

ご利用について

医療法人社団 聖愛会

短期入所生活介護施設

ショートステイ とやま

〒731-3272

広島市安佐南区沼田町吉山 980-1

TEL 082-839-3935

FAX 082-839-3940

I 重要事項説明書

1. はじめに

本重要事項説明書は、当事業所の利用をお申込みの皆様方に対し適切な介護保険サービスを提供するため、あらかじめ、当事業所の概要、事故発生時の対応、苦情処理の体制及びサービス選択などの重要事項についてまとめたものです。

これらの内容について当事業所担当者からご説明致しますが、十分ご理解いただいた上でのご利用をお願い申し上げます。

2. 事業所の概要

事業所名	医療法人社団聖愛会 短期入所生活介護施設ショートステイとやま
開設年月日	平成 26 年 7 月 1 日
所在地	〒731-3272 広島市安佐南区沼田町吉山 980-1
管理者	仲信 敏紀
介護保険指定番号	3470211065
電話	(082)839-3935
ファックス	(082)839-3940
入所定員	21 人

3. 事業所の職員、勤務体制

職 種	人数
管理者(介護職員兼務)	1 人
医師	1 人以上
生活相談員(介護職員兼務)	2 人以上
看護職員	6 人以上
介護職員	8 人以上
栄養士	1 人以上
機能訓練指導員	1人以上

※職員数は入退職により変動します。

4. 運営規程の内容

別途、お渡し致します運営規程をご覧ください。

5. 事故発生時の対応について

当事業所のサービス提供を原因とした事故が発生した場合は、利用者のご家族様、保健所などに適宜連絡するとともに、必要な措置を講じます。

6. 苦情等の申し出について

当事業所の提供するサービスに対する苦情や要望につきましては、いつでもお気軽に苦情相談窓口（生活相談員）あるいは管理者までお申し出ください。迅速かつ適切に対応し、それぞれの内容に沿って改善させていただきます。

7. 緊急時の対応について

ご利用期間中、加齢に伴う認識力や運動能力の低下による転倒・転落や誤嚥等の事故の発生が考えられます。そのため、心身の状態が急変した場合に医師や看護師の判断により協力医療機関等へ入院措置を講じる場合があります。その際、急を要する時は、連絡が事後になる場合がありますので、ご理解をお願いいたします。

8. ご利用料金について

厚生労働大臣の定める基準により、介護保険内サービスは、その1割から3割の額をお支払いいただきます。

また居住費（平成17年10月1日介護保険法改正）、食費（介護保険法同改正）、理美容代、その他日常生活上の便宜に係る費用につきましては別途お支払いいただきます。

その他介護保険外のサービスとして洗濯などがございます。

詳細は、別紙の[利用料金表](#)、[利用料金明細表](#)をご覧ください。

9. 病院入院による退所扱いについて

ご利用中病状の急変により病院に入院された場合、当事業所は退所の扱いとなります。

退院後、再度利用を希望される場合は、改めて利用申込み手続きをしていただくことになります。その場合、定員の都合上、利用時期のご希望に添えない場合もありますので、ご了承願います。

10. 当事業所での医療的な対応について

ショートステイをご利用中に、医療的な対応が求められる場合、当事業所の配置医（嘱託医）が対応させていただきます。しかしながら、配置医師が当事業所での対応は困難と判断した場合や、配置医師の不在時には、ご家族様の対応で医療機関へ受診をしていただくことがあります。また、夜間や緊急な対応が必要な場合等、ご家族様の了解を得るより先に救急車で搬送させていただく事があります。

なお、歯科については協力医療機関の対応により、当事業所での受診が可能です。

11. 協力医療機関等

病 院	住 所	電 話
ぎおん牛田病院	広島市安佐南区西原8丁目29-24	082-850-3116
牛田クリニック	広島市東区牛田本町1丁目5-14	082-223-3020
中村歯科クリニック	広島市本川町2-1-24	082-503-6480

12. サービス提供記録の開示

利用者本人からサービス提供記録の開示を求められた場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供します。

13. 個人情報の使用

利用者及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用させていただきます。

記

① 使用する目的

当事業所でのサービスを円滑に提供するため。

② 使用する範囲

当事業所でサービスを提供する職員、その他の関係機関等。

③ 使用する期間

当事業所でのサービス利用期間及びその前後に実施されるケアカンファレンス等が終了するまで。

④ 条 件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に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、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

