

ショートステイ重要事項説明書 20250401

1 ケア・ステーション淨信館短期入所生活介護および介護予防短期入所生活介護（以下、短期入所生活介護および介護予防短期入所生活介護の総称を「ショートステイ」という）の概要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	ケア・ステーション淨信館
所在地	青森県八戸市一番町2丁目3番地12
電話番号	0178 - 27 - 5599 (代表 0178 - 27 - 6844)
FAX番号	0178 - 27 - 7452
事業所番号	0270301831

(2) 当事業所の職員体制

職名	人数	業務内容
管理者	1名	従業者及び業務の管理
医師	1名以上	利用者の健康管理及び療法上の指導
生活相談員	1名以上 (常勤換算方法)	利用者の生活相談、処遇の企画、実施
介護職員(生活支援員) ・看護職員	10名以上 (常勤換算方法)	【介護職員(生活支援員)】 利用者の日常生活全般にわたる支援業務 【看護職員】 利用者の保健衛生及び看護業務(機能訓練指導員と兼務)
機能訓練指導員	1名以上	機能訓練指導(看護職員と兼務)
栄養士	1名以上	食事の献立、栄養計算、栄養指導

(3) 当事業所の設備の概要

定員	28人	居室	個室28室(全室11㎡以上、各部屋に洗面台あり)
医務室	1室	共同生活室	4室(うち3つ 対面キッチンあり)
相談室	1室	トイレ	洋式 10カ所(うち車いす対応トイレ7カ所)
		浴室	3室(一般浴室2室、寝浴室1室 うちリフト3台)

2 当事業所のショートステイの特徴等

(1) 運営の方針

- ① 短期入所生活介護では、事業者は、利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用中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、自律的な日常生活を営むことを支援することにより、利用者の心身の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ことに資するよう、計画的に行うものとします。
- ② 介護予防短期入所生活介護では、事業者は、利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用中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、自律的な日常生活を営むことを支援することにより、

利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上に資するよう、計画的に行うものとします。

- ③ 事業者自らその提供する短期入所生活介護の質の評価を行ない、常にその改善を図るものとします。
- ④ ショートステイの提供にあたっては、短期入所生活介護計画または介護予防短期入所生活介護計画に基づき、利用者が自律的な日常生活を営むことができるよう、心身の状況等に応じた適切なサービスの提供を行います。
- ⑤ ショートステイの提供にあたる従業者は、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行ないます。
- ⑥ ショートステイの提供にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供を行ないます。
- ⑦ 事業の実施にあたっては、市町村、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所等、他の介護老人保健施設等の保健、医療、福祉サービスとの連携に努めます。

(2) サービス利用のために

事 項	備 考
従業員への研修の実施	年10回以上研修を実施しています。
サービスマニュアル	サービスマニュアルに添った適切なサービスを提供します。
身 体 的 拘 束	<p>サービス提供にあたり、利用者または他の利用者の生命又は身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体を拘束し、あるいはその他の利用者の行動を制限することはしません。</p> <p>利用者の行動を制限する場合、利用者に対し事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明し、かつ事前または事後速やかに利用者のご家族に対し、利用者に対する行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について説明します。</p> <p>利用者の行動を制限した場合は、1)利用者に対する行動制限の根拠、内容、見込まれる期間、及び実施された期間、2)利用者に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要をショートステイサービス提供記録に記載し、記録します。</p>

(3) サービスの利用に当たっての留意事項

面 会	面会時間 午前 9時 00分～午後 7時 00分まで
外 出 ・ 外 泊	外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。 外泊の際には、必ず行き先と外泊先の電話番号を申し出てください。
飲 酒 ・ 喫 煙	当施設内での飲酒は決められた箇所をお願いします。但し、ご本人様の健康を害さないよう、職員が管理・保管させていただきます。 全館禁煙となっております。喫煙は所定の場所をお願いいたします。
金銭、貴重品の管理	金銭、貴重品は事務室へお預けください。
所持品の持ち込み	持込は職員に申し出て、許可を得てください。
設備、器具の利用	取扱方法を職員から聞き、大切に使用してください。

