

ショートステイ 瀬戸風

(短期入所生活介護サービス) (介護予防短期入所生活介護サービス)

重 要 事 項 説 明 書

当事業所は、ご契約者に対して短期入所生活介護サービス並びに介護予防短期入所生活介護サービス(以下「生活介護サービス」という。)を提供します。サービス提供開始にあたり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1 事業者

事業者名称	医療法人 仁勇会
法人所在地	松山市古三津3丁目5番5号
代 表 者	理事長 井 関 康 武
電 話 番 号	089-968-3333
設立年月日	平成18年11月7日

2 ご利用施設

施設の名称	ショートステイ 瀬戸風
施設の所在地	松山市古三津4丁目600番地1
指定年月日	平成23年3月1日
指 定 番 号	松山市指定号 3870108085号
管理者	門屋 麻美
電 話 番 号	089-994-8112
開設年月日	平成23年3月1日

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	・ご利用者の心身の状況に応じた介護を行い、心身機能の維持を図るよう生活を支援します。また、ご利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るよう、支援します。
施設運営の方針	・生活介護サービスに当っては、ご利用者の意思及び人格を尊重して、漫然かつ画一的な介護にならないよう配慮します。 ・地域の中で、安全に、生きがいのある生活を送っていただけるよう全職員が協働すると共に職員の質の向上をめざします。

4 定員

短期入所介護施設： 15名 （併設の介護付有料老人ホーム：50名）

5 施設の概要（有料老人ホーム瀬戸風と共用）

（1）敷地および建物

敷地	1,169.99 m ²	
建物	構造	重量鉄骨造4階建（耐火建築）
	延べ床面積	2,172.27 m ²
	居室数	15室（併設の介護付有料老人ホーム50室）

（2）居室等の概要

当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は、すべて個室です。（但し、ご利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。）

設備の種類	数	面積	備考
個室	15室	177.10 m ²	13.6 m ² /1人当り
食堂・機能訓練室	1室	60.70 m ²	
一般浴室・脱衣室	2室	27.22 m ²	機械浴1台
便所	5ヵ所	14.33 m ²	
医務室・静養室	1室	10.39 m ²	
相談室	1室	6.89 m ²	

※ 居室の変更：ご利用者の心身の状況により居室の変更をお願いする場合があります。その際にはご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

6 職員体制（主たる職員）

当事業所では、ご利用者に対して生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。併設の有料老人ホーム瀬戸風と一体的に運用します。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

従業者の職種	員数	区 分				常勤換算後の人員	事業者指定基準	保有資格	
		常勤		非常勤					
		専従	兼務	専従	兼務				
管理者	1		1			1.0	1.0	社会福祉主事	
医師(併設医療機関)	1			1			1以上	医師免許	
生活相談員	2	1	1			2.0	1.0	介護福祉士 社会福祉主事	
介護職員	26	24		2		24.7	22.0	介護福祉士 介護職員初任者研修等	
看護職員	5	3		2		3.8	2.0	看護師	
機能訓練指導員	2			2		0.1	1以上	理学療法士 鍼灸マッサージ師	
栄養士	三津整形外科と連携しています								管理栄養士

7 主な職種の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	備 考
医師	週1日、勤務時間（13:30～14:30）	30分程度
生活相談員	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤勤務	
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> 早出（7:00～16:00） 日勤（8:30～17:30） 遅出（10:00～19:00） 夜勤（17:00～翌日9:30） 夜間（19:00～翌日7:00）は、原則として職員1名あたり入所者17名のお世話をします。 	併設の有料老人ホームと一体的に運用します
看護職員	<ul style="list-style-type: none"> 正規の勤務時間帯（8:30～17:30）原則として2名体制で勤務します。 （早出：8:00～17:00、遅出：9:00～18:00） 夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。 	併設の有料老人ホームと一体的に運用します
機能訓練指導員	<ul style="list-style-type: none"> 週5回（10:00～12:00・13:30～15:30） 	三津整形 マッサージ師が兼務します。

