

ショートステイやはば ユニット型短期入所生活介護事業 重要事項説明書

〔令和7年 1月 1 日現在〕

1. 事業の目的

ショートステイやはば（以下「事業所」という。）においては、ユニット型短期入所生活介護事業を展開しており、利用者が短期間入所することにより、居宅においてその能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう、日常生活上の世話及び機能訓練を実施し、利用者の介護予防並びに家族の負担軽減を図ることを目的とする。

2. 運営方針

- (1) 事業所は、利用者がその居宅において、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の支援および機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持、並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。
- (2) 事業所は、市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- (3) 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに職員に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。
- (4) 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、事業所が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人への了解を得ることとする。

3. ショートステイやはば短期入所生活介護事業の内容

(1) サービスを提供する施設

事業所名	ショートステイやはば
サービス提供事業	ユニット型短期入所生活介護事業
所在地	岩手県紫波郡矢巾町大字又兵工新田第5地割335番地
連絡先	電話 019-698-2015 FAX 019-611-2071
介護保険指定番号	0372200808
管理者の職氏名	管理者 高橋 浩

(2) 職員体制(ショートステイやはばの配置職員数)

職 名	取 得 資 格	職員数	業 務 内 容
管 理 者		1 名(兼務)	施設運営管理
医 師	医 師	1 名(兼務)	入所者・職員の健康管理
生 活 相 談 員	社会福祉士	1 名(兼務)	生活相談・各種行事計画等
機 能 訓 練 指 導 員	看護師	1 名(兼務)	入居者機能訓練
事 務 職 員		2 名(兼務)	建物管理・利用料会計
栄 養 士	管理栄養士	1 名(兼務)	献立・食事管理
看 護 師	看護師	1 名(兼務)	入居者の看護業務
介 護 職 員	介護福祉士	6 名以上	入居者の介護業務

(3) ショートステイやはば短期入所生活介護の設備概要

入居定員(居室)	18 名(全室個室)	ユ ニ ッ ト 数	2ユニット
診 察 室	1 室	機 能 訓 練 室	1 室
相 談 室	1 室	会 議 室	1 室
浴 室	一般個浴 3室・中間浴室 1室・リフト浴室 3室・特殊浴室 1室		

3. サービスの内容

(1) 居 室

全室個室で9人の2ユニットになっています。

(2) 食 事 (下記の時間内でご希望の時間及び場所【居室か食堂】を選択できます)

朝 食 7 : 3 0 ~ 9 : 3 0
 昼 食 1 2 : 0 0 ~ 1 4 : 0 0
 夕 食 1 8 : 0 0 ~ 2 0 : 0 0

(3) 入 浴 (お体の状態に併せて、入浴形態を選択できます)

1 週間に最低 2 回、個室・中間(リフト)浴・特浴のいずれかで入浴を行います。但し、身体状況に応じて入浴できない場合は、清拭を行う場合があります。

(4) 介 護

短期入所生活介護計画に沿った介護を行います。

- ・ 着替え、排泄、食事、入浴などの介助
- ・ おむつ交換、体位交換、寝具交換、施設内移動の付き添いなど

(5) 機能訓練

日常生活動作の維持又は向上を目指し、日頃の生活の中でリハビリテーション等を実施します。

(6) 生活相談

生活相談員をはじめ職員が、日常生活に関すること等の相談に応じます。

(7) 健康管理

利用期間中の医療機関の受診は、在宅中のかかりつけ病院、医師の指示が必要ですので、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、急変時など必要に応じ健康状態を把握するため、協力病院である南昌病院又は嘱託医へ外来受診する場合がございます。

(8) 特別食の提供

事業所内での行事の実施に伴い、通常提供している食事とは別に、食事単価が異なる特別給食を提供することがありますが、その際は事前にご家族に連絡し、承諾を頂いたうえで提供いたします。

(9) 所持品の管理

お預かりいたしました所持品については、誠意を持って管理させていただきますが、保管できるスペースに限りがありますので、事前のご連絡をお願いいたします。

4. 利用料金

(1) 指定短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護を提供した場合の利用料の額は、下記の介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とします。

