

重 要 事 項 説 明 書

指定短期入所生活介護事業所

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生省令37号第125条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称 社会福祉法人みなせ福祉会
 法人所在地 湯沢市皆瀬字小野188番地1
 代表者氏名 理事長 兼子 賢一
 電話番号 0183(58)4004

2. ご利用施設

施設の名称 指定短期入所生活介護事業所
 施設の所在地 湯沢市皆瀬字小野188番地1
 管理者名 小南 智子
 電話番号 0183(58)4004
 ファクシミリ番号 0183(46)2900

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	指定年月日	秋田県知事の事業者 指定番号	利用定数
施設 指定介護老人福祉施設	平成16年11月1日	0572850899	60名
居宅 指定通所介護 <small>(地域密着)</small>	平成30年 6月1日	0590700191	18名
指定短期入所生活介護	平成16年11月1日	0572810489	10名
指定居宅介護支援事業	平成16年11月1日	0572810562	

4. 事業の目的と運営方針

事業の目的 地域福祉、在宅福祉の中核施設としての専門性、社会性、機能性等を有効に活用し、利用者一人ひとりの人権・人格を尊重し、身体的、精神的健康の保持向上に努め、施設生活全般において適切な援助及び介護を行い、生活の場としての快適な環境づくりに努める。

運営の方針 1) 人間愛に満ちた健全な施設と環境整備を図り、受容と共感を基軸とした介護援助により、利用者の尊厳ある生活が営めるよう努める。
 2) 老人福祉施設の使命を自覚し、地域との交流を深めながら住民との一体感ある施設づくりに努める。
 3) 施設職員として、常に専門性に裏付けられた資質と処遇技術の向上を図る。

5. 施設の概要

- (1) 敷地面積 17,634㎡
 (2) 施設本体面積 3,830.25㎡ 耐火構造(鉄筋コンクリート平屋建)
 (3) 主な設備

設 備	室 数	面 積 (㎡)	備 考
居室 1人部屋	10	121.00	1人あたり面積 15.125
4人部屋	15	553.80	〃 10.650
食堂	1	121.69	同一使用場所
機能回復訓練室	1	238.52	
浴室(一般浴室・特別浴室)	1	85.48	特殊浴槽1台
医務室(静養室含)	1	39.04	
ホール	1	42.24	

注) 指定基準は1人当たり
 10.65㎡以上
 秋田県条例
 「指定介護老人福祉施設の
 人員、設備及び運営に關す
 る基準」

6. 職員体制（主たる職員）

（令和6年 4月現在）

職種別	職名	基準数 (人)	配置 人員 (人)	雇用形態			保有資格・その他備考
				常勤		非常勤	
				正職員	準・臨		
施設長		1	1	1			社会福祉士
生活相談員		1	1	1			社会福祉士(介護支援専門員兼務)
介護職員	介護長	1	1	1			介護福祉士1名
	副介護長	2	2	2			介護福祉士2名
	リーダー	2	2	2			介護福祉士2名
	介護員	16	男7	4	3		介護福祉士5名
			女9	6	1	2	介護福祉士7名
看護師		3	4	3	1		看護師3名、准看護師1名(機能訓練指導員兼務)
介護支援専門員		1	1	1			介護員兼務
管理栄養士		1	2	2			管理栄養士
技術員			1	1			介助員扱い(送迎・営繕等)
医師	嘱託医	1	1			1	湯沢内科循環器科クリニック(内科他)

注) 介護職員 計22名
ショートステイ人員含む

介護職員及び看護職員の
総数利用者3:職員

1

7. 職員の勤務体制

従事者の職種	勤務体制	勤務時間帯	その他備考
施設長	月～金(4週8休)	8:30～17:30	
生活相談員	月～金(4週8休)	8:30～17:30	
介護支援専門員	月～日(4週8休)	8:30～17:30	
介護職員	変則交代制(4週8休)		
	(1)日勤	8:30～17:30	
	(2)早早番	6:00～15:00	
	(3)早番	7:00～16:00	
	(4)遅番	10:00～19:00	
	(5)遅遅番	12:00～21:00	
	(6)夜勤	20:45～翌7:15	
看護師	変則交代制(4週8休)	8:00～17:00	夜間については、交代で自宅待機を行います。
	早番、日勤、遅番	8:30～17:30、9:45～18:45	
管理栄養士	月～金(4週8休)	8:30～17:30	
技術員	月～金(4週8休)	8:30～17:30	
嘱託医	毎週1回 火曜日回診	13:00～14:00	緊急の場合は、雄勝中央病院へ紹介します。