8 当事業所が提供するサービスの概要と利用料

(1) 介護保険給付サービスの概要

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体状況及び嗜好に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・食事はご利用者の自立支援のため離床して、食堂で食事をとっていただくことを原則としています。 <p>(食事時間) 朝食 8:00 ~ 9:00 昼食 12:00 ~ 13:00 夕食 17:30 ~ 18:30</p> <p>(食事が不要な場合) 朝食：前日 17:30 まで 昼食：当日 9:00 まで 夕食：当日 14:00 まで にご連絡下さい。以降は食事代を請求させていただく場合があります。</p>
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・週2回以上の入浴または清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は特殊浴槽を使用しての入浴も可能です。
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては随時交換を行うとともに、自立のための支援を行います。
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、清潔で快適な生活が送れるよう援助します。 ・シーツ交換は週1回実施します。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。
送迎	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の心身の状態やご家族のご希望や状況から送迎が必要な場合は、施設の車両にて送迎致します。(日程や時間帯によって難しい場合にはご相談させていただきます。) ・天候悪化時の送迎については、危険だと判断される場合には、送迎ができない場合があります。その際は早目にご連絡を致しますので、利用日の変更やご家族による送迎等の対応をお願いいたします。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、利用者及びそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 <p>(相談窓口) 生活相談員</p>
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医師により、週1回診察日を設けて健康管理に努めます。また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 <p>(三津整形外科) 氏 名： 西川浩 診療科目： 整形外科</p>

(2) 当事業所が提供するサービスの利用料金

(A) 介護保険給付サービスのご利用者負担額（1割負担の場合）

ご利用者は、生活介護サービスにかかる費用の額について、要介護度に従い、下記記載の費用をご負担いただきます。

(サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

(単位：円)

ご利用者の要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
施設サービス費 (1日あたりの金額)	451	561	603	672	745	815	884

その他の介護保険給付サービスのご利用者負担額

	金額	算定内容等
①送迎加算（片道につき）	184円/回	利用者宅と事業所との間の送迎をご希望の方の、送迎にかかる費用
②サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18円/日	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が60%以上の施設に加算されるものです。
③介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	14.0%	令和6年6月1日より

※ ご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いったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己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）。また、居宅サービス計画または介護予防サービス計画（以下「ケアプラン」といいます。）が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

〈B〉 その他の利用料金

《1》 食費・滞在費

食事は日額 1,490 円(朝食：390円 昼食：550円 夕食：550円)です。

居室は個室で、滞在費は 1 日 2,200 円となります。但しご利用者の階層に応じて次の通りとなります。

但し、ご利用者の階層に応じて次の通りとなります。

※年始等、100 円/食 程度の追加料金をご負担いただく場合があります。

利用者負担段階		預貯金等 (夫婦の場合) ※2	食費	滞在費
第 1 段階	・生活保護受給者 ・本人および世帯全員が住民税非課税で老齢福祉年金受給者(世帯には、世帯を分離している配偶者を含みません)	1,000 万円 (2,000 万円) 以下	300 円/日額	320 円/日額
第 2 段階	本人および世帯全員が住民税非課税(世帯には、世帯を分離している配偶者を含みます)	年金収入金額(※1) + 合計所得金額が 80 万円以下	650 万円 (1,650 万円) 以下	420 円/日額
第 3 段階①		年金収入金額(※1) + 合計所得金額が 80 万円超～120 万円 以下	550 万円 (1,550 万円) 以下	820 円/日額
第 3 段階②		年金収入金額(※1) + 合計所得金額が 120 万円超	500 万円 (1,500 万円) 以下	

※1 年金収入金額には、非課税年金を含みます。

※2 第 2 号被保険者については、利用者負担段階にかかわらず「単身 1,000 万円以下、夫婦 2,000 万円以下」です。

《2》 その他の保険給付外サービス

サービスの種別	内 容	利用料
理髪・美容	・毎月 2 回理髪店の出張による理美容サービスをご利用いただけます。	・実費
電気代	・利用者の持参によるラジオ、携帯電話の充電等	・50 円/1 点・日
教養娯楽費	・ご利用者の希望によるクラブ活動等の教材費	・実費
複写物の交付	・複写物を必要とする場合、ご負担いただきます	・10 円/1 枚
	その他の日常生活に要する諸費用で、ご利用者の選定に係わるもの、またはご利用者に負担いただくことが適当であるものに要する費用(歯ブラシ、歯磨き粉等)	・実費

※ おむつ代は介護保険給付対象となっていますので、ご負担はございません。

(3) 介護保険給付限度額を超過したサービスの利用料金

居宅介護支援事業者または介護予防支援事業者が作成する、ケアプランに基づく、介護保険給付限度額超過サービスについても、サービス内容は同一です。但し、保険請求できないことによる法定の施設サービス費については、ご利用者の要介護度に従い全額ご負担いただくこととなります。

(4) 契約終了後の室料料金

ご利用者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金は、8 (2) 〈A〉 〈B〉 (3) で計算された施設が得るべき1日当たりの金額を、契約終了日の翌日から実際に明け渡された日まで、その日数分いただくこととなります。