介護サービス料(1日当たり)

(単位：円)

介護 保 険 適 用	① 基 本 料 金	区分	単価	基本料金（円／日）			
				1 割負担	2 割負担	3 割負担	
		要介護 1	7, 0 4 0 円／日	7 0 4	1, 4 0 8	2, 1 1 2	
		要介護 2	7, 7 2 0 円／日	7 7 2	1, 5 4 4	2, 3 1 6	
		要介護 3	8, 4 7 0 円／日	8 4 7	1, 6 9 4	2, 5 4 1	
		要介護 4	9, 1 8 0 円／日	9 1 8	1, 8 3 6	2, 7 5 4	
		要介護 5	9, 8 7 0 円／日	9 8 7	1, 9 7 4	2, 9 6 1	
	② 加 算 料 金	※印は対象者のみ		1 割負担	2 割負担	3 割負担	
		1) 看護体制加算Ⅰ		4 円/日	8 円/日	12 円/日	
		2) 看護体制加算Ⅱ		8 円/日	16 円/日	24 円/日	
		3) サービス提供体制強化加算Ⅰ		22 円/日	44 円/日	66 円/日	
		4) 夜勤職員配置加算Ⅱ		18 円/日	36 円/日	54 円/日	
		※ 5) 送迎加算（片道）		184 円/回	368 円/回	552 円/回	
		※ 6) 療養食加算		8 円/1 食	16 円/1 食	24 円/1 食	
		※ 7) 緊急短期入所受入加算		90 円/日	180 円/日	270 円/日	
		※ 8) 生活機能向上連携加算Ⅱ		200 円/月	400 円/月	600 円/月	
※ 9) 医療連携強化加算		58 円/日	116 円/日	174 円/日			
10) 介護職員等处遇改善加算（Ⅰ）		一 円					
介護 保 険 適 用 外	食 住 費 ③	食費・・・1, 5 0 0 円（朝食：4 2 0 円 昼食：5 4 0 円 夕食：5 4 0 円）					
		居住費・・・2, 0 0 0 円（ユニット型個室料・光熱水費を含めた料金）					
	そ の 他 料 金	日用品費	7 0 円/日(口腔ケア用品・スキンケア用品・入浴用品・衛生用品)				
		教養娯楽費	5 0 円/日(季節行事等に参加された場合)				
		理容代	1, 4 0 0 円～ （希望者のみ。毎月第1・3火曜日）				
		電化製品の持込	2 0 円/日(テレビ、冷蔵庫、電気毛布など電化製品 1 台につき)				
	利用者負担額(円/日)		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	(①＋②＋③)						
1 割負担料金		4, 3 6 2 円	4, 4 3 9 円	4, 5 2 5 円	4, 6 0 6 円	4, 6 8 4 円	
2 割負担料金		5, 2 2 4 円	5, 3 7 8 円	5, 5 5 0 円	5, 7 1 2 円	5, 8 6 8 円	
3 割負担料金		6, 0 8 6 円	6, 3 1 7 円	6, 5 7 5 円	6, 8 1 8 円	7, 0 5 2 円	

【②加算料金の説明】

- 1) 常勤の看護師を1名以上配置しているので、加算されます。
- 2) 常勤の看護師を一定数配置し、病院や診療所と連携して 24 時間の連絡体制を確保しているので加算されます。
- 3) 事業所の介護福祉士の割合が一定数配置されているので加算されます。
- 4) ユニットごとに 1 名以上の夜勤職員を配置しているので加算されます。
- 5) 利用者又はご家族の申し出により、利用者の居宅と事業所間の送迎を行った場合には、片道 1 回につき加算いたします。
- 6) 医師の食事せんに基づいて、各種療養食（糖尿病食など）を提供した場合に 1 食あた

