

寿光園ショートステイ事業部 重要事項説明書

(短期入所生活介護)

短期入所生活介護（ショートステイ）について、契約を結ぶ前に知っておいていただきたい内容を説明いたしますので、わからないことがあれば、遠慮なく質問してください。

① 短期入所生活介護サービスを提供する事業者

事業者名称	社会福祉法人 寿光会（じゅこうかい）昭和53年4月1日設立
代表者氏名	理事長 板倉 嘉孝
事業者所在地	大阪府八尾市楽音寺2丁目125番地
事業者連絡先	TEL. 072-941-2130 FAX. 072-941-2128

② ご利用者への短期入所生活介護サービスを担当する事業所

事業所名	寿光園ショートステイ事業部 平成12年4月1日指定
介護保険事業指定	大阪府指定 第2775501014号
事業所所在地	大阪府八尾市楽音寺2丁目125番地
事業所管理者	福森 潔
事業所連絡先	TEL. 072-941-2130 FAX. 072-941-2128
利用定員	1日最大 19名
事業実施地域 (送迎の範囲)	八尾市内全域及び東大阪市・柏原市の一部 東大阪市:上六万寺町・六万寺町・下六万寺町・横小路町・池島町・新池島町・四条町・上四条町・南四条町・御幸町・瓢箪山町・神田町・若草町・末広町 柏原市:法善寺・山ノ井町・平野・大泉・太平寺

③ 事業の目的及び運営方針

事業の目的	介護保険法令等に従い、利用者の有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活が営めるように支援します。
運営方針	要介護者の心身の状況・特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活が営めるように、入浴・排泄・食事等の介護及び機能訓練を行います。

④ 居室の概要（場合により特別養護老人ホーム寿光園の空床を使用します）

1人部屋	2室	2人部屋	1室	3人部屋	5室
------	----	------	----	------	----

⑤ 事業所の職員体制（職員の配置に関しては指定基準を遵守しています）

職種	人数	職種	人数	職種	人数
管理者	1名	看護職員	3名以上	機能訓練指導員	1名以上
生活相談員	1名以上	介護職員	23名以上	介護支援専門員	1名以上
栄養士	1名以上	調理員	6名以上	医師	必要数

⑥ 事業所が提供するサービス

日常生活支援	食 事	栄養士の立てる献立表により、栄養及び利用者の身体状況、嗜好を考慮した食事を提供いたします。(刻み食・流動食等も可) 時間：朝食8時～ 昼食12時～ 夕食18時～
	入 浴	入浴又は清拭を週2回の割合で行います。(寝たままでも入浴ができます)
	排 泄	必要に応じ、トイレへの誘導、見守り、おむつ交換等を行います。
	更 衣	必要に応じ、上着・下着等の更衣の介助を行います。
	移動・移乗	必要に応じ、室内の移動・車いすへの移乗等を行います。
	健康管理	医師・看護職員が健康管理のお手伝いをします。寿光園の管理医師は基本的に緊急時のみ対応させていただき、その他、医師の指示が必要な時は利用者の主治医に指示を仰がせていただきます。
	機能訓練	機能訓練士指導のもと、生活リハビリを実施します。
	レクリエーション	希望に応じ集団的に行うレクリエーションや体操等を行います。

⑦ A サービス利用料金(介護保険対象)《多床室 1日あたり》

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利 用 料	保険給付	6912円	7579円	8257円	8934円	9593円
	自己負担	768円	843円	918円	993円	1066円

※ サービス基本料金のなかには以下の加算(金額)が含まれております。

- ・個別機能訓練加算 約13円(1日あたり)
常勤専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあんまマッサージ指圧師を1名以上配置
- ・夜勤職員配置加算(I) 約14円(1日あたり)
夜勤を行う介護職員、看護職員の数が最低基準を1名以上上回っていること
- ・サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 約7円(1日あたり)
利用者に直接サービスを提供する職員(生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員)の総数の中に勤続年数3年以上のものが30%以上含まれていること
- ・処遇改善加算 1ヶ月の利用単位数の2.5%を加算
介護サービスの質の向上を図り、介護職員が計画的に研修等に参加するとともに、介護職の人材育成、職場環境の整備を行うこと