3 サービスの内容

サービス	内 容
食 事	朝食 午前7時30分～9時 昼食 午後0時～午後0時45分 夕食 午後5時30分～6時15分 体調不良などで提供時に召し上がれなかった場合は、各ユニットの冷蔵庫で保管し、食欲が出てきた時点で温めなおして提供します。
入 浴	週に最低2回、入浴のお手伝いをいたします。
生 活 相 談	生活相談員に、日常生活に関することなどについて相談できます。
機 能 訓 練	座位保持訓練、歩行訓練等、日常生活を通じて機能訓練を行ないます。
介 護	毎日の口腔ケアや起床時及び就寝時の着替えの介助、食事介助、入浴介助、排せつ介助等、必要な介護を行ないます。
健 康 管 理	医師及び看護師が定期的に健康チェックを行ない、異常時には医師の指示のもと対応します。
レ ク リ エ ー シ ョ ン	書道、パズル等、利用者の状態に応じて活動を行ないます。

4 通常の実施地域

通常の事業の実施地域は、

八戸市、五戸町、おいらせ町、階上町、南部町、三戸町（目時地区、梅内地区、及び川守田地区）の区域を原則とします。

5 利用料金

(1) 料金表

別紙（利用料について）の通り定めております。

(2) 料金の支払方法

毎月、15日までにショートステイ契約書で指定された請求書の送り先に前月分の請求をいたします。

※自動振替の場合には通帳に記載される明細がお支払いの証明となります。

お支払い方法は、郵便局預金口座自動振替、みちのく銀行口座振替、その他の銀行口座振替の中から選べます。

(3) 連帯保証人

連帯保証人は、万一の場合に契約者に代わり債務を保証していただける方で、独立した生計を営み利用料その他支払い能力のある成人者としてください。

(4) サービス提供記録の複写物の交付を請求された場合はコピー代金を請求いたします。

モノクロ10円 カラーコピー100円

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当施設の相談員がお伺いいたします。

※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に利用者の担当となっている介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① 利用者やご家族などのご都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。解約は、文書でのお申し出によりいつでもできます。その場合、その後の予約は無効となります。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了1か月前までに文書で通知します。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ア. 要介護等認定更新において利用者が自立と認定された場合。
- イ. 利用者が介護老人福祉施設に入所した場合。
- ウ. 最終利用月から2年間サービスを利用しなかった場合。
- エ. 利用者が亡くなられた場合

④ 契約の解除若しくは解約があった場合

契約書第12条に基づき、以下の場合にはサービスを終了いたします。

- ア. 利用料の滞納があった場合
- イ. 利用者が法令違反あるいは、秩序破壊行為を行い、改善の見込みがない場合
- ウ. 利用者及び契約者が、事業者の申し入れする利用料の変更に承諾しない場合
- エ. 利用者のもつ伝染性の疾患により、他の利用者への感染の恐れがあり、治療が必要な場合
- オ. 利用者の行動が他の利用者の生命、健康および精神面に重大な影響を及ぼす場合
- カ. 事業者の提示する安全のための方策に、正当な理由なく利用者が従わないことが継続する場合。
- キ. ハラスメント問題が発生し、事態が回復しない場合。

⑤ その他

契約者が、サービス利用料金の支払を1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当施設に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。なお、この場合、契約の終了後の予約は無効となります。

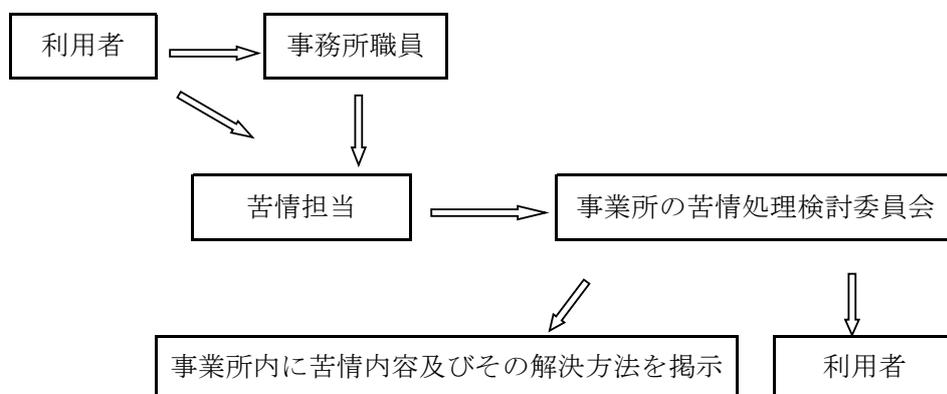
7 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