8. 施設サービスの概要 (1) 施設の日課表

時間 / 曜日	月	火	水	木	金	土	日
6:00	起床介助						
7:30	朝食介助						
8:00	職員引継						
9:00	オムツ交換① トイレ						
10:00	特浴介助・水分補給 Y	一般浴介助	特浴介助	特浴介助	一般浴介助	特浴介助	居室整備
11:00	Y						
12:00	オムツ交換② トイレ	〃	〃	〃	〃	〃	
13:00	昼食介助						
14:00	オムツ交換③ トイレ						
15:00	特浴介助・売店	特浴介助・嘱託医回診	リネン	特浴介助	特浴介助	ふれあい活動	ふれあい活動
16:00	水分補給 Y	消毒・清掃		〃	〃		
18:00	オムツ交換④ トイレ						
19:00	夕食介助						

20:00	就寝準備						
21:00	就前薬投与						
	オムツ交換⑩ トイレ						
~23:00	消灯・巡視						
~5:00	巡視						
	オムツ交換⑩ トイレ						

(2) 介護保険給付サービス内容

介護度に応じた短期入所生活介護計画を作成し、利用者の承諾のもと計画に応じた介護サービスを提供します。又、利用者の状態に合わせ随時計画書の見直しを行います。

【介護・処遇全般】

- ・車椅子等の介護用具を活用し、「寝食分離」を基本に活動－就寝・静養の生活リズムをつけて、「寝かせきり」にならない介護を目標としています。
- ・医療と介護との密接な連携により、医療面での管理比重の高い方でも、安心して生活出来るよう努めます。

①食 事

- ・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。
- ・食事は出来るだけ離床して食堂で、みんなでいただくように配慮します。
- ・利用者の咀嚼・嚥下の状態に応じた食事介助を心掛けます。
- ・食事をする場所（食堂）が心のふれあいと楽しく食事出来る環境づくりを工夫していきます。
- ・食事時間 朝食 7:30~8:30 昼食 12:00~13:00
夕食 18:00~19:00
- あくまで標準時間ですので、利用者にあわせてゆっくり召し上がってもらうよう努めます。
- ・その他、月一回の選択メニュー・年一回の嗜好調査を実施します。
- ・個人の要望にそって、食事の開始時間、メニュー、食事場所等にお応えするよう努めます。
- ・毎食後に口腔ケアの声かけや介助を行います。

②排泄介護

- ・心身の状況に応じ、適切な方法で、排泄の自立をめざします。
トイレ介助は、オムツ使用の方でも尿意がある限りなるべくオムツが外れるよう工夫し、又、出来るだけオムツを使用せず過ごせるように援助します。（定期標準誘導6回 訴え時随時対応）
- ・オムツ交換は、毎回排泄物の観察、清拭を行い清潔感を保ち、プライバシーに配慮するなど心を傷つけないように努めます。（定期交換標準6回 随時対応可能）

③入浴や清拭

- ・特殊浴槽・一般浴槽を活用し、利用者にあった入浴方法で、安全に入浴出来るよう援助します。
- ・基本的には、週2回の入浴日設定ですが、入浴日に入浴出来なかった場合でも、入浴可能となった時点で、入浴出来る体制をとります。（夏場はシャワー浴が毎日可能です）
- ・身体状況等により入浴が困難な場合は、清拭を実施。（随時実施します）

④更 衣

- ・起床時には着替えと整容を、就寝時にも着替えの介助を行います。ただし、自分でできないところのみの介助を行います。
- ・ご本人の要望に添った着衣の選択などにもお応えします。

⑤機能訓練

- ・多職種協働で生活リハビリを行い、身体・精神機能の維持向上に努めます。

⑥相談援助・苦情の受付

- ・入所者や必要に応じて家族に対して生活・介護・環境等に関する相談・助言を提供します。
(施設相談窓口) 受付担当：生活相談員 佐藤咲子
- ・苦情に対応する常設の窓口
(施設苦情窓口) 受付担当：生活相談員 佐藤咲子 (苦情解決責任者) 施設長 小南智子
苦情処理を行うための処理体制
 1. 「相談・苦情受付簿」に記載する。
 2. 関係者及び部署等より苦情についての事実確認を行う。
 3. 関係者及び部署等との協議・連携により対応内容を検討し、管理者の決裁を受ける。
 4. 苦情の改善について、相談者に説明し、対応内容も受付簿に記録しておく。
- ・施設外苦情申立窓口

秋田県国民健康保険団体連合会	電話	018-826-6864
湯沢市福祉事務所 介護保険班	電話	0183-73-2111
湯沢市役所 皆瀬総合支所市民サービス班	電話	0183-46-2111
湯沢市役所 稲川総合支所市民サービス班	電話	0183-42-2111
湯沢市役所 雄勝総合支所市民サービス班	電話	0183-52-2111
秋田県運営適正化委員会	電話	018-864-2726