9 他のサービス提供者との連携

ご利用者に対して生活介護サービスを提供するにあたり、居宅介護支援事業者その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

10 (介護予防) 短期入所生活介護計画の作成・変更

- ① ご利用者が相当期間以上継続して入所する場合には、ご利用者の心身状況や希望およびそのおかれている環境を踏まえた(介護予防)短期入所生活介護計画を作成します。
- ② (介護予防)短期入所生活介護計画には、(介護予防)短期入所生活介護の目標や目標達成のための具体的なサービス内容を記載します。
- ③ (介護予防)短期入所生活介護計画は、居宅サービス計画(ケアプラン)が作成されている場合は、その内容にそって作成します。
- ④ (介護予防)短期入所生活介護計画作成後も、当該計画の実施状況を把握し、ご利用者の希望にも配慮し、(介護予防)短期入所生活介護計画作成後も、当該計画の実施状況を把握し、ご利用者の希望にも配慮し、必要に応じて当該(介護予防)短期入所生活介護計画の変更を行います。ケアプランに変更があった場合も同様です。
- ⑤ ご利用者は、いつでも(介護予防)短期入所生活介護計画の内容を変更するよう申出ることができます。この場合、事業所は、明らかに変更の必要がないときまたは変更が介護保険法の趣旨に反する場合を除き、ご利用者の希望に添うように計画を変更します。

1 1 ケアプラン変更の援助

事業所は、ケアプランが作成されている場合で、ご利用者がケアプランの変更を希望するときは、速やかに居宅介護支援事業者等に連絡するなど必要な援助を行います。

1 2 財産の保全・管理

事業所は、ご利用者から金銭その他の財産について預ったり管理するよう依頼があっても原則としてお断りしています。

1 3 生活介護サービスの提供記録

- ① 事業所は、ご利用者に対して生活介護サービスを提供するごとに、当該サービスの提供日および介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、所定の書面に記載します。
- ② 事業所は、ご利用者に対する生活介護サービスに関する記録を整備し、生活介護サービスの完結日から5年間保存します。
- ③ ご利用者は、事業所に対し、いつでも1項に規定する書面その他事業所が作成したご利用者の生活介護サービスの提供に関する記録の閲覧および謄写を求めることができます。

1 4 個人情報の適正運用について

- ① 当施設は、ご利用者様の情報を有効に利用するために、個人情報保護に関する基本方針を制定し適正な運用と安全管理の徹底を図ります。
- ② 当施設の個人情報に関する基本方針は、施設内に掲示します。
- ③ 当施設は、個人情報が、個人の人格尊重の理念の下に慎重に取り扱われるべきものであることから、その適正な取扱が図られるよう、職員教育を実施し、啓蒙を図ります。

個人情報に関する同意書

私および私の家族の代表者は、ショートステイ瀬戸風が、私及び家族の個人情報を、下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供することに同意します。

1 使用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 入居者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施する「サービス担当者会議」での情報提供のため
- (3) 医療機関、居宅介護支援事業所、保険者、その他医療・福祉団体との連絡調整のため
- (4) 入居者が医療サービスの利用を希望している場合及び主治医の意見を求める必要がある場合
- (5) 上記に拘らず、緊急を要するとき

2 使用に当たっての条件

- ① 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して使用しない。情報提供の際には、関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 個人情報を使用した会議について、出席者・内容・経過等を記録し、請求があれば開示する。

3 使用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

15 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談はご相談窓口で受け付けます。また、苦情受付ボックス「ご意見箱」を1階玄関に設置しています。

事業所の相談窓口	相談担当者	生活相談員	電話番号	089-994-8112
	受付時間	8:30~17:30		

(2) 事業所は、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容及び必要な措置の内容を記録し、その書類は保存するものとします。

(3) 行政機関その他の苦情受付機関

松山市 介護保険課	所在地	松山市二番町4-7-2
	電話番号	(089) 948-6968
	受付日時	平日8:30~17:15
愛媛県社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会	所在地	松山市持田町3-8-15
	電話番号	(089) 998-3477
	受付日時	平日9:00~12:00 13:00~16:30
愛媛県国民健康保険団体連合会	所在地	松山市高岡町101-1
	電話番号	(089) 968-8700
	受付日時	平日8:30~17:15

16 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「瀬戸風消防計画」にのっとり対応を行います。			
平常時の訓練等	別途定める「瀬戸風消防計画」にのっとり、年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	パッケージ型自動消火設備	あり	防火扉・シャッター	あり
	非常階段	1個所	屋内消火栓（パッケージ型）	6個所
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	28個所	漏電火災報知機	1個所
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
	カーテン・布団等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日 : 令和5年3月20日			
	防火管理者 : 細川 奈々			