14. 第三者による評価の実施状況

実施の有無 : 無

Ⅱ 個人情報の利用目的について

当法人では個人情報を業務上必要な範囲において利用します。
下記目的以外に利用しません。

- ① 提供する介護サービス
- ② 介護保険請求のための事務
- ③ 当法人の行う管理運営業務(会計、経理、事故報告、サービスの質向上など)
- ④ 他の医療機関、介護機関との連携
- ⑤ 家族等への状況説明
- ⑥ 行政機関等、法令に基づく照会、確認
- ⑦ 賠償責任保険等に係る専門機関、保険会社への届出、相談
- ⑧ その他公益に資する運営業務(基礎資料の作成、実習への協力、職員研修等)

事業所名:医療法人社団 聖愛会
代表者名:理事長 島筒 和史

Ⅲ 自然災害発生時の対応について

介護老人保健施設とやま、ショートステイとやまの所在地は「土砂災害警戒区域」「土砂災害特別警戒区域」に指定されています。

ご利用中に気象庁、自治体からの警戒情報発令または台風、大雨により自然災害が発生する可能性があります。情報を基に避難誘導が必要になる場合がありますが、毎回避難所へ誘導することは危険かつ利用者様の身体的、精神的な負担が大きいため、避難を行う場合、とやまでは建物内で山と反対側(ショートステイとやま側)または上階への垂直避難を基本としています。

引き続き定期的な避難訓練、研修会の開催、食料と物資の備蓄、自家発電設備の設置など、利用者様に可能な限り安心して過ごしていただける体制づくりに努めています。上記の対応についてご理解ください。

IV 利用時リスク説明書

リスク説明担当者: _____

ショートステイとやまでは利用者が快適な入所生活を送れますように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

《高齢者の特徴に関して》(ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。)

- 1. 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- 2. ショートステイとやまでは原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性がります。
- 3. 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 4. 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- 5. 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲あっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 6. 高齢者の爪は変形していることが多く、爪切りの際に出血する恐れがあります。
- 7. 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 8. インフルエンザやノロウイルス等の感染症に感染する恐れがあります。
- 9. 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- 10. 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師または看護師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

このことは、ご自宅でも起こりうることで、十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。

なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

V 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

お申し込み手続

1. 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護お申し込みの手続

担当者より、重要事項説明書等により当事業所のサービス内容をご説明させていただきますが、内容をご理解いただいた上で、同意書にご署名押印ください。

2. 手続に必要なもの

初回のご利用までに以下の書類をご持参ください。

なお、その後内容に変更がございましたら、その都度ご連絡ください。

2.1 必ずお持ちいただく物

コピー： ●介護保険被保険者証 ●後期高齢者医療被保険者証(健康保険証)

原本： ●誓約書 ●同意書

2.2 お持ちの方のみ

全てコピー： ●被爆者健康手帳 ●身体障害者手帳

●重度障害者医療費受給者証 ●介護保険負担限度額認定証

3. ご用意いただくもの

ご利用毎にご用意いただくものは次のとおりです。

必ず、全てにご本人様のお名前をご記入ください。

衣類関係	上着・ズボン各 3～4 枚ずつ、下着(パンツ・ズボン下)3～4 枚、肌着 3～4 枚、靴下 3～4 足、パジャマ(ご自分で更衣可能な方)
履物関係	履物(運動靴等) 1～2 足
洗面関係	歯ブラシ 1 個、コップ1個(割れにくい物)
その他	薬(現在服薬中のもの)、お薬手帳、ウェットティッシュ(必要な人のみ)、箱ティッシュ(必要な人のみ)、電気カミソリ(男性のみ)、水筒