⑦健康管理

- ・看護師が毎日、健康チェックを行い早期対応・効果的介護に努めます。
- ・基本的な感染症予防対策を行い、利用者の健康を守ります。
*事業継続計画 (BCP) 感染症編 (入所系) に沿った対応、研修、訓練を行います。

⑧生活サービス

- ・寝具は、リース契約にて週一回の交換で清潔さを保ちます。(汚れた時は、随時交換可能)
- ・居室の清掃、施設内での可能な洗濯は毎日担当職員が実施します。

⑨社会的便宜の提供

- ・日常生活上必要な行政機関等の諸手続きで利用者・家族が対応困難な場合の代行手続きを行います。
- ・利用者の年金や金銭の管理を行います。(別途預り金管理委託契約書に基づく)
- ・地元商店に委託し、毎週金曜日に移動売店を開いており、菓子類等の購入が出来ます。
- ・レクリエーション・行事・クラブ活動を提供し、生きがいに努めます。
(ふれあい活動とは、利用者との関わりを深める目的の個別ケアを意味します)

⑩その他

- ・近隣の小中学校のボランティアの受け入れ及び幼稚園・保育所との交流する機会を提供し、楽しんでいただきます。
- ・利用者への宅配便・郵便物の取次等を行います。
- ・各個人用ベット・全てのトイレ・浴室にナースコールを備えてあります。
- ・湯沢市介護相談員が、ご利用者の話し相手・相談相手として施設に来所しています。

(3) 介護保険給付外サービス

①理髪・美容

- ・1ヶ月に一回(第四月曜日)に、地元理容組合の出張による理髪サービスをご利用いただけます。
又、希望があれば、適時近隣の理髪店に出向いて行えるよう便宜を図ります。

②利用中の預かり金の管理

- ・入所中の「小遣い」として、金銭の一時預かり金の保管サービスがあります。(3,000円程度)
このサービスには、金銭出納管理をするに必要な代理権(日用品等の代金支払い、医療費支払い等)も含まれています。
管理運営については、「シャイントピアみなせ 預かり金管理基準」に基づいて行います。

9. 利用料

(1) 保険給付(1日当たり) 区分 利用料 (*介護・看護職員の配置 3:1に基づく1日当たりの単価)
 介護報酬の告示上の額(併設型短期入所生活介護費の1割とその他の自己負担となる利用料の合算額)

(多床室利用)

1. 利用者の要介護度と保険給付額	要支援1 4,730円	要支援2 5,830円	要介護1 6,250円	要介護2 6,940円	要介護3 7,670円	要介護4 8,370円	要介護5 9,060円
2. サービス利用に係わる自己負担額	473円	583円	625円	694円	767円	837円	906円
3. 滞在費(昼分)	一日当たり 915円						
4. 食事に係る自己負担額	一日当たり 1,445円 (朝食 400円・昼食 520円・夕食 525円)						
5. 自己負担額合計	2,833円	2,943円	2,985円	3,054円	3,127円	3,197円	3,266円

*サービス提供体制強化加算Ⅰ 22円含む

(従来型個室利用)

1. 利用者の要介護度と保険給付額	要支援1 4,730円	要支援2 5,830円	要介護1 6,250円	要介護2 6,940円	要介護3 7,670円	要介護4 8,370円	要介護5 9,060円
2. サービス利用に係わる自己負担額	473円	583円	625円	694円	767円	837円	906円
3. 滞在費(昼分)	一日当たり 1,231円						
4. 食事に係る自己負担額	一日当たり 1,445円 (朝食 400円・昼食 520円・夕食 525円)						
5. 自己負担額合計	3,149円	3,259円	3,301円	3,370円	3,443円	3,513円	3,582円

*サービス提供体制強化加算Ⅰ 22円含む

- *この他、一月当たりの総単位数に介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)14%が加算されます。(R6.6.1~)
- *居室・食事について所得に応じた負担軽減があります。送迎を利用した場合は、送迎加算184円(片道)がかかります。
- *負担割合が2割・3割の方は割合に応じて利用料金が変わります。

(2) (1)以外のサービス提供に伴う報酬の加算について

区分 送迎加算 自宅から施設までの片道の送迎費用が加算されます。

保険給付額 (片道) 1,840円×(往復)2=3,680円

自己負担額(保険給付の1割) 368円(往復)

(3) 保険給付以外の利用料

区分 利用料 (自宅:居住地からが基準になります)

