な理由なく本契約に定める短期入所生活介護サービスを実施しない場合。
- ⑥ 事業者もしくは職員が守秘義務に違反した場合
- ⑦ 事業者が故意又は過失により利用者の身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しく不信行為、その他本契約を継続したいが重大な事情が認められる場合。
- ⑧ 他の利用者が利用者の身体、財物、信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応を取らない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

下記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。

- ① 契約者がその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② 契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延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
- ③ 利用者が、故意又は重大な過失により事業者もしくは他の利用者の生命、身体、財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

13. 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。

○苦情解決責任者 平林 賢治

○窓口担当者 生活相談員

受付時間 月～金曜日 9時～17時 電話 052-739-1120

○第三者委員 宮島 貴美子 電話 090-5453-0127

山内 正道 電話 052-736-3032

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。

○愛知県国民健康保険連合会 介護保険課

名古屋市東区泉1丁目6番5号

電話 052-971-4165 (苦情専用電話) 受付時間 9時～17時 (土日、祝日除く)

○尾張旭市役所 長寿課介護保険係

尾張旭市東大道町原田2600番1

電話 0561-76-8144（直通）

受付時間 9時～17時（土日、祝日除く）

○瀬戸市役所 高齢者福祉課

瀬戸市追分町64番地1

電話 0561-88-2621

受付時間 9時～17時（土日、祝日除く）

○名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課指導係

名古屋市東区東桜一丁目14番11号D Pスクエア東桜8階

電話 052-959-2592（直通）

受付時間 8時45分～17時15分（休日、祝日・年末年始を除く）

14. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により利用者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、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。

15. 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職員にご一報ください。
- ② 利用者は、施設内の機械及び器具を利用される際、必ず職員に声をかけてください。その際は本来の使用法に従ってご利用下さい。これに反して使用したことにより破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
- ③ 施設内での金銭及び食べ物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ④ 従業者に対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- ⑤ 面会時間は10時～20時となっています。1階事務所前にある面会カードを記入してください。
- ⑥ 外出・外泊の際には必ず職員に声をかけてください。
外泊については前日までに連絡をしてください。
- ⑦ 館内は禁煙となっております。面会時の喫煙については、指定の場所での喫煙をお願いいたします。
- ⑧ 当施設は医療施設ではありません。身体の状況によっては利用できない場合もあります。
また、緊急時以外の通院(定期受診等)については、ご家族でお願いします。

16. 利用料金の支払い方法

- ・利用料金は月末締め、翌月払いとなります。
- ・利用月の翌月10日前後に請求書を送付します。
- ・利用料金の支払いは金融機関・ゆうちょ銀行での口座振替となります。所定の用紙に指定口座を記入し提出してください。
- ・口座振替が開始されるまでの期間は指定口座への振込みをお願いします。

- ・残高不足などにより引き落とされなかった場合、手数料（100円）を翌月に請求させていただきます。
- ・領収書は預金口座からの引き落としが確認された翌月にご郵送いたします。

ショートステイ しだみ敬愛園 利用料金表

【介護報酬単位】

令和6年8月1日現在

	介護施設サービス費	夜勤職員配置加算Ⅱ
要介護 1	704	18
要介護 2	772	18
要介護 3	847	18
要介護 4	918	18
要介護 5	987	18

送迎加算費(片道)	184 単位	往復 : 368 単位
サービス提供加算Ⅲ	6 単位	
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1か月あたりの合計単位数 × 13.6%	

※1か月の総合計単位数に 10.83 円（3級地の単価）を乗じ、介護負担割合証に記載の割合がご利用者様の自己負担となり、残りは介護保険から支給されます。

【居住費・食費】

	第4段階	第3段階①	第3段階②	第2段階	第1段階
居住費	2,066 円	1,370	1,370 円	880 円	880 円
食費	1,445 円	1,000	1,300 円	600 円	300 円
内訳(朝食 355 円・昼食 501 円・おやつ 100 円・夕食 489 円)提供分の請求になります					

※介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は認定証に記載の金額となります。

【日常生活に必要な費用 実費負担分】

電気製品使用料（一点につき1日 30 円）

レンタルテレビ代(希望者のみ1日 300 円:電気代込み)

特別食材料費（特別な食事を提供した場合の材料費実費）

クラブ活動費 各1回（100 円～300 円程度の材料費） お花クラブ、クッキングクラブ
日用品費（歯ブラシ・ティッシュペーパー・入歯洗浄剤等実費）

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護サービスの開始に当り、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>

法人名 社会福祉法人 敬愛会

法人所在地 愛知県尾張旭市平子町長池上 6447番地の1

事業所名 ショートステイしだみ 敬愛園

所在地 名古屋市守山区桜坂五丁目 606番地

施設長 平林 賢治 印

説明者 (生活相談員)山崎 典子 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重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>

住所

氏名 印

(続柄)