

# 重要事項説明書

遠賀中間医師会

ショートステイ おかがき

# 短期入所生活介護サービス及び介護予防短期 入所生活介護サービス重要事項説明書

## 1 事業者の概要

事業者の名称	遠賀中間医師会
法人の所在地	福岡県遠賀郡水巻町下二西 2 丁目 1-33
法人種別	一般社団法人
代表者氏名	堤 康晴
電話番号	093-201-3461

## 2 ご利用施設

施設の名称	ショートステイ おかがき
施設の所在地	福岡県遠賀郡岡垣町大字手野 145 番地
管理者名	高崎 弘嗣
電話番号	093-281-5117
FAX 番号	093-281-5119

## 3 事業の目的と運営方針

### (1) 事業の目的

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ため、要介護者又は要支援者に対し、適切な短期入所生活介護を提供することを目的とする。

### (2) 運営方針

利用者が要介護状態になった場合においても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、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世話及び機能訓練を行うことにより、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ものとする。

### (3) ショートステイ おかがきの理念

安心・安全・信頼のある介護サービスをとおして、在宅での生活に援助を行い地元の皆様に貢献できるように努める。

4 ご利用施設で実施する事業

事業の種類	県知事の事業者認定		定員
	指定年月日	指定番号	
短期入所生活介護	平成 28 年 6 月 1 日	4075100893	24 名
介護予防短期入所生活介護	平成 28 年 6 月 1 日	4075100893	24 名

5 施設の概要（短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護）

(1) 短期入所生活介護フロア

構造	鉄筋コンクリート
述べ床面積	730 m <sup>2</sup>
利用定員	24 名

(2) 居室

居室の種類	室数	面積	1人あたりの面積
2人部屋	12室	23.5 m <sup>2</sup> 以上	11.7 m <sup>2</sup> 以上

※ 各居室には、洗面台・床頭台・衣類整理棚が備え付けられています。

(3) 主な設備

設備の種類	面積	備考
機能訓練回復室兼食堂	147.32 m <sup>2</sup>	
医務室	6.6 m <sup>2</sup>	
浴室	13.92 m <sup>2</sup>	普通・特殊浴槽設置
静養室	7.26 m <sup>2</sup>	

6 職員体制（指定基準以上の職員を配置しています）

職種	職員数	職務内容
管理者(兼務)	1名	管理

医師(嘱託)	1名	利用者の健康管理
生活相談員(専従)	1名	相談業務全般
管理栄養士(兼務)	1名	栄養管理
調理員	外部委託	調理・運搬
機能訓練指導員(専従)	1名	リハビリテーション
看護・介護職員(専従)	15名	看護介護業務全般
事務員(兼務)	1名	事務

## 7 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制	休 日
管理者	8:20~17:00 常勤で勤務	土日祝日
医師	月~金 13:00~ 15分程度勤務	土日祝日
生活相談員	8:20~17:00 常勤で勤務	シフト制
管理栄養士	12:30~13:30 常勤で兼務	土日祝日
調理員	外部委託業者の規定による	シフト制
機能訓練指導員	8:20~17:00 常勤で勤務	シフト制
看護職員 介護職員	6:30~15:10 8:20~17:00 12:30~21:10 16:20~9:10 等 常勤で勤務	シフト制
事務員	8:20~17:00 常勤で兼務	土日祝日

## 8 サービスの内容

### (1) 法定給付サービス

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理栄養士の指導のもと、利用者一人一人の状態にあった食事を提供します。</li> </ul> <p>(食事時間) 朝食 7:30~8:30            昼食 12:00~13:00            夕食 18:00~19:00</p>

