

# 重要事項説明書

社会福祉法人 恵成会

ショートステイセンターおおぞら

ショートステイセンター おおぞら  
短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 重要事項説明書

＜令和6年6月1日現在＞

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話：0595-48-5657（午前9：00～午後5：00）

\*ご不明な点は何でもおたずね下さい。

2. 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	ショートステイセンター おおぞら
所在地	三重県伊賀市高畑字深田780
事業所番号	2471200713
送迎実施地域	伊賀市

\*その他の地域にお住まいの方もご相談下さい。

(2) 職員体制

職 種	計
管 理 者	1
医 師	1
生活相談員	1
管理栄養士	1
介護支援専門員	1
看 護 師	1
機能訓練指導員	1
介 護 職 員	12
事 務 職 員	1
合 計	

① 時間帯による職員数

時 間 帯	介護職員等の数
朝 食 帯	1フロア-5～6名
日 勤 帯	1フロア-9～15名
夕 食 帯	1フロア-9～10名
夜 勤 帯	1フロア-3名

② 配置医師等による診察日

曜日・時間	医 師
金曜日13：00～	竹澤 健

### (3) 設備概要

定員	21名
居室	個室21室（ユニット型1室14㎡）
共同生活室	2室（1室79㎡）
地域交流スペース	1（100㎡）
浴室	一般浴槽、特殊浴槽があります。
相談室	2室（1室16㎡）
医務室	1室（1室14㎡）

## 3. サービス内容

### (1) 介護計画の作成

介護支援専門員の作成した「居宅サービス計画」に沿って、担当者間で協議し「短期入所生活介護計画」を作成し、利用者および家族に説明し同意をいただきます。

### (2) 食事

朝食 7:30～9:30

昼食 11:30～13:30

夕食 17:30～19:30

以上のほか、湯茶等のサービスがあります。食堂においておとりいただきます。

### (3) 入浴

7日間の利用で、2回入浴していただきます。ただし、利用者の状態に応じて、清拭等になる場合があります。

### (4) 介護

介護計画に沿って下記の介護を行います。

着替え・排泄・食事等の介助、おむつ交換、体位変換、シーツ交換、施設内の移動の付添い等。

### (5) 機能訓練

介護計画に沿って、機能訓練室等にて訓練を行います。

### (6) 生活・介護相談

担当のほか、介護支援専門員もおります。お気軽にご相談下さい。

### (7) 健康管理

入所時に健康チェックするほか、必要に応じて協力医療機関等で受診することができます。通院に伴う送迎の費用は別途いただく場合があります。

### (8) 特別食の提供

医療上必要な場合等のため特別食を用意しております。詳しくは職員におたずね下さい。料金は別途かかる場合があります。

(9) 理美容サービス

月に2回程度、理髪業者が入っております。料金は別途かかります。

(10) レクリエーション等

施設内において、様々な活動を実施しております。また、行事によって別途参加費のかかるものもあります。その都度担当よりご説明させていただきます。

#### 4. サービス利用方法

(1) サービス利用契約

まずは電話でお申込み下さるか、ご自身の担当介護支援専門員にご相談ください。ご利用期間決定後、契約を締結いたします。

(2) サービス利用契約の終了

① お客様のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書でのお申出によりいつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効となります。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が他の介護保健施設に入所した場合
- ・介護保険給付サービスでサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合

③ その他

お客様がサービス利用料金の支払を1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず15日以内に支払われない場合、またはお客様やご家族等が当施設や当施設の従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、30日前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただく場合があります。なお、この場合契約終了後の予約は無効となります。

#### 5. 当事業所のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

事業の実施に当たっては、利用者の意志および人格を尊重して、常に利用者の立場でサービスの提供に努めます。介護計画に基づきサービス提供に努め、利用者がその有する能力に応じて自立した生活を営むことができるようお手伝いいたします。

また、地域や家族との結びつきを重視し、密接な連携をはかり精神的安定感のある総合的なサービスの提供に努めます。

(2) 施設利用に当たっての留意事項

① 面会時間

午前8：30～午後7：30の間をお願いします。その時間以外については、ご相談ください。

② 飲酒、喫煙

飲酒に関しては職員にご相談下さい。また、施設内禁煙ですのでご協力をお願いします。

③ 金銭、貴重品の管理

自らの管理が困難な場合は、当法人の「預り金規程」に基づき、管理いたします。その場合、管理に要する費用として、¥1,000円／月をいただきます。職員にご相談下さい。