送迎費用 施設の通常送迎を行う実施地域(湯沢市及び雄勝郡)以外の地域から施設利用される方からの送迎費用

①実施地域から片道10キロメートル未満 700円

②実施地域から片道10キロメートル以上 1,500円

理容・美容 理髪サービス1回1,500円

10. 協力医療機関と医療

- (1) 医療機関の名称 湯沢内科循環器科クリニック
院長名 山本 久 (嘱託医)
所在地 湯沢市沖鶴215番地1
診療科目 内科・循環器科・呼吸器科
入院設備 病床なし
協力契約の内容 ①利用者への定期的な診察 (回診)
(週一回 2時間)
②利用者が急変した場合の緊急対応措置
③利用者が入院が必要となった場合の他医療機関への紹介
(協力病院：雄勝中央病院)
- (2) 入所者の医療 1. 病気やけがの治療は施設の嘱託医または利用者が選択する医療機関で受けていただくことになり、医療費は医療保険制度で支給される以外の費用は利用者の負担となります。
但し、検査及び短期間の入退院の手続きや送迎については、利用者の介護支援専門員を通じて調整を図っていただきます。
2. 通院時の付き添いは、ご家族の責任においてお願いします。ご家族で付き添いが困難な場合は、利用者の介護支援専門員を通じて、通院付き添いの調整を図っていただきます。

11. 非常時災害時の対策

- 非常時の対応 別に定める「シャイントピアみなせ 消防計画」により対応します。
非常通報の体制 非常通報体制は全職員での連絡体制を確保しています。
近隣との協力体制 皆瀬村消防団第二分団 (菅生部落) と、年一回の「総合防災訓練」を通して応援協力体制を確保しています。
平常時の訓練と防災設備 別に定める「シャイントピアみなせ 消防計画」により、年2回以上夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。
防災設備の概要 【主な消防用設備】
・消火器 20本 ・屋内消火栓設備 12カ所 ・防火扉 4カ所
・自動火災報知器 ・非常警報設備 ・誘導灯、誘導標識 ・自家発電設備
*事業継続計画 (BCP) 自然災害編 (入所系) に沿った対応、研修、訓練を行います。

12. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

- ①事故発生時の対応
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は、速やかに市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、利用者の病状に急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等必要な措置を講じます。
又、事故が生じた際には、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
事故補償 施設サービス提供上、不可抗力的に生じた損害、事故の補償については、利用者・施設双方で協議することとします。
尚、当施設は「社会福祉施設総合賠償補償共済制度：しせつの共済」に加入しています。
- ②来訪・面会 来訪者は、面会時間を遵守し「面会カード」を記入の上、職員に届けて下さい。
面会時間の設定：概ね午前8時30分から午後7時迄の間と致します。
- ③外出 外出の際には、必ず行く先と施設に戻られる予定時間を職員に申し出て下さい。
- ④居室・設備・器具の使用

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、賠償していただくことがございます。

⑤喫煙・飲酒 喫煙は所定の場所に限りさせていただきます。
尚、飲酒については、当施設では「行事」の際に楽しんで頂くことにしておりますが、個人の嗜好は尊重いたします。

⑥迷惑行為 けんか、暴行、中傷、口論など他人に対する迷惑行為はしないで下さい。

⑦所持品の管理 利用時に「物品預り表」を確認していただきます。尚、原則的に所持品は日常生活用品に限り、貴重品は避けて頂きます。

⑧現金等の管理 現金等の管理を施設に依頼される場合は、施設に預けることができます。
管理する金銭の限度額：短期入所の期間の範囲において、日常生活に必要な最小限の受け払いを代行致します。
お預かりするもの：入所中の小遣い程度（2週間で3,000円位とお考え下さい）
保管場所：現金（保管責任者 庶務事務員／保管場所 事務室大金庫）
保管管理者：事業所管理者が責任を持って管理します。
但し、利用者との利用契約期間が終了した場合は、直ちに入所者及び身元引受人にお引き渡し致します。

⑨宗教活動・政治活動
施設内で他の人に対して、自身の信心している宗教活動や政治活動を強要しないで下さい。

1 3. 利用契約期間等

利用契約の詳細は契約書、運営規程等にもとづき開始されます。
また契約書、運営規程上の契約の解除項目に該当する場合は契約が終了することになります。
主な例は、以下の通りです。

①利用料の滞納や伝染性疾患の罹患と治療上の必要性、利用者本人の行動による他の利用者への影響等

②介護認定の更新による要介護認定非該当の結果の場合

1 4. 第三者評価について 当施設では実施しておりません。

私は、本書面に基づいて短期入所生活介護サービス契約書乙の職員（職名 生活相談員 氏名 佐藤咲子）から上記重要事項の説明を受け、当該施設から短期入所生活介護サービスの提供を受けることについて同意の上、受領しました。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

* 署名代行は身元引受人又は成年後見人及び地域権利擁護制度で指定する生活支援員に限る。

利用者の身元引受人等 住所 _____

氏名 _____ 印

