

## 短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

〈令和6年4月1日現在〉

### 1、事業者（法人）の概要

法人名	社会福祉法人 新潟市社会事業協会
代表者氏名	理事長 高橋 秀松
法人所在地	新潟県新潟市西区西有明町1番3号

### 2、事業所の概要

事業所の種類	短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（併設型・空床利用型）	
施設の名称	特別養護老人ホーム有明園（従来型） 短期入所 生活介護及び介護予防 短期入所生活介護	特別養護老人ホーム有明園（ユニット型） 短期入所 生活介護及び介護予防 短期入所生活介護
指定年月日	平成12年4月1日 新潟市指定 第1570100816号	平成27年8月1日 新潟市指定 第1570113389号
利用定員	20人 (空床利用型は入院者等、特養の空いたベットを利用した受け入れとなります)	
開設年月日	昭和51年4月1日	平成26年1月4日
施設の所在地	新潟県新潟市西区西有明町1番20号	
連絡先	電話 025-231-2615 FAX 025-231-0539	
管理者(園長)	真壁 恒雄	
事業の目的	要支援又は要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限り、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支援及び機能訓練を行うことにより、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ことを目指します。	
運営の方針	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の提供に努めるとともに利用者及びその家族のニーズを的確にとらえ、個別に短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護計画に基づき、利用者が必要とする適切なサービス提供に努めるものとします。	
延べ床面積	7014.56㎡	
建物の構造	鉄骨造3階建て	
居室の種類	10.83㎡（1人部屋） 10.91㎡以上（4人部屋） 各室洗面所付き	
共同生活室・機能訓練室	72.22㎡ 他談話エリア	
浴室	1階、2階、3階各階にあり	
医務室	3階	

#### (1) 通常送迎の実施地域・送迎実施日

実施地域	西区（小新・小針・坂井輪・五十嵐 中学校区）中央区（関屋・白新 中学校区） 実施地域以外の方でも、ご希望される方はご相談下さい。
送迎実施日	月曜日～土曜日（日曜、祝日、年末年始の送迎はありません）

### 3、事業所職員の配置状況

\*空所利用の場合は、本体施設での配置人数

従業者の職種	人数 (名)	区 分		備 考
		常勤 (名)	非常勤 (名)	
管 理 者	1	1		
生 活 相 談 員	3	2		
介 護 職 員	10	8	2	
看 護 職 員	1	1		
医 師	1		1	協力医療機関
管 理 栄 養 士	1	1		
機 能 訓 練 指 導 員	1	1		
介 護 支 援 専 門 員				
営 繕 員	1	1		
宿 直 員	3		3	業者委託
事 務 員	3	3		

「従業者の研修」

従業者の資質向上の為研修の機会を次のとおり設けるものとし、業務体制を整備します。

- (1) 採用時研修 (2) 継続研修 (3) 管理者研修

### 4、事業所職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制
管 理 者	正規の勤務時間帯 (8時30分～17時15分)
生 活 相 談 員	正規の勤務時間帯 (8時30分～17時15分)
介 護 職 員	早番 ( 7時15分～16時00分) 遅番 (13時15分～22時00分) 日勤 (10時45分～19時30分) 夜勤 (22時00分～ 7時15分) *ご利用者の生活時間変更に伴い勤務時間の変更があります。
看 護 職 員	日勤 (8時30分～17時15分)
医 師	協力医療機関との委託契約のとおり
機 能 訓 練 指 導 員	日勤 (8時30分～17時15分)
栄 養 士	(8時30分～17時15分)
事 務 員	(8時30分～17時15分)

## 5、短期入所生活介護の内容と費用

### (1) サービスの対象者

サービス名	対象者
短期入所生活介護	要介護1～5の方が対象です。
介護予防短期入所生活介護	要支援1, 2の方が対象です。

### (2) 提供するサービス内容

種別	内容
食 事	<p>(食事時間)</p> <p>朝食： 7:30～9:30            昼食： 12:00～13:30            喫茶： 14:30～15:30            夕食： 17:45～19:30</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人の状態により見守り・介助を行います。</li> <li>・食堂、他場所を用意しています。</li> <li>・個々の嚥下状況に応じた食形態で食事を提供します。</li> <li>・季節の食材を生かした食事を提供します。</li> </ul>
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則として週2回の入浴または清拭を行います。</li> <li>・寝たきり等で座位の取れない方は、機械を用いての入浴もあります。</li> </ul>
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体の状態に応じて適切に排泄の介助を行います。</li> <li>・排泄の自立について適切に援助します。</li> </ul>
離床・着替え・整容等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止の為、出来る限り離床に配慮します。 (歩行者・車椅子・リクライニング型車椅子を用意しています。)</li> <li>・生活のリズムを考え、着替えを行うよう配慮します。</li> <li>・状態に応じた口腔ケアを行います。(歯磨き、うがい等)</li> <li>・身の回りのお手伝いをし、適切な整容が行われるよう支援を行います。</li> </ul>
健 康 管 理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血圧測定は利用初日1回。体温は1日1回測定します。 (血圧は異常時都度測定します。)</li> <li>・スキンケア・排便コントロールを行います。 (軟膏・下剤・坐薬・浣腸等をご持参ください。)</li> </ul>
相談および援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者とその家族からのご相談に応じます。</li> </ul>
送 迎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の心身の状態、ご家族の事情等から見て送迎を行うことが必要な場合は送迎を行います。</li> </ul>