④ 設備、器具の利用

テレビ、ラジオ、カセットデッキ等の持ち込みは事前にご相談下さい。

⑤ 宗教活動

特に制限はありません。信仰は自由です。ただし、共同生活に支障のない範囲とさせていただきます。また、施設内においての布教活動は原則として禁止させていただきます。

⑥ 衣類の洗濯

施設で実施いたします。短期間のご利用の場合、できないこともございます。

⑦ ペット

持ち込みはできません。

6. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

主治医	氏名			
	住所			
	電話番号			
ご家族 (1)	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号			
ご家族 (2)	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号			

7. サービス内容に関する相談・苦情

サービスに関する相談・要望・苦情等はサービス提供責任者か下記窓口までお申し出下さい。

電話：0595-48-5657

責任者：施設長 岡田 吉史

担当者：生活相談員 角田 要子

当事業所以外に、下記の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- ・伊賀市介護高齢福祉課 (月～金曜日、8:30～17:15)  
三重県伊賀市四十九町3184番地  
TEL 0595-26-3939 FAX 0595-26-3950
- ・三重県福祉サービス運営適正化委員会  
三重県津市桜橋2丁目131  
TEL 059-224-8111 FAX 059-213-1222
- ・三重県国民健康保険団体連合会 保健介護福祉課  
三重県津市桜橋2丁目96番地 三重県自治会館2階  
TEL 059-213-6500 (月～金曜日、9:00～17:00)

## 8. 安全配慮の義務

- (1) 当施設は、サービス提供するに当たり、利用者の生命・身体・財産の安全に配慮します。
- (2) 当施設はサービス提供に当たり、利用者または他の利用者の生命または身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。
- (3) 緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、その事由を利用者およびご家族等に、提供するケアに関する説明書をもって説明し、同意を得ます。
- (4) 当施設で作成し保存している利用者の記録については、いつでも閲覧できます。また、実費にて複写することもできます。

## 9. 協力医療機関

当施設は利用者に入院治療が必要になったときの備えとして、近隣の病・医院に承諾を得て、協力医療機関を定めています。

また、協力歯科医療機関についても定めています。

協力医療機関名	診療科目	依頼施設
竹澤内科小児科医院	内科・小児科	
竹沢内科歯科	内科・歯科	
岡波総合病院	内科・外科・その他	

## 10. 虐待防止

- (1) 当施設は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。
  - ①虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
  - ②虐待防止のための指針の整備
  - ③虐待を防止するための定期的な研修の実施
  - ④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

- (2) 当施設は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 11. 身体拘束

当施設は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

2 事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
- (3) 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

## 12. 非常災害対策

- (1) 防災時の対応 消防計画により対応します。
- (2) 防災設備 必要な設備を備えております。
- (3) 防災訓練 年2回消防防災訓練を実施します。
- (4) 防火管理者 角田 要子（副）

## 13. 事故発生時の対応

- (1) 当施設は、利用者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・利用者の家族等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 当施設は、利用者に対する施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに賠償をすることとします。

## 14. 衛生管理

- (1) 当施設は、利用者の使用する食器その他の設備又は飲料水について衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずると共に、医薬品及び医療用具の管理を適切に行います。
- (2) 当施設は、当該施設において感染症が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講ずるよう努めます。
- ①施設における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- ②事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- ③事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 15. 業務継続計画の策定

- (1) 当施設は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定短期入所生活介護〔指定介護予防短期入所生活介護〕の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行うものとします。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

## 16. 職員研修等

- (1) 当施設は、全ての短期入所生活介護従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとします。また、業務の執行体制についても検証、整備します。
  - ①採用時研修 採用後3ヵ月以内
  - ②継続研修 年2回
- (2) 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持します。
- (3) 当施設は、従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (4) 当施設は、適切な指定短期入所生活介護〔指定介護予防短期入所生活介護〕の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

## 17. 当事業所の概要

法人名称	社会福祉法人 恵成会
代表者	理事長 岡田 吉史
法人本部所在地	〒518-0005 三重県伊賀市高畑字深田784-2
電話番号	0595-21-8278
施設名称	ショートステイセンター おおぞら
事業所番号	2471200713
施設所在地	〒518-0005 三重県伊賀市高畑字深田780
電話番号	0595-48-5657
施設等（種別）	ケアハウス おおぞら（ケアハウス） 特別養護老人ホーム おおぞら（特別養護老人ホーム） デイサービスセンター おおぞら（老人デイサービス） 居宅介護支援センター おおぞら（居宅介護支援事業所）



短期入所生活介護〔介護予防短期入所生活介護〕の提供開始に当たり、契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

《事業者》

所在地：〒518-0005

三重県伊賀市高畑字深田780

名称：社会福祉法人 恵成会

ショートステイセンター おおぞら

役職：\_\_\_\_\_

説明者：\_\_\_\_\_ 印

私は、契約書および本書面により、事業者から短期入所生活介護〔介護予防短期入所生活介護〕について重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

《利用者》

住所：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_ 印

《代理人》

住所：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_ 印