苦情解決責任者 玉田 美千栄
担当者 渡辺 梨沙
電話 0178 - 27 - 5599 FAX 0178 - 27 - 7452
受付日 月曜日～金曜日（ただし祝日及び12月30日～1月3日を除く）
受付時間 午前 9 時～午後 4 時

(2) 苦情処理体制

〈苦情処理フロー〉



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び青森県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- ① 八戸市 介護保険課 0178-43-9292
- ② 青森県 国民健康保険団体連合会 017-723-1336

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

なお、救急搬送に職員が同乗した場合、職員が施設に帰る手段はタクシーを使用します。その場合のタクシー運賃は実費で請求させていただきます。

9 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、事業所の介護サービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、事業所が契約している損害賠償保険により損害賠償いたします。（当事業所は日本興亜損害保険株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。）但し、事業所に故意・過失がないことを証明した場合はこの限りではありません。

10 非常災害対策

防災時の対応	119番通報、初期消火を実施し、状況により避難及び退避させる。 地震・風水害、悪天候時に状況により避難及び退避させる。
防災設備	消火器、警報装置、スプリンクラー等
防災訓練	年2回避難訓練を実施する。
防災責任者	小坂 忍
防火責任者	石田 聡

11 ハラスメント対策

利用者及び家族と事業者がお互いに信頼関係を築きより良い介護を提供し続けられるよう、ハラスメント（迷惑行為）に当たる以下のような行為は慎んでくださいますようお願い致します。尚、事業者が事態の回復が見込めないと判断した場合には、契約書14条に基づき契約を解約させて頂く場合がありますのでご理解ください。

※介護現場におけるハラスメントの定義

①身体的暴力…身体的な力を使って危害を及ぼす行為。（職員が回避し危害を免れた場合も含む）

例)		
<ul style="list-style-type: none"> ・物を投げつける ・蹴る ・手を払いのける ・服を引きちぎる 	<ul style="list-style-type: none"> ・叩く ・手をひっかく ・つねる ・水などをかける 	<ul style="list-style-type: none"> ・首を絞める ・杖などを振り回す ・唾を吐く <p style="text-align: right;">等</p>

②精神的暴力…個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、貶めたりする行為。

例)	
<ul style="list-style-type: none"> ・怒鳴る ・大声を発する ・脅す ・威圧的な態度で文句を言い続ける ・「この位は出来て当然」と理不尽な要求をする ・職員に対して批判的な言動を繰り返す 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定の職員に対し嫌がらせをする ・家族が利用者の発言を鵜呑みにし、理不尽な要求をする ・通常のサービス以外の要求をする <p style="text-align: right;">等</p>

③セクシャルハラスメント…意に添わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的な嫌がらせをする行為。

例)

- ・必要もなく職員の身体を触る
- ・卑猥な言動を繰り返す
- ・女性のヌード写真等を見せる
- ・あからさまに性的な話をする

等

④その他、ハラスメントとして該当すると認めた行為。

例)

- ・利用者間の公平性に反する要求(自分だけ特別扱いして欲しい等)を繰り返す
- ・土下座の要求をする
- ・インターネット上での名誉棄損やプライバシーを侵害する行為を行う。
- ・スタッフへの長時間に及ぶ時間的拘束

等

1.1 個人情報の保護

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の個人情報を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従事者であった者は、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の個人情報を漏らしません。
- (3) 事業者では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者またはご家族の個人情報を用います。

令和 年 月 日

ショートステイの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 青森県八戸市一番町二丁目3番地12
名称 株式会社コサカ・ライフサポート
ケア・ステーション淨信館

説明者氏名

印

私は、本書面により、事業者からショートステイについての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者(契約者) 住所

氏名

印

身元引受人 住所

氏名

印