

指定短期入所生活介護 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な指定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. 事業所の内容

(1) 事業所の概要

事業所名	あさひ園ショートステイ事業所
指定番号	0172900045
所在地	旭川市緑が丘東1条2丁目1番21号
管理者の氏名	有持直記
電話番号	0166-66-2666
FAX番号	0166-66-2100
サービスを提供する地域	旭川市内全域

(2) 事業所の従業者体制

職種	職務の内容	人数(常勤換算)	指定基準
管理者	業務の一元的な管理	1名(兼務)	1名
生活相談員	生活相談及び処遇の企画・実施	2名(兼務)	1名
介護職員	介護業務	4名	3.5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(兼務)	1名
介護支援専門員	短期入所生活介護計画の作成及び見直し	1名(兼務)	1名
医師	健康管理及び療養上の指導	1名(兼務)	必要数
栄養士(管理栄養士)	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	1名(兼務)	1名

(3) 設備の概要

定員 10名及び従来型特養空きベッド

○居室	7室
2人部屋	3室
1人部屋(短期専用)	4室
○食堂	2室

ご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、ご利用者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 2室

浴室にはご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 各居室7か所、共用3か所

必要に応じて各所に洗面所や便所を設けます。

○機能訓練室 1室

ご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・静養室・洗濯室・汚物処理室・介護材料室・調理室・面談室・介護職員室・看護師室等を設けます。

3. サービスの内容

(1) 基本サービス

① 短期入所生活介護計画の立案

ご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。その内容をご利用者及びそのご家族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、当該計画をご利用者に交付します。

② 食事

・食事はご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。

朝食 8:00 ~ 9:00

昼食 12:00 ~ 13:00

夕食 17:00 ~ 18:00

③ 入浴

週に2回入浴していただけます。ただし、ご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

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、日常生活に関すること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していただきます。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、協力医療機関へ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

ご予約によりご利用することができます。(料金は理美容事業者へ直接お支払いください。)

② レクリエーション

年間を通して併設事業所内外の行事・クラブ活動等に参加していただくことができます。
行事・クラブ活動等によっては参加費(材料費)をご負担いただくものがございます。

4. 利用料金

① 厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該指定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。

② 重要事項説明書 別紙「従来型サービス利用料金表」にて説明致します。

③ その他費用

(1) 特別な食事の提供に要する費用

誕生会・敬老会・お正月料理等の特別な食事を提供します。

利用料金は、食材料費及び調理費の実費をご負担いただきます。

(2) 理美容代 実費(理美容事業者へ直接お支払いください。)

(3) その他

- ・ご利用者の嗜好品の購入、行事への参加費(材料費)など諸々費用は実費
- ・サービス提供に関する記録の複写物については、1枚につき10円のご負担を頂きます。

④ キャンセル料

計画に位置づけられた利用日を中止した場合には、次のキャンセル料を申し受けます。

- ・利用前日までに利用中止のご連絡を頂いた場合 無料
 - ・利用当日に利用中止のご連絡を頂いた場合(連絡のない場合を含む) 自己負担相当額
- ただし、ご利用者が体調不良によりキャンセルされた場合には、この限りではありません。

5. サービス利用に当たっての留意事項

①ご利用者又はそのご家族は、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ご利用者は、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もてなしは、お受けできません。

⑤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、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

⑥当事業所の職員や他のご利用者に対し、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。

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2回以上ご利用者及び従業員等の訓練を行います。

7. 緊急時の対応

サービス提供時にご利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかにご家族へ連絡し、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。

主治医	病院名	
	所在地	
	医師名	
	電話番号	

緊急連絡先	氏名	(続柄)
	住所	
	電話番号	

8. 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。

9. 守秘義務に関する対策

事業所及び従業者は、業務上知り得たご利用者又はそのご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います。

10. 利用者の尊厳

ご利用者の人権・プライバシー保護のためプライバシー保護マニュアルを準用し、従業者教育を行います。

11. 身体拘束の禁止

原則として、ご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せざるを得ない場合には事前にご利用者及びそのご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、その際のご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。

12. 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。

窓口担当者：浅香拓也（生活相談員）

ご利用時間：月～金曜日 9時00分～18時00分

電話番号：0166-66-2666

また、苦情受付ボックスを1階ホールに設置しています。

※ 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。

旭川市役所 介護保険課

所在地：旭川市7条通9丁目48番地

電話番号：(0166)25-6485 FAX番号：(0166)29-6404

旭川市役所 長寿社会課

所在地：旭川市7条通9丁目48番地

電話番号：(0166)25-9797 FAX番号：(0166)29-6404

北海道国民健康保険団体連合会苦情処理委員会

所在地：札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館

電話番号：(011)231-5161 FAX番号：(011)233-2178

北海道福祉サービス運営適正化委員会

所在地：札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2.7 北海道社会福祉協議会内

電話番号：(011)204-6310 FAX番号：(011)204-6311

※ 苦情処理第三者委員

氏名 佐藤 雅之 住所(自)旭川市東旭川南2条3丁目5-13 TEL 37-3072

氏名 西木戸恒彦 住所(勤)旭川市9条通16丁目左7号税理士法人カムイ会計 TEL 24-1331

氏名 森 倫子 住所(自)旭川市4条通2丁目926-6 TEL 24-0465

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。

13. 協力医療機関等

事業所は、医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、下記の医療機関や歯科医療機関に協力を頂き、ご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。

(但し、下記の医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記の医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

・ 協力医療機関

- ・ 名称 旭川リハビリテーション病院
- ・ 住所 旭川市緑が丘東1条1丁目1番1号

・ 協力歯科医療機関

- ・ 名称 旭川リハビリテーション病院
- ・ 住所 旭川市緑が丘東1条1丁目1番1号

◇ 緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、契約者又は代理人にご連絡致します。

14. 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任によりご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、ご利用者に故意又は過失が認められた場合には、ご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、事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。

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、ご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。

<事業所>

所在地 旭川市緑が丘東1条2丁目1番21号
事業所名 あさひ園ショートステイ事業所
管理者 有 持 直 記
説明者職氏名 ショートステイ担当介護員 印

私は、契約書及び本書面により、事業所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

<代理人>

住所
氏名 (続柄) 印