排 泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。</li> </ul>
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則週 2 回程度の入浴または清拭を行います。 (その日の体調により中止する場合があります)</li> <li>・通常の浴槽はもちろん、車イスや寝たきりの方も安心してご利用していただける特殊浴場も完備しております。</li> </ul>
離 床 着替え 整容等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止のため、出来る限り離床に努めます。</li> <li>・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えに配慮します。</li> <li>・適切な整容の援助をします。</li> <li>・シーツ交換は週 1 回実施します。汚れた場合はその都度交換します。</li> </ul>
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理学療法士及び機能訓練指導員等の指導のもと、リハビリを実施します。</li> </ul>
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・嘱託医師により週 5 回、回診日を設けて健康管理に努めます。</li> <li>・利用者の容態に変化等があった場合は、救急車の要請やかかりつけ医への連絡等、必要な処置を講ずるほか、ご家族に速やかに連絡します。</li> <li>・利用者が外部の医療機関を受診する場合は、ご家族の付き添いをお願いします。ただし、緊急の場合はこの限りではありません。</li> </ul>
相談・援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設は、利用者及びその家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 管理者：高崎 弘嗣 相談員：青山 知美</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、毎日のレクリエーションや、季節ごとの行事などを企画します。 (主なレクリエーション) 棒体操・足踏み運動・テーブル作業・カラオケなど (主な行事) 夏祭り・クリスマス会など</li> </ul>

## 9 利用者負担金

### (1) 法定給付サービス

- ・お支払いいただく料金の単価は、別途料金表のとおりです。
- ・予定していた利用をキャンセルする場合のキャンセル料

食 費	朝食	450	昼食	690 円	夕食	660 円
キャンセル	前日の 16 時まで		当日 10 時まで		当日 14 時まで	

(2) 利用者負担金の支払い方法

- ・ お支払いは、原則ご利用月の翌月に請求書を発行いたします。現金にてお願いします(領収書をお渡しします)。
- ・ 現金にてお支払いが困難な場合は、1週間以内に口座振込にてお支払いください。

【指定口座】

(銀行名) 西日本シティ銀行  
(支店名) 海老津支店  
(名義人) 一般社団法人 遠賀中間医師会 ショートステイおかがき  
代表理事 堤 康晴  
(口座番号) 普通 3030090

(3) 送迎可能地域 1市4町(中間市・岡垣町・遠賀町・水巻町・芦屋町)

- ※ 上記の地域以外の送迎については、通常の送迎の実施地域外から1kmごとに20円を別途頂きます。また、上記の地域以外の送迎は、応じきれない場合がございます。ご了承ください。

(4) 送迎対応時間 9:00~16:30(到着時間)

- ※ 上記の利用時間に応じがたい場合は、お申し出ください。ご相談に応じます。
- ※ 土日祝の送迎は、ご家族での対応を依頼する場合があります。

1.0 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」に則り、対応を行います。	
消防訓練	消防署と連携し、夜間及び昼間を想定した総合防災訓練を、年2回実施します。	
防災設備	当施設には、以下の消防用設備を完備しています。	
	消火器	自動火災報知設備
	非常警報設備	誘導灯
	屋内消火栓設備	自家発電設備
	スプリンクラー	
防火管理者	神崎 啓慈	

1.1 虐待防止のための措置

利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、虐待防止に関する責任者の選定を行う。また委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図るとともに指針の整備や定期的な研修を実施する。上記実施に当たっては管理者が実施する。

サービス提供中及び利用者の居宅において、当該事業所の従業者又は擁護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)により虐待を

受けたと思われる利用者を発見した場合は、速かに、これを市町村に通報するものとする。

## 1 2 緊急連絡先

① 氏名 【                    】	住所	
	電話番号	
	続柄	
② 氏名 【                    】	住所	
	電話番号	
	続柄	
かかりつけ医	病院名	診療科
	主治医氏名	
	電話番号	
救急搬送希望病院	病院名	診療科
	主治医氏名	
	電話番号	
救急搬送希望病院	病院名	診療科
	主治医氏名	
	電話番号	
土・日・祝日（属託医師不在日） 深夜帯のご家族への連絡	<input type="checkbox"/> ： 転倒・転落程度の有無に関わらず深夜帯でも連絡希望 <input type="checkbox"/> ： 緊急性がなければ翌朝の連絡を希望	

※救急搬送希望病院がなければ『特になし』とご記入下さい。

※緊急時確実に連絡の取れる電話番号をご記入ください。緊急の場合は、時間を問わずご連絡させていただきます。

※急変が生じた場合その他必要と認められる場合には速やかに主治医、管理者および利用者の家族に報告を行います。

※その他緊急事態が発生したときは、管理者、市町村、その他関係事業所等に必要な連絡を行います。

## 1 3 相談窓口・苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情は、次の窓口で対応します。

相談・苦情窓口	ショートステイ おかがき
受付時間	月～金曜日 9：00～17：00
受付担当者	管理者            : 高崎 弘嗣 相談員           : 青山 知美

