

短期入所生活介護サービス（ショートステイ） 介護予防短期入所生活介護サービス 重要事項説明書

利用者に対する居宅サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令第37号第125条に基づいて、当事業所が説明すべき事項は、次のとおりです。

1. 事業所の概要

(1) 施設の名称、所在地等

事業所番号	1 3 7 0 6 0 4 6 2 9
事業所名	台東区立特別養護老人ホーム台東
管理者名	中 村 和 実
所在地	台東区台東一丁目25番5号
電話番号	0 3 - 3 8 3 4 - 4 4 3 5
定 員	1 0 床
職員配置	3 : 1 以上
送迎エリア	台東区内（原則）

(2) 施設の設備等の概要

1) 施設の概要

事業所名	台東区立特別養護老人ホーム台東	
敷地面積	3, 858. 16㎡	
建 物	構 造	鉄筋コンクリート地下 2 階地上 14 階・塔屋 1 階
	延床面積	21, 236. 85㎡(併設の短期入所、デイを含む)
	専用面積	5, 906. 48㎡(特別養護老人ホーム)

2) 居室について

事業所名	台東区立特別養護老人ホーム台東	
居室の種類	部屋数	1 人あたり面積
1 人部屋	従来型個室 6 室	18. 0 ㎡～19. 9 ㎡
2 人部屋	多床室 2 室	35. 9 ㎡～38. 9 ㎡

3) 主な設備について

設備の種類	数	面積	特色
食 堂	1か所	133.49 m ²	
機能訓練室	1か所	130.94 m ²	デイサービスと共用
一般浴室	1か所	41.96 m ²	リフト2台
機械浴室	1か所	80.51 m ²	特殊浴槽2台
医 務 室	1室	32.0 m ²	
厨 房	1か所	93.61 m ²	
理美容室	1室		
集 会 室	1室	29.15 m ²	

4) 職員の体制（基準配置人員）

短期入所及び特養を合わせた定員数に対する職員配置です。

事業所名	台東区立特別養護老人ホーム台東			
定員特養を含む	60名			
施設長（管理者）	1人	管理栄養士	1人	
生活相談員	1人	医 師	必要数	
看護職員	2人			
介護職員	18人			
夜間帯	/			
介護職員				3人
看護職員				オンコール体制

※上記職員以外にも事業所の運営に必要な人員と職種を適宜配置しています。

※オンコール体制（当番の看護師と介護職員が、いつでも携帯電話等で、連絡が取れる体制になっています。）

介護職員と看護職員を合わせた職員数が常勤換算方法で利用者3名に対して1名以上となるよう配置しています。ただし、この数字は業務時間帯を通じて常に職員が利用者3名に対して1名の割合で配置されていることを意味するものではありません。

2. サービスの内容

種 類	内 容
食 事	健康状態に合わせて、常食・刻み食・極刻み食・ペースト食等を提供します。アレルギー等で同じ献立が召し上がれない時は、事前にご相談下さい。 食事時間は、事業所により異なりますが、おおよそ以下の時間帯で

	<p>提供し、この時間帯で喫食が可能です。</p> <p>朝食 7:30～9:00</p> <p>昼食 12:00～13:30</p> <p>おやつ 15:00～15:30</p> <p>夕食 18:00～19:30</p> <p>季節献立・選択献立・施設内喫茶（実費負担）等があります。</p>
排泄	<p>利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても援助を行います。</p> <p>排泄介助が必要な方で、ナースコールで呼んで頂ける方は、その都度介助に伺います。</p> <p>職員を呼ぶことが出来ない方には、その方の排泄間隔を確認し定期的に伺うようにしています。</p>
入浴	<p>概ね週に2回の入浴をして頂きます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般浴：自分で入浴される方、介助があれば入浴できる方 ・リフト浴：車椅子を利用している方、歩くのが不安定な方 ・機械浴：寝たまの姿勢で入浴される方 <p>上記の浴槽は、利用者の状況を考慮して使用しています。</p> <p>健康上の都合で入浴出来ない時は、着替えや清拭をして清潔を心掛けています。</p>
着替え等	<p>生活のリズムを考えて、毎朝夕の寝巻きなどの着替えは必要に応じてお手伝いします。</p> <p>寝具類は施設で準備していますが、利用者の希望でお持ちになりたいものがありましたらご相談下さい。シーツ交換は適時行っています。</p>
機能訓練	<p>機能訓練の体制をとっている事業所において、機能訓練を希望される方はご相談下さい。（週1回程度）</p>
健康管理	<p>入所時に簡単な健康チェックを行います。</p> <p>日々看護職員よりバイタル確認を行い、緊急等必要な場合には主治医、或いはその他の医療機関等に引き継ぎます。</p> <p>医療機関に通院する場合は、家族の付き添いを原則お願いします。</p>
相談および援助	<p>当施設は、利用者およびその家族からの相談についても誠意を持って応じ、必要な援助を行うよう努めます。</p>
送迎	<p>身体状況等必要に応じた施設車輛等で入退所の送迎を行います。初回や半年程度利用が空いたご利用は、家族または利用者代理人の付き添いが必要な場合があります。</p> <p>※ なお、日曜祝日の送迎は行っていません。</p>
送迎エリア	<ul style="list-style-type: none"> ・台東区内 ・その他のエリアについては営業圏域外として実費を頂く場合があります。