りの加算となります。

7) 以下の場合に7日間を限度として算定します。また、やむを得ない事情がある場合は14日を限度に算定します。

①別に厚生労働大臣が定める者に対し、ケアプランで計画的に行うことになっていない短期入所生活介護を緊急に行った場合。

②利用者の状態や家族等の事情でケアマネジャーが緊急に短期入所を受けることが必要と認めた場合。

8) 外部の事業所の理学療法士等との連携により、利用者の身体状況の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合に加算します。

9) 状態の不安定な利用者の急変の予測、早期発見の為に看護師による定期的な巡視や状態確認、緊急時の対応、及び次の状態における利用者に対して必要な処置を行った場合に加算いたします。

- ・喀痰吸引が必要な状態
- ・人工呼吸器を使用している
- ・中心静脈注射による薬剤投与
- ・人工腎臓を実施している
- ・重篤な状態による常時モニター測定
- ・人工膀胱、人工肛門の処置
- ・経腸栄養の実施
- ・気管切開に係るケアの実施
- ・褥瘡処置（基準における第2度以上）

10) 介護保険法に基づく所定単位数に14.0%を乗じた額を算定します。

【③食住費の説明】

1) 当該市町村より利用者負担軽減確認証が交付された場合は、当該確認証に定められた軽減率(額)とします。

2) 当該市町村に申請し介護保険負担限度額認定がおりた場合は、認定証に従い、1日当たりの食事負担・居住費を次のとおり減額いたします。

利用者負担段階		居住費負担額	食事負担額
第4段階		2,000円	1,500円
第3段階	①	1,370円	1,000円
	②		1,300円
第2段階		880円	600円
第1段階		880円	300円

(2) その他の料金

①経管栄養にかかる付属品等の経費

②その他施設で提供している物のほか、個別に使用する品物の購入費用

(3) 利用キャンセル料

利用者・ご家族の都合で利用をキャンセルする場合、利用日前日の17時までにご連絡ください。

17時以降のキャンセルや、当日のキャンセルにつきましては、食材料の準備が済んでいますので、当日の食事代は請求いたしますのでご了承ください。また外泊・外出により食事をキャンセルされる場合も同様です。

5. 非常災害対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画および風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

(1) 防火管理者は、資格を有する職員を管理者が指名します。

- (2) 火元責任者には、各部署の責任者を充てます。
- (3) 非常災害用の設備点検は、保守契約業者に依頼します。点検の際は、防火管理者の資格を有する職員が立ち会います。
- (4) 非常災害設備は、常に有効に機能するように保持します。
- (5) 火災の発生や地震が発生した場合は、被害を最小限に止めるため自衛消防隊を編成し、任務の遂行に当たります。
- (6) 防火管理者は、当施設職員に対して防火教育、防火訓練を実施します。
- ・ 防火設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、自動通報装置等の作動教育、操作訓練
- ・ 防火訓練 年 2 回（夜間想定 1 回）
- ・ その他、風水害、土砂災害、地震等の災害防止対策および訓練を実施します。

6. 緊急時の連絡

入居者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力病院(南昌病院)への連絡など必要な措置を講じます。

7. 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、事業所の責任による事故の場合には、その損害を賠償します。

8. 守秘義務に関する対策

事業所及び職員は、業務上知り得た利用者及びその家族の情報を第三者に漏洩しない義務があります。また、退職後においてもこれらの守秘義務があることを、職員との雇用契約に記載しています。

9. 利用者の尊厳

事業所は、人権を尊重しプライバシーを保護することにより、利用者の尊厳を守ります。そのため業務マニュアルを作成し、職員教育を行っています。

10. 身体拘束の禁止

- 1 原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行いません。
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は、事前に利用者及びそのご家族へ十分な説明をした上で、同意を得るとともに、その状態及び時間、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。
- 2 事業所は、身体的拘束等の適正化を図るために、以下に掲げる事項を実施します。
 - (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します。）を定期的に開催するとともに、その結果について介護職員、その他の職員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、その他の職員に対し、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。

11. 虐待の防止等

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生または、その再発を防止するため、以下に掲げる事項を実施します。