1.7 当施設ご利用の際に留意いただく事項

- ① 当事業所は、生活介護サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにご利用者のご家族、市町村、居宅支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ② 当事業所は、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その文書は、完結の日から5年間保存します。
- ③ 当事業所は、生活介護サービスの提供により賠償事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行うものとします。ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
- ④ 喫煙について
当事業所の敷地内は全面禁煙とさせていただきます。(ご利用者様、ご家族様等に拘わらず)
- ⑤ 体調不良時の利用制限についての注意
迎え時に体調不良(37℃以上の熱、ひどい倦怠感、下痢、嘔吐その他)がある場合には、ご利用をご遠慮いただく事がございます。又、ご利用途中で体調不良が発生した場合でもご家族へご連絡後、受診もしくはご帰宅をしていただく場合がございますのであらかじめご了承下さい。
- ⑥ サービス利用中の医療提供について
ご利用期間中に医療機関の受診が必要となった場合には、ご家族・代理人の方に連絡を致します。原則、ご家族様・代理人様対応にて医療機関(基本的に主治医)へ受診していただきますので、受診の付き添いをお願いいたします。(必要であれば介護タクシー等の手配は可能ですが、それによって伴う損害については一切の責任を負いかねます。)ご家族等が対応出来ず、施設職員による付き添いの受診に関しては1時間1,500円いただきます。
※基本的に急変時は救急車の要請を行います。搬送先の医療機関の指定等の対応をお願いいたします。

※参考：当施設の協力医療機関は下記のとおりです。

協力医療機関

医療法人仁勇会 三津整形外科 (整形外科・内科・リウマチ科・ リハビリテーション科)	所在地 松山市古三津3丁目5-5 電話番号 (089) 968-3333
---	---

協力歯科医療機関

ひぐち歯科医院 (訪問診療あり)	所在地 松山市古三津1丁目24-1 電話番号 (089) 953-3500
---------------------	--

⑦ ご利用者及びご利用者の家族等の禁止行為

- ・職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
叩く、手を引っ掻く、蹴る、殴る、掴みかかる、物を投げつける、唾を吐く等
 - ・職員に対する精神的暴力(個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為)
威嚇、脅迫、無視、怒鳴る、威圧的な態度を取る、命令の乱用、嫌がらせ行為、「この程度できて当然」と理不尽なサービスの要求等
 - ・職員に対するセクシュアルハラスメント(意に沿わない性的誘い掛け、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為)
必要もなく手や腕に触る、抱きしめる、入浴介助中にあからさまに性的な話をする等
- ※上記の行為が確認された場合、利用期間中であってもご利用を中止させていただく場合があります。

⑧ 面会時の注意事項

- ・風邪やその他の感染症もしくはその疑いがある場合には、面会をご遠慮下さい。
(同居のご家族が同様の症状にある場合も面会をご遠慮下さい。)
- ・お菓子や飲料水の差し入れにつきましては、お近くの職員までお声掛け下さい。
(酒類、餅やこんにゃくゼリー等の差し入れはご遠慮下さい。)

※以上がお守り頂けず、事故等が発生いたしましたとしても、当施設は責任を負いかねます。また、最悪の場合、退所していただくかなければなりませんので、ご了承下さい。他のご家族、お知り合いの方へもご周知いただきますようお願いいたします。

1.8 サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から既往歴・服薬歴・生活状況等を聴取、確認します。
- ③ ご利用者に対する身体的拘束その他の行動を制限する行為は一切行いません。但し、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ④ ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な置を講じます。

付則

令和6年4月1日 8(2)当事業所が提供するサービスの利用料金の変更

令和6年4月11日 2 管理者名変更

令和6年4月14日 8(1)食事・送迎について追記

14 個人情報の適正運用について 個人情報に関する同意書の追記

17 当施設ご利用の際に留意いただく事項の追記

令和6年6月1日 8(2)当事業所が提供するサービスの利用料金③介護職員処遇改善加算の変更

令和 年 月 日

説明職員 職名 _____ 氏名 _____

1. 私は、本書面に基づいて、施設の説明職員から重要事項の説明を受け、その内容について

同意します 同意しません

2. 個人情報に関する同意書の説明を受け、その内容について

同意します 同意しません

ご利用者 住所 _____

氏名 _____ (印)

ご利用者の家族 続柄 _____

住所 _____

氏名 _____ (印)