電話番号	093-281-5117
------	--------------

※苦情・相談だけでなく、ご質問やご要望等ありましたら、ご遠慮なくお申し出下さい。

(2) 公的機関においても、次の機関で苦情の申し出ができます。

※福岡県 介護保険広域連合 本部 TEL 092-643-7055

Fax 092-641-2432

※福岡県 介護保険広域連合 遠賀支部 TEL 093-291-5266

Fax 093-291-5281

※中間市保健福祉部介護保険課給付係 TEL 093-246-6283

Fax 093-244-0579

※福岡県国民健康保険団体連合会 TEL 092-642-7859

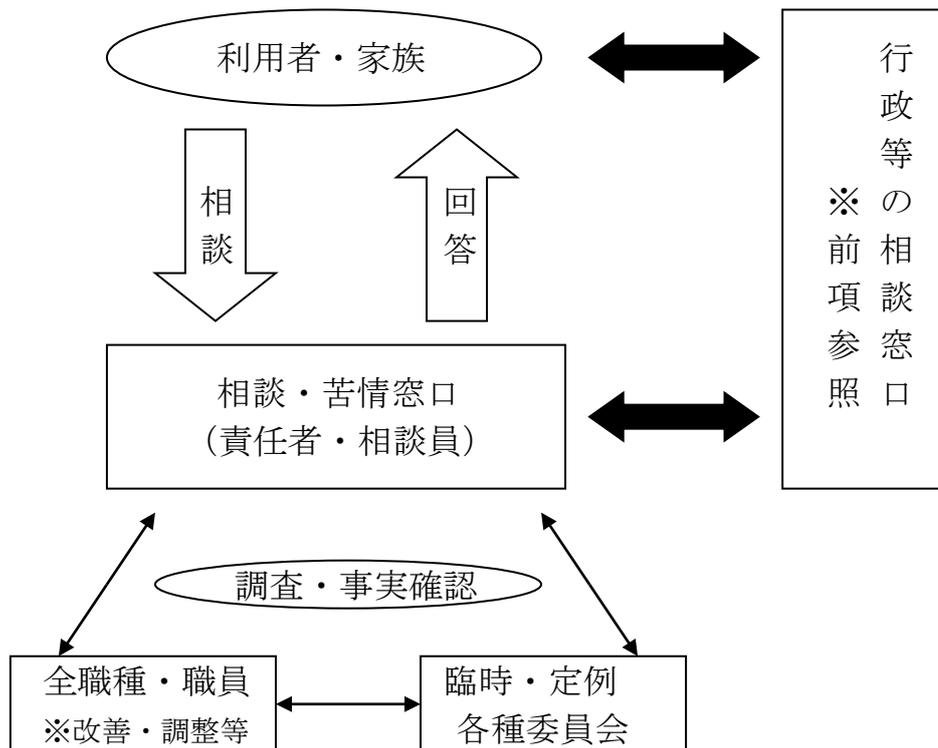
Fax 092-642-7856

※福岡県運営適正化委員会 TEL 092-915-3511

Fax 092-584-3790

※この他、地域の民生委員やケースワーカーに申し出ることもできます。

(3) 苦情処理の手順、体制



#### 1.4 損害賠償責任保険

保険会社	損保ジャパン日本興亜株式会社
保険内容	介護保険施設賠償責任保険

事業者側で賠償すべき事項が発生した場合には、事業所は利用者又はその家族に対して、速やかに損害賠償を行うものとする。

## 1 5 当施設利用にあたっての留意事項

面会	面会の時間は9:00~18:00でお願いします。なお、面会時は事務所に設置してある面会簿への記入をお願いします。
施設外への受診	ご利用中に病院受診の必要がある場合には、主治医への連絡及び病院受診については、 <b>ご家族による対応を原則</b> とさせていただきますが、緊急やむを得ない場合には当施設の協力医療機関への搬送等の対応を実施させていただきます。 ※協力医療機関については、次頁を参照してください。
健康管理	短期入所生活介護の初日に、看護職員が簡単な健康チェックと服薬管理の有無の確認を行います。なお、薬については <b>必要な日数分のみ</b> を持参して下さい。 <b>緊急時並びに転倒されて頭を打たれた場合は病院受診して頂きます。</b>
飲酒・喫煙	健康管理及び防災上、施設にて管理させていただきます。また、飲酒・喫煙は、原則禁止させていただきます。
所持品	所持品には必ず記名をお願いします。又、衣類については必要な日数分のみを持参してください（衣類については施設での洗濯は実施しておりませんので、 <b>必ず持ち帰っての洗濯</b> となります）。なお、利用開始当日に、可能であればご家族による荷物の確認をお願いします（確認表は事前にお渡しいたします）。
金銭・貴重品	現金や貴重品（ブレスレット・ネックレス・指輪等の貴金属）等の持ち込みはご遠慮願います。紛失の際、当施設は一切責任を負いかねませんのでご了承ください。また、ナイフ・ハサミ等危険物と成り得る物品の持ち込みもご遠慮下さい。
宗教活動	施設内において他の利用者に対する宗教及び政治活動は、お断りします。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
医療器具及び衛生材料	必要な医療器具及び衛生材料等については、原則ご自宅で使用しているものを持参してください。
利用期間中の中止	以下の事由に該当する場合、利用期間中でもサービスを中止し、退所していただく場合があります。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が中途退所を希望した場合</li> <li>・入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合</li> <li>・利用中に体調が悪くなった場合</li> <li>・職員や他の利用者の生命または健康に重大な影響をあたえる可能性があった場合</li> </ul> <p>※上記の場合で、必要な場合は、<b>ご家族</b>または緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治の医師または歯科医師に連</p>