サービス提供対象者	・台東区に在住の方（原則として）
-----------	------------------

3. サービスの利用方法

申込	<p>担当の介護支援専門員により、FAXでお申し込み下さい。利用の予約は、毎月1日に2ヶ月先の月分の予約が可能です。空床であれば、随時予約を受け付けています。</p> <p>1回の利用の限度を8日間とさせていただきますが、事情により相談に応じます。</p> <p>利用期間決定の後、契約を結びます。</p> <p>なお、利用の予約は所定の方法により出来ます。</p> <p>居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員と相談下さい。</p>
----	--

4. 当施設利用の際の留意事項

来訪・面会	<p>面会時間は、18時までにご退出ください。それ以降はご遠慮下さい。</p> <p>早朝や深夜の時間帯は、外部からの進入等、安全管理のため1階出入口を施錠します。早朝・夜間で、急を要する場合は、電話等で連絡をお願いします。</p>
外出	<p>外出時のお願い</p> <p>予定がありましたら事前に連絡を下さい。お出かけ前に職員に声かけ下さい。服薬などあればお渡しします。帰苑予定の時間もわかりましたらお知らせ下さい。お戻りになりましたら職員にお知らせ下さい。外出時、何か召し上がってきた時は一言お知らせ下さい。</p>
入院中のベッド等での受入	<p>短期入所生活介護サービス枠のベッド満床の時などは、特別養護老人ホームの入所者が医療機関へ入院している期間を活用し、5ベッドまで短期入所生活介護サービスとして受入れます。通常の部屋とは異なります。</p>
居室・設備器具の利用	<p>施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償して頂く場合がございますのでご了承下さい。</p>

喫煙・飲酒	<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙 全館禁煙になっております。 ・飲酒 病院ではないので特に飲酒の量や時間の規定はありませんが、酒の量や時間は常識の範囲で、ほかの利用者の迷惑にならないようお願いいたします。健康上制限の必要な方は、主治医と相談して下さい。
迷惑行為	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品の管理	居室のタンス及び居室のスペースに置ける程度のものをお持ち下さい。また、災害時、居室よりベランダへの避難路を確保できるようにお願いします。
現金等の管理	ご利用者が手元での現金管理は必要最低限のお小遣いの範囲でお願いします。自己管理が無理な場合は、ご相談下さい。
宗教活動 政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動は禁止です。
動物の持込	施設内へのペットの持ちこみは、アレルギー体質のご利用者も居る場合がありますので、ご遠慮下さい。
その他	<p>他の利用者に対して迷惑及び危険を及ぼすような行為をしないで下さい。</p> <p>事業所の施設や設備等は、その本来の用途に従って使用し、故意に破損させたり変更を加えたりしないで下さい。</p> <p>利用者の生命及び身体の安全を確保し、適切にサービスを提供するために事業者およびサービス従業員が行う指示に従って下さい。</p>

(以上の留意事項につき、利用者及び利用者保証人により守られず生じた結果には、事業者として責任を負いかねる場合があります。)

5. 身体拘束の禁止

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わないことを約束します。ただし、自身を傷つけまたは他人に害を及ぼすおそれがある等、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には以下のようにします。

(1) 事業者が利用者に対し隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限する場合は、利用者または利用者保証人に対して事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明いたします。

