ショートステイ金澤備中　重要事項説明書

【ユニット型指定（介護予防）短期入所生活介護事業】

※当事業所は、ご利用者に対してユニット型指定（介護予防）短期入所生活介護サービスを提供します。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。

※当サービスのうち、ユニット型指定短期入所生活介護の利用は、要介護認定の結果「要介護１～５」と認定された方が、また、ユニット型指定介護予防短期入所生活介護は、原則として要介護認定の結果「要支援１又は２」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1．事業者
2．事業所の概要
3．事業の運営方針
4．事業所の職員体制
5．事業所が提供するサービスの概要及び利用料等について
6．サービス利用にあたっての留意事項・条件
7．緊急時の対応
8．非常災害対策
9．秘密保持等
10．サービス提供に関する苦情について
11．事故発生時の対応
12．虐待防止に関する事項
13．提供するサービスの第三者評価の実施状況について

１．事業者

(1) 法　人　名　　・社会福祉法人　久楽会
(2) 法人所在地　　・〒920-0101　石川県金沢市利屋町は 64 番地 1
(3) 電話・ＦＡＸ　　・ＴＥＬ：076-256-5117　　ＦＡＸ：076-256-5118
(4) 代表者氏名　　・理事長　新谷　博範
(5) 成立年月日　　・平成 12 年 7 月 17 日

２．事業所の概要

(1) 種　　類　　・ユニット型指定（介護予防）短期入所生活介護事業所
(2) 名　　称　　・ショートステイ金澤備中
(3) 所　在　地　　・〒920-0921　石川県金沢市材木町 21 番 21 号

(4) 電話・ＦＡＸ　・ＴＥＬ：076-231-3931　ＦＡＸ：076-231-3932
(5) 管　理　者　・戸部　一則
(6) 指 定 番 号　・１７７０１０７５８７
(7) 開設年月日　・令和７年４月１日
(8) 利 用 定 員　・９名
(9) 事業の目的　・利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するために利用者に、日常生活に必要な居室及び共用施設等を利用させるとともに、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。
(10)営　業　日　・年中無休です。
(11)営 業 時 間　・24 時間対応します。
(12)送迎実施地域　・通常の送迎の実施地域は金沢市とします。

３．事業の運営方針

利用者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、利用者の居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自立的な生活を営むことができるよう介護サービスの提供をします。

４．事業所の職員体制

当事業所では、利用者に対してユニット型指定（介護予防）短期入所生活介護サービスを提供する職員は併設の特別養護老人ホーム（以下「併設特養」という。）の職員と兼務できるものとし、その職種、員数及び職務内容は以下のとおりです。

職　種	員数	職務の内容
管理者	１名 （常勤）	施設の従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。（特養と兼務）
生活相談員	１名以上	利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又は身元引受人（家族等）の相談に応じるとともに、必要な助言を行います。
看護職員	１名以上	医師の診療補助及び医師の指示を受けて利用者の看護、施設の保健衛生業務に従事します。（特養と兼務）
介護職員	看護職員と併せて 常勤換算方法で ３：１以上	利用者の日常生活の介護及び援助業務に従事します。
機能訓練指導員	１名以上	利用者が日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行います。（特養と兼務）
医師	１名 （非常勤）	利用者の診療及び施設の保健衛生の管理指導に従事します。

栄養士	1名	利用者に提供する食事の管理、利用者の栄養指導に従事します。（特養と兼務）
事　務	1名以上	施設管理における必要な事務を担当します。（特養と兼務）

※当施設は、併設の特別養護老人ホーム金澤備中と一体的に運営されているので、上記の職員のうち、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員、医師、栄養士を置かないことができます。その場合でも、併設特養との連携を図り、処遇等が適切に行われるようにします。

５．事業所が提供するサービスの概要及び利用料等について

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

1.利用料金が介護保険から給付される場合
2.利用料金の全額を利用者に負担いただく場合

があります。

（1）介護保険の給付となるサービス

①入浴

入浴・清拭を週 2 回行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

②排泄

排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限に活用した援助を行います。

③機能訓練

機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能回復、又はその減退を防止するための訓練を実施します。

④その他自立への支援

寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。

生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。

清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

（2）利用料その他の費用の額　　別紙（料金表）のとおりです。

（3）　キャンセル料について

利用者が指定ユニット型指定（介護予防）短期入所生活介護サービス利用の中止（キャンセル）を申し出た場合に、事業者は次に定めるキャンセル料の支払いを利用者から受けることができます。ただし、利用者本人の病変、急な入院等事業所への連絡ができない場合には、利用者にその負担を請求はしません。

①利用日前日までのキャンセルの場合は無料です。

②利用日当日のキャンセルの場合は介護報酬告示上の額（１割負担額又は一定所得以上の場合は２割又は３割負担額）と同額とします。

※キャンセル料の計算は、(1)に記載してある基本サービス費報酬単位数×10.17 円×0.1（又は一定所得以上の場合は 0.2 又は 0.3）で得られる金額となります(円未満斬捨)。

(4) 利用料のお支払について

前記(1)(2)及び(3)の料金・費用は、１ヶ月毎に計算し、ご請求しますので、原則として翌月末日までに以下の方法でお支払いください。また、１ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