	絡を取る等必要な措置を講じます。また、料金は退所日までの日数を基準に計算します。
--	------------------------------------------

※ この他、ご不明な点は職員にご確認下さい。

【 協力医療機関 】

医療機関の名称 遠賀中間医師会おんが病院

統括院長 杉町 圭蔵

所在地 福岡県遠賀郡遠賀町大字尾崎 1 7 2 5 番地 2

診療科 外科、消化器内科、呼吸器外科、循環器内科、  
整形外科、リウマチ科、糖尿病内科、救急科、  
呼吸器内科、麻酔科、小児科、放射線科  
リハビリテーション科、在宅支援部

※上記医療機関での優先的な入院治療を保証するものではなく、また義務づけるものでもありません

※当事業所は提供するサービスの第三者評価を受けてはおりません。

令和 年 月 日

短期入所生活介護サービス及び介護予防短期入所生活介護サービスの開始にあたり、利用者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ました。

〈事業者〉

所在地 福岡県遠賀郡岡垣町大字手野 145 番地

事業者名 ショートステイ おかがき

代表者名 堤 康晴

(指定番号：4075100893)

〈説明者〉

所 属

氏 名 \_\_\_\_\_

私は、契約書及び本書面により、事業者から短期入所生活介護サービス及び介護予防短期入所生活介護サービスについて重要事項の説明を受けました。

〈利用者〉

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

〈連帯保証人〉

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

〈利用者代理人（選任した場合）〉

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

## 【入所時リスク説明書】

入所者氏名 \_\_\_\_\_ 様 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日 性別：

説明者 \_\_\_\_\_

ショートステイおかがきでは、利用者様が快適に入所生活を送れますように、安全な環境作りに努めていますが、利用者様の身体状況や病気により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による事故の恐れがあります。
- 当施設では原則的に身体拘束を行わないことから、特に深夜帯の見守りも常に監視出来る訳ではありません。転倒・転落による事故の可能性あります。
- 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。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離や皮下出血がしやすい状態にあります。
- 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。誤嚥や誤飲の危険性が高い状態にあります。
- 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変される場合もあります。

上記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、遠慮なくお尋ね下さい。

私は、上記項目について \_\_\_\_\_ (説明者) より、入所者の貴施設利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解しました。

年 月 日

ご家族 \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_)