(2) 事業者が利用者に対し隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限した場合には、介護サービス記録に次の事項を記載します。

- ①利用者に対する行動制限の根拠とその内容。
- ②見込まれる期間及び実施された期間。

(3) やむを得ず、利用者の行動を制限する場合には、所定の覚書を締結します。

6. サービスの中止

短期入所生活介護サービス利用契約書第14条（本サービスの中止）に記載のとおり。

第14条（本サービスの中止）

天災などの事業者の責に帰すべからざる事由により本サービスの提供ができなくなった場合、事業者は利用者に対する本サービス提供の義務を負いません。

7. サービスのキャンセル

短期入所生活介護サービス利用契約書第7条（料金）—4項および契約書別紙2-（6）（キャンセル料金）に記載のとおり。

第7条（料金）

4. 利用者または利用者保証人が事業者に対しキャンセルを申し出た場合、契約書別紙に定めるキャンセル料を請求する場合があります。

別紙2-（6）キャンセル料金

①利用開始予定日以前のキャンセル

入所前に利用者又は利用者保証人の都合でサービスをキャンセルする場合、下記のキャンセル料がかかります。

入所日の7日前までに 連絡を頂いた場合	無 料
入所日の7日前までに 連絡を頂かなかった場合	7日分を限度に1日当たり 850円 を頂きます。

②利用中のキャンセル

入所中に利用者又は利用者保証人の都合でサービスをキャンセルする場合、下記のキャンセル料がかかります。

入所中に連絡を頂いた場合	連絡を頂いた翌日から7日分を限度に 1日当たり 850円を頂きます。
--------------	---------------------------------------

8. 契約の終了

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利用契約書第17条（契約の終了）に記載のとおり。

第17条（契約の終了）

利用者は、契約の定めるところに従い事業者が提供するサービスを利用することができます。但し、次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ①利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合。
- ②利用者が介護保険施設に入所した場合。
- ③利用者または利用者保証人等が、本契約書および各条項に従わない場合。
- ④利用者が死亡した場合。

9. 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合には区市町村、利用者の家族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、前項の事故の状況および事故に際して取った処置を記録します。
- (3) 事業者は、利用者に対する介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生し、損害が生じた場合には、損害賠償を行います

10. サービス内容に関する相談、苦情

- (1) 当事業所のサービスについて、不明な点や疑問、苦情がございましたら、窓口業務の営業時間内(日祭日を除く)9:00～17:00の時間帯で当法人各事業所の相談窓口まで相談下さい。

事業所名	台東区立特別養護老人ホーム台東
担当者	生活相談員
電話番号	03-3834-4435
ファックス番号	03-5807-5738
E-mail	t-taito@kenshukai.or.jp

- (2) その他当施設以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。
台東区 介護保険課相談担当 電話03-5246-1245
〒110-8615 台東区東上野4-5-6

- (3) その他東京都での介護サービス苦情相談窓口

- ①東京都国民健康保険団体連合会

介護保険部 介護相談指導課 介護相談窓口

電話 03-6238-0177

〒102-0072 千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階

- ②東京都介護保険 制度相談窓口

福祉保健局 高齢社会対策部 介護保険課

電話03-5320-4597

〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1 都庁第一本庁舎23階

9. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況 (いずれか1つ以上の開示です)	

年 月 日

短期入所生活介護サービスを提供するにあたり、利用者に対して本書面および契約書ならびに契約書別紙に基づいて重要事項を説明しました。

〈事業者〉 (住 所) 東京都江戸川区西一之江四丁目9番24号
(事業者名) 社会福祉法人 健修会
(代表者名) 理事長 白川 理香 印

〈説明者〉 (所属・職種) 短期入所生活介護 相談員
(氏 名) _____ 印

私は、本書面および契約書ならびに契約書別紙に基づいて、事業所から短期入所生活介護についての重要事項の説明を受けました。また、この内容に同意します。

〈利用者〉 (住 所) _____
ふりがな
(氏 名) _____ 印

〈利用者保証人〉 (住 所) _____
ふりがな
(氏 名) _____ 印

(続 柄) _____

下記の理由により利用者に代わり上記の契約につき説明を受けその内容を理解しました。

〈署名代理者又は法定代理人〉

(住 所) _____
ふりがな
(氏 名) _____ 印

(続 柄)

(理 由) _____