※紙おむつ・紙パンツ・尿取りパットは当事業所にて無料で提供致します。

4. 利用中のサービスについて

明るく楽しく家庭的な雰囲気のもとで、利用者の方々がにこやかに個性豊かに生活していただけるように配慮します。

4.1 居室

居室は、個室、多床室(4人部屋)があります。

詳細は利用料金表をご参照ください。

4.2 食事

食事時間はおおむね次のとおりです。

朝食	7:30 ~ 8:30
昼食	11:30 ~ 12:30
おやつ	15:00 ~ 15:30
夕食	17:30 ~ 18:30

4.3 入浴

入浴は週2回あります。

利用者の身体の状態に応じて中止する場合がありますので、ご了承ください。

その際は、清拭・足浴などにより清潔を保つようにします。

4.4 面会

面会時間は原則として午前 10:00～午前 11:00・午後 13:30～午後 16:00までです。面会の場合、玄関にある面会簿にお名前をご記入の上、職員にお声をおかけください。

4.5 飲食物

面会時、利用者の方へ飲食物をお持ちいただいても構いませんが、健康上必要最小限(面会時に食べられる量)でお願いいたします。

尚、おやつなどお持ちいただく際は、生ものは禁止です。また、面会時に食べきれぬ量にし、残りはお持ち帰りください。そして他の利用者へお渡しにならないよう、ご協力をお願いします。またお持ちの際はできるだけ職員にお声をおかけください。

4.6 理美容

毎月1回、外部業者が当事業所において理美容を行います。希望される方は、職員までお申し出ください。理美容料金は別途必要となります。

4.7 洗濯

施設での洗濯を希望される方は、職員までお申し出ください。

5. 利用料金のお支払いについて

当事業所利用料のお支払いについては、月末締め翌月10日までには請求書を郵送いたしますので、できるだけお振込又は口座引き落としでお支払いいただきますようお願いいたします。

なお、当事業所の職員に対する心づけ、中元、歳暮などは、固くお断り致します。なにとぞご協力をお願い致します。

ア. 下記指定口座への振込 ※振込手数料が発生します。

銀 行	: 広島銀行
支 店	: 安支店(やす してん)店番 039
口座番号	: 3067741
預 金	: 普通預金
名 義 人	: 医療法人社団 聖愛会 (リョウホウジンシャダシ セアイカイ) 理事長 島筒 和史 (シマツツ カズフミ)
名義人住所	: 〒731-0113 広島市安佐南区西原八丁目 29-24
電 話	: 082-850-3116

金融機関	: 広島市農業協同組合
支店	: 伴支店(ともしてん)
口座番号	: 0003034
預金	: 普通預金
名義人	: 医療法人社団 聖愛会 理事長 島筒 和史
名義人住所	: 〒731-0113 広島市安佐南区西原八丁目 29-24
電 話	: 082-850-3116

イ. 収納代行会社「リコーリース(株)」との委託契約により、下記のとおり口座から振替(自動引き落とし)集金させていただくこともできます。

- (1) 金融機関: 郵便局を含む全ての金融機関
- (2) 支払者: ご利用者以外の方の預金口座からも引き落としできます。
- (3) 手数料: 全て法人で負担いたします。
- (4) 当月の20日に引き落としとなります。

ウ. 現金による支払

※「イ」を除き末日までに事務所にて、お支払下さい。(日曜を除く)

6. その他

6. 1 居室で電気器具をご使用になられる方は、職員にお申し出ください。
6. 2 現金及び貴重品の類は、万が一紛失されても、当事業所での責任は負いかねますので、出来るだけお持ちになれませんようお願いいたします。
6. 3 保険証の内容及び保証人等に変更があった場合、必ずご連絡ください。
6. 4 飲酒・喫煙は利用者の健康管理上および他の入所者への影響を配慮し、禁止しております。
6. 5 消灯は午後9時としております。

VI 利用誓約について

ご利用にあたり、ご本人及びご家族または代理人の方には下記の事項を守り、誓約していただきます。

- ① 貴施設のルールを堅く守り、これに反した時は、いつ退所を命じられても異議は申しません。
- ② 療養上または運営上の事由により、ベッドを移室する事があっても異議は申しません。
- ③ 治療上のことは一切を施設側に委任し、その指示には遅延なく従います。
- ④ 利用料、その他の費用は、指定の期日に必ず支払います。もし、支払いを怠った場合は、代理人または家族において完済の責を負います。
- ⑤ その他、本人の身上に関する事項は、代理人または家族において責任をもって指示通りに対処し、施設には迷惑をかけません。

利用料金表(短期入所生活介護/介護予防短期入所生活介護)