※付帯サービス料金

- ・送迎加算 片道 184円 往復 368円(自己負担額)
サービス利用時に自宅から施設、施設から自宅までの送迎を行うこと

(注) ※利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。認定後、1割負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)

※介護保険からの給付額に変更があった場合には、変更された額に合わせて負担額を変更することがあります。

※介護職員処遇改善加算は、区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

⑦ B サービス利用料金（介護保険対象外〈全額自己負担分〉）

食費（1日）	1380円（朝食300円・昼食530円・夕食550円）		
滞在費（1日）	多床室：320円 従来型個室：1150円		
交通費	事業実施地域の場合 無料 事業実施地域以外の場合 本所から片道5km未満 100円（税込） 本所から片道5km以上 200円（税込）		
美容費	カット	1500円	顔そり 500円
	カラー	3500円	パーマ 3500円
レクリエーション・クラブ活動費	材料費等の実費代		

※ 滞在費と食費にかかる自己負担額について負担限度額認定を受けておられる場合には、認定証に記載の金額を負担限度額とします。但し、第4段階は減額措置がありません。

減額措置各段階別料金表

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
食費（1日）	300円	390円	650円	1380円
滞在費（1日）	0円	320円	320円	320円

利用料金のお支払い方法（1ヶ月分をまとめて、翌月に請求いたします）

利用者口座からの自動振替	利用翌月の26日に引き落としいたします。 （土・日・祝日の場合は翌平日）
現金・振込での支払い	利用翌月26日までにお支払い頂きます。

※ 振込先については請求額と合わせてお知らせいたします。

⑧ 利用の中止、変更について

原則として利用予定日の3日前までにご連絡ください。体調の変化・緊急事態等の場合には、その限りではありません。場合によっては、キャンセル料（利用者負担金分）を申し受ける事がありますのでご了承ください。

⑨ 高齢者虐待防止について 《虐待防止に関する責任者 施設長 福森 潔》

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- A 研修等を通じ従業者の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- B 従業者が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

⑩ 秘密の保持と個人情報の保護

A 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者及びサービス従事者、従業員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後も継続します。

B 個人情報の保護について

事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族等の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で、家族等の個人情報を用いません。事業者は利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも他への漏洩を防止するものとします。

⑪ 事故発生時の対応

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

⑫ 緊急時の対応

サービス提供中に、利用者の病状の急変等が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。但し、緊急連絡先に連絡のつかないときは、当事業所の協力医療機関で受診していただくことがあります。

主治医療機関	医療機関名			
	主治医			
	TEL			
緊急医療機関名	日中	・指定なし		
	夜間	・指定なし		
緊急連絡先	① 氏名		続柄	
	TEL			
	② 氏名		続柄	
	TEL			

協力医療機関

医療機関	所在地 (電話番号)	診療科
寿光園診療所	八尾市楽音寺2丁目 125 (072-941-2130)	内科・精神科
貴島病院本院	八尾市楽音寺3丁目 33 (072-941-1499)	内科・外科・整形外科等
徳洲会総合病院	八尾市若草町1丁目 17 (072-993-8501)	内科・外科・脳神経外科等

⑬ 非常災害時について 《防火管理者 井上 博之》

非常時の対応	消防計画に基づき対応します。また火災及び地震の発生時のために非常災害要因を定め、組織を編成し任務の遂行にあたります。		
消防訓練	防火教育及び訓練を年2回以上（内1回は夜間想定）実施します。		
設備	消火	スプリンクラー	消火器
	警報	自動火災報知器設備	非常警報設備
	避難	避難誘導灯	避難階段

⑭ 施設からのお願いと留意点

当事業所のご利用にあたりまして、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するために下記の事項をお守りいただきますようお願いいたします。