①指定金融機関口座からの自動引き落とし

②当施設１階事務所窓口での現金支払い

③下記指定口座への振り込み

北陸銀行　新神田支店　普通　NO.６０９８６３９

［口座名義］フク）キュウラクカイ

６．サービス利用にあたっての留意事項・条件

(1) 機能訓練室の使用に当たっては、担当職員の指導・指示を受けてください。

(2) 送迎は、利用者の自宅と事業所間のみにおいて行うものとします。

(3) サービス利用の中止、変更がある場合には、利用日の前日までに事業所に申し出てください。利用日当日におけるサービス利用の中止の場合はキャンセル料をお支払いいただく場合があります。ただし、利用者本人の病変、急な入院等事業所への連絡ができない場合にはこの限りではありません。

(4) 夜間は看護師が不在となるため、昼夜を通して吸痰行為が必要となる方、胃瘻・経管栄養を必要とされる方の利用はご遠慮いただいています。

(5) サービスの変更・追加の申し出に対し、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いただきます。

７．緊急時の対応

介護従業者は、現にユニット型指定（介護予防）短期入所生活介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変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措置を講じます。

８．非常災害対策

(1) 事業者は、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画（以下「防災計画」という。）に基づき、防火管理者を置いて非常災害対策を行います。

(2) 防災計画に基づき、年２回以上の避難、消火、通報等の訓練を行います。

(3) 非常災害用設備の保守点検は、防火管理者立ち会いのもと、契約保守業者に依頼して行

います。

(4) 非常災害時の関係機関への通報体制を整備し、非常災害に関する具体的な契約や通報・連絡体制について定期的に従業者に周知します。

９．秘密保持等

(1) 事業所の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。

(2) 事業者は、事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、事業所の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るべき旨を雇用契約の内容とします。

(3) 事業者は、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る場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておくこととします。

※上記(3)に関する当事業所の個人情報保護の利用目的は以下のとおりです。

当事業所は、業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報につき、以下に記載する場合に必要最小限の範囲内で使用する場合があります。

■利用期間

介護サービスに必要な期間及び契約期間に準じます。

■利用目的

①サービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等に必要な場合

②利用者がサービスの提供を受ける他の事業者に対し、情報提供が必要な場合。

③治療等のため、医療機関に情報提供する必要がある場合

④その他、正当な理由がある場合

■使用条件

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。又、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らしません。

②個人情報を使用した会議の内容や利用方法等について経過を記録し、請求があれば開示します。

１０．サービス提供に関する苦情について

(1) 当事業所における苦情の受付

●担当者　　：生活相談員または介護職員

●電話番号　：０７６－２３１－３９３１

●ＦＡＸ番号：０７６－２３１－３９３２

●対応時間　：月曜日～金曜日　９時～１７時まで。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

金沢市役所介護保険課	所在地：〒920-8557　金沢市広坂 1-1-1 TEL:076-220-2264 / FAX:076-220-2559 受付時間：9:00～17:45 （土・日・祝日・年末年始の休日を除く）
石川県国民健康保険団体連合会 苦情サービス相談窓口	所在地：〒920-0968 金沢市幸町 12-1 石川県幸町庁舎４階 TEL: 076-231-1110 / FAX:076-231-1601 受付時間：9:00～17:00 （土・日・祝日・年末年始の休日を除く） E-mail：kaigo110@sr.incl.ne.jp
石川県社会福祉協議会 石川県福祉サービス運営適正化委員会	所在地：〒920-0964　金沢市本多町 3-1-10 石川県社会福祉会館２階 受付時間：9:00～17:00 （土・日・祝日・年末年始の休日を除く） TEL：076-234-2556 / FAX：076-234-2558 E-mail： sou@isk-shakyo.or.jp
（社福）久楽会　第三者委員	【第三者委員】 氏名：宮嶋　千晶（東備中町民生児童委員） 住所：金沢市材木町 25-21 受付時間：9:00～17:00 TEL：076-231-0145 （土・日・祝日・年末年始の休日を除く） 氏名：北　篤司 住所：金沢市西金沢 200 番地 受付時間：9:00～17:00 TEL：076-249-4988 （土・日・祝日・年末年始の休日を除く）

１１．事故発生時の対応

(1) 事業者は、利用者に対する指定ユニット型指定（介護予防）短期入所生活介護の提供により事故が発生した場合は、市町、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。

(2) 事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

(3) 事業者は、利用者に対する指定ユニット型指定（介護予防）短期入所生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

１２．虐待防止に関する事項

１　事業者は、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を定期的に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。

(2) 虐待防止のための指針を整備します。

(3) 虐待を防止するための定期的な研修を実施します。

(4) 前３号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

２　事業者は、サービス提供中に、当該事業所職員又は養護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、これを市町に通報します。

１３．提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	実施していません。
実施した直近の年月日	－
実施した評価機関の名称	－
評価結果の開示状況	－

同　意　書

ユニット型指定（介護予防）短期入所生活介護の提供の開始に際し、本書面により利用者に重要事項の説明を行いました。

令和　　年　　月　　日

ユニット型指定（介護予防）短期入所生活介護事業所　ショートステイ金澤備中

説明者職名　職名＿＿＿＿＿＿＿＿　氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、本書面に基づいて、事業者から重要事項の説明を受け、ユニット型指定（介護予防）短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。また、事業者が業務上知り得た利用者及びその家族等に関する個人情報を、事業所での個人情報の利用目的に則して、利用及び提供することについて同意しました。

令和　　年　　月　　日

【利　用　者】　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【署名代行者】　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者との続柄（　　）

署名代行の理由（　　）

【家族代表者】　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

入居者との続柄（　　）

利用者は、当施設のパンフレット、広報誌、ホームページ等における入居者個人の写真の掲載に

・同意します
・同意しません