ショートステイとやま

項目		単位	料金			
			1割	2割	3割	
介護保険料	基本料金	要支援 1	日	506 円	1011 円	1516 円
		要支援 2	日	629 円	1258 円	1887 円
		要介護 1	日	681 円	1361 円	2042 円
		要介護 2	日	755 円	1509 円	2263 円
		要介護 3	日	831 円	1661 円	2491 円
	加算料金	要介護 4	日	903 円	1806 円	2709 円
		要介護 5	日	977 円	1954 円	2931 円
		看護体制加算Ⅱ(対象の方)	日	9 円	17 円	26 円
		個別機能訓練加算(対象の方)	日	59 円	118 円	177 円
		医療連携強化加算(対象の方)	日	62 円	123 円	184 円
		送迎加算(対象の方)	日	195 円	389 円	583 円
		サービス提供体制加算Ⅰ	日	24 円	47 円	70 円
		介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位×8.3%			
		特定処遇改善加算Ⅰ	所定単位×2.7%			
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位×1.6%					
上記以外の加算が発生する場合は						

項目		単位	料金	
介護保険外	居住費	多床室(4人部屋)	日 915 円	
		従来型個室	日 1231 円	
	食事	食費	朝	380 円
			昼	465 円
			夕	600 円
	テレビ	テレビレンタル代	日 112 円	
	電化製品	持ち込み家電電気代	日 102 円	
	その他	日用品・その他	利用料金明細表参照	
理美容	理美容代	実費		

- ※1 連続して 30 日以上ご利用された場合、31 日目は介護保険が適用されず 10 割負担となります。
- ※2 32 日目からは再度 1 日目となり、介護保険が適用されます。以降※1を繰り返します。
- ※3 31 日目以降は長期利用者提供減算が適用され、退所までの間、1 日あたり 30 単位が減算されます。
- ※4 連続して 30 日を超えない場合でも、区分支給限度基準額を超えた単位は 10 割負担となります。
- ※5 利用料金は介護保険制度改定などの諸事情により、変動する場合があります。

利用料金明細表

1. 日用品費(利用者または家族の希望により選択していただきます。) R1年10月～

品名	料金	品名	料金
ティッシュペーパー	102 円	ニベア	592 円
ウェットティッシュ	255 円	ビニール袋(100 枚)	204 円
歯ブラシ	110 円	電池(単 1)	204 円
入れ歯用歯ブラシ	388 円	電池(単 2)	163 円
ハミングッド	31 円/1 本	電池(単 3)	107 円
プラスチックコップ	214 円	電池(単 4)	92 円
歯磨き粉	184 円	イヤホン	306 円

2. その他

項目	料金
テレビレンタル料	112 円/日
持ち込み家電	102 円/日(1 点)

短期入所生活介護施設ショートステイとやま 利用同意書

ショートステイとやまを利用するにあたり、「運営規程」、「ご利用について（Ⅰ重要事項説明書、Ⅱ個人情報
の利用目的について、Ⅲ利用時リスク説明書、Ⅳ入所手続き、Ⅴ利用誓約について）」、「利用料金表」を受
領し、これらの内容に関して、説明担当者による説明を受け、十分に理解した上で同意します。

医療法人社団 聖愛会 短期入所生活介護施設 ショートステイとやま 管理者 様

令和 年 月 日

【利用者】

(ふりがな) 氏名	生年月日 大正・昭和 年 月 日
現住所 〒	連絡先 () -

【代理人Ⅰ】

(ふりがな) 氏名 職業() 続柄()	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日		
現住所 〒	Tel () - 緊急時() -		
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">極度額</td> <td style="padding: 2px 5px;">700,000 円</td> </tr> </table>		極度額	700,000 円
極度額	700,000 円		

【代理人Ⅱ】

(ふりがな) 氏名 職業() 続柄()	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日		
現住所 〒	Tel () - 緊急時() -		
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">極度額</td> <td style="padding: 2px 5px;">700,000 円</td> </tr> </table>		極度額	700,000 円
極度額	700,000 円		

請求書等の送付先： 代理人Ⅰ ・ 代理人Ⅱ

支払い方法： 口座引き落とし ・ 振込 ・ 窓口払い

被爆者手帳： 有 ・ 無

負担限度額認定証： 有 ・ 無 介護保険負担割合： _____ 割