- (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します。）を定期的開催するとともに、その結果について介護職員、その他の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。

12. 業務継続計画の策定等

1 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護保健施設サービスの提供を継続的に実施するため、非常時の体制で早期に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ます。

2 事業所は、当施設職員に対し、業務継続計画について周知するとともに必要な研修および訓練を定期的実施します。

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います。

13. 褥瘡対策等

事業所は、利用者に対し、良質なサービスを提供する取り組みのひとつとして、褥瘡が発生しないように適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための体制を整備します。

14. 衛生管理

1 利用者の使用する施設、食器、その他の設備または飲料水について、衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を講じるとともに医薬品および医療用具の管理を適正に行います。

2 感染症が発生、蔓延しないように感染症および食中毒の予防および蔓延防止のための感染予防対策委員会を設置し、必要な措置を講ずるための体制を整備します。

- (1) 事業所における感染症または食中毒の予防および蔓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。）を定期的開催するとともに、その結果について当施設職員に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における感染症の予防および蔓延防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所において、当施設職員に対し、感染症および食中毒の予防および蔓延防止のための研修ならびに感染症の予防および蔓延防止のための訓練を定期的実施します。
- (4) 「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応を行います。

15. 苦情相談窓口

(1) 事業所のサービスに関する相談・要望・苦情等については、次の通り担当者に申し出てください。

① 苦情受付担当者

職 氏 名 総 看 護 師 長 川 戸 多 喜 子

② サービス相談等窓口

担当者職氏名 生 活 相 談 員 櫛 田 直 希

③ 連 絡 先

電 話 番 号 019-698-2015

FAX番号 019-611-2071

(2) その他事業所外部の相談・苦情の窓口は下記のとおりです。

①矢巾町健康長寿課長寿支援係

(電話：019-611-2830 FAX：019-697-1214)

②紫波町 生活部長寿健康課 介護保険室

(電話：019-672-2111 FAX：019-672-4349)

③盛岡市 介護保険課 事業所指定係

(電話：019-626-7562 FAX：019-651-1181)

④岩手県福祉サービス運営適正化委員会

(電話：019-637-8871 FAX：019-637-9612)

⑤岩手県国民健康保険団体連合会

(電話：019-604-6700 FAX：019-604-6701)

16. 協力医療機関等

事業所では、下記の医療機関に協力を頂き、利用者の状態が急変した場合などには、速やかに対応をお願いするようにしています。

・ 協力医療機関

名 称：医療法人社団帰厚堂 南昌病院

住 所：矢巾町大字広宮沢第1地割2番地181

名 称：医療法人社団帰厚堂 こずかた診療所

住 所：矢巾町大字又兵工新田第5地割335番地
医療福祉多機能ビル ケアセンター南昌 1F

・ 協力歯科医院

名 称：煙山歯科医院

住 所：矢巾町大字上矢次第7地割126番

※ 緊急時の連絡先

緊急の場合には、「緊急連絡先」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

17. 損害賠償

事業所の責任により利用者に生じた損害については、その損害を賠償します。

ただし、損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合に、減額すること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くことがあります。

令和 年 月 日

ユニット型短期入所生活介護サービスの開始に当たり、利用者又はご家族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。

〈施設〉

所在地 岩手県紫波郡矢巾町大字又兵工新田第5地割335番地
事業所名 ショートステイやはば
 (指定番号 0372200808)
管理者名 管理者 高 橋 浩

説明者 職 生活相談員 氏名 櫛田 直希

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業所からユニット型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いたします。

〈入居者〉

住 所 _____

氏 名 _____

〈入居者代理人〉

住 所 _____

氏 名 _____

◎ 緊 急 時 連 絡 先

緊 急 連 絡 先 1	
氏 名	
住 所	
電 話 番 号	
続 柄	

緊 急 連 絡 先 2	
氏 名	
住 所	
電 話 番 号	
続 柄	

かかりつけ医の連絡先	
医療機関名	
住 所	
電 話 番 号	
主 治 医	