- A インフルエンザ等の感染症防止のため、利用時には検温をお願いします。また体調不良時は無理をなさらず自宅での様子観察をお勧めいたします。体温や血圧等の異常が認められるときや、風邪症状等体調不良が疑われるときはサービスの利用を中止していただくことがあります。
- B 発熱や転倒事故等に際し受診が必要となった場合、病院の付き添いは原則ご家族に対応していただきます。夜間緊急搬送時も同様にご家族に搬送先病院での対応をお願いします。
- C 施設利用にあたり持参していただくもの
健康保険者証・薬・口腔ケア用品（歯ブラシ・歯磨き粉・入れ歯洗浄剤）・ひげそり処置等で必要なガーゼやテープは忘れずにご持参ください。当施設のものを使用した場合や処置の内容により別途費用を申し受ける場合があります。また、持参していただくもの（当日着用の衣服や靴を含む）には必ず記名をお願いいたします。
- D 施設で用意しているもの
衣類（パンツを除く）・タオル・食器・やかん・コップ・オムツ・はくパンツ・パッドシャンプー・石鹸・ティッシュ等は施設で用意させていただきますのでご持参いただくなくても構いません。但し、自宅で自助具等専門性の高いものを使用されている場合はご相談ください。ティッシュについてはフロアの所定場所のみ設置しておりますので居室で使われる場合はご持参ください。
- E 持込を禁止させていただいているもの
金銭・刃物（ひげそりを除く）・火器・酒類・他者に危険を及ぼすもの
※金銭については事情によりご相談させていただきますが、仮に持参していただいたときは、ホーム事務室内金庫にてお預かりさせていただきます。
- F 面会時間は9時から20時です。面会時はその都度面会記録簿にご記入ください。
- G 施設使用上の留意点
- ・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
 - ・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ご契約者の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。
 - ・ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認める場合にはご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。但し、その場合ご本人のプライバシーの保護について十分に配慮します。
 - ・職員や利用者に対し、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。
- H 喫煙について
施設内の喫煙スペース以外での喫煙は出来ません。
- I その他、状況に応じてご家族に連絡させていただきますのでご協力お願い致します。

⑮ 苦情処理体制について

提供した居宅サービスに係るご利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情受付窓口を設置し、必要に応じ市町村もしくは国民健康保険団体連合会の指導又は助言に沿った改善を行います。まず窓口で受けた苦情については、当事業所「苦情解決フローチャート」に基づき早急に対応し、さらに検討が必要な場合には、検討会議等を開催し、検討結果・その後の経過等も併せて記載し、記録を保管いたします。

⑩ サービス提供に関する相談・苦情について

<p>【事業所の窓口】 寿光園ショートステイ事業部 受付担当者：大坪 正直・吉井 亮介</p>	<p>所在地：八尾市楽音寺2丁目125番地 電話番号：072-941-2130 受付時間：9:00～18:00</p>
<p>【市町村の窓口】 八尾市役所 介護保険課</p>	<p>所在地：八尾市本町1丁目1番1号 電話番号：072-924-9360 受付時間：8:45～17:15</p>
<p>【市町村の窓口】 東大阪市役所 介護保健室給付管理課</p>	<p>所在地：東大阪市荒本北50番4 電話番号：06-4309-3186 受付時間：9:00～17:15</p>
<p>【市町村の窓口】 柏原市役所 高齢介護課 介護業務係</p>	<p>所在地：柏原市安堂町1番55号 電話番号：06-4309-3186 受付時間：9:00～17:15</p>
<p>【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会</p>	<p>所在地：大阪府中央区常磐町1丁目3番8号 電話番号：06-6949-5446 受付時間：9:00～17:00</p>

⑪ 重要事項説明の年月日

説明日：平成 年 月 日

指定短期入所生活介護サービスの提供の開始に際して、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 大阪府八尾市楽音寺2丁目125番地
 社会福祉法人 寿光会
 代表者 理事長 板倉 嘉孝 印
 事業所 寿光園ショートステイ事業部
 説明者氏名 _____ 印

私は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 _____
 氏名 _____ 印
 電話番号 _____
 代理人 氏名 _____ 印（続柄 _____）
 電話番号 _____