#### 「衛生管理」

- 1、指定短期入所生活介護〔指定介護予防短期入所生活介護〕を提供する施設、食器その他の設備及び備品又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- 2、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- 3、事業所において感染症が発生し又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - (1) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね2月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る
  - (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備
  - (3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修を定期的の実施

(3) 費用

別表1「短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護利用料金表」記載のとおりです。

(4) 利用料等のお支払い方法（月払いの場合）

別紙「短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護利用料金表」に記載の金額を基にした前々月分の利用料等を請求します。なお、請求書は毎月20日に発送します。利用者の選択した支払い方法でお支払いください。

- 銀行振込・・・振込み用紙を請求書一緒に同封しますので、2週間以内に下記口座にお振込みください。

第四北越銀行小針支店 普通口座 1008723

口座名義 特別養護老人ホーム有明園

\*振込手数料は利用者様の負担となります。

- 口座振替え・・・請求書発送月の翌月5日に指定口座から振替となります。

\*第四北越銀行・郵貯銀行のみ振替手数料は事業所の負担となります。

### 6、サービス内容に関する苦情等相談窓口

私たちの提供するサービスや、現在ご利用中の居宅サービスに関する苦情・ご要望、ご相談は、利用者の方を担当する介護支援専門員を通して、または直接当事業所の担当にお話しください。

「当事業所の相談窓口」

特別養護老人ホーム有明園 短期入所生活介護 及び介護予防短期入所生活介護	苦情受付責任者	園長 真壁恒雄
	受付担当者	生活相談係長兼介護支援専門員 今井亜紀
	電話番号	025-231-2615
	F A X 番号	025-231-0539
	受付時間	8：30～17：15
	意見箱設置箇所	特別養護老人ホーム有明園玄関前
	苦情解決第三者委員	法人監事 長谷川健一 法人評議員 矢口弘

「市町村の相談窓口」

新潟市介護保険課	電話番号	025-226-1273
新潟市西区役所健康福祉課	電話番号	025-264-7330
	受付時間	月曜日～金曜日 8：30～17：15

「公共団体の苦情や相談の窓口」

新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号	025-285-3022
	F A X 番号	025-285-3350
	受付時間	月曜日～金曜日 9：00～17：00
新潟県福祉サービス運営適正委員会	電話番号	025-281-5609
	F A X 番号	025-281-5610
	受付時間	月曜日～金曜日 9：00～17：00

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
	結果の開示	1 あり 2 なし	
	2 なし		

「虐待の防止について」

1、事業所は、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に次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1)虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る

(2)虐待防止のための指針の整備

(3)従業者に対して、虐待を防止するための従業者に対する定期的な研修の実施

2、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(甲の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します

## 7、非常災害時の対応

対応	別途定める消防計画に則り年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を行います。			
避難訓練及び 防火設備	設備名称	可否	設備名称	可否
	スプリンクラー	○	防火扉	○
	避難階段	○	屋内消火栓	○
	自動火災報知器	○	ガス漏れ探知機	○
	誘導灯	○	防火シャッター	○
	消火器	○	自家発電・非常電源	○
消防計画	新潟西消防署への届出日：平成12年3月31日 防火管理者：総務課長 佐藤 匠			

「業務継続計画の策定等」

1、感染症や非常災害の発生時において、甲に対する継続的なサービス提供の実施や中断時における早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務計画に従って必要な措置を講じます。

2、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

3、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 8、緊急時における対応方法

利用中に病状の急変などがあった場合、主治医・当施設の協力医療機関・緊急連絡先（ご家族等）に連絡し適切な処置を講じます。（別表2）

また、担当の居宅介護支援事業者等へも連絡を行います。

**\*緊急連絡先・主治医・担当介護支援専門員を記載した別紙にご記入願います。**

医療機関	病院名	社会福祉法人新潟市社会事業協会 信楽園病院
	所在地	新潟県新潟市西区新通南3丁目3番11号
	電話番号	025-260-8200
	診療科	内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、神経内科、外科、脳神経外科、整形外科、リハビリ科、眼科、放射線科、皮膚科、リハビリテーション科、麻酔科、歯科口腔外科
	入院設備	あり

医療機関	協力医療機関名	社会福祉法人新潟市社会事業協会 信楽園病院附属有明診療所
	所在地	新潟県新潟市西区西有明町1番27号
	電話番号	025-267-1251
	診療科	内科、腎臓内科（人工透析）
	入院設備	なし

※夜間・日曜、祝日、緊急時等は、救急車での搬送となります。

※利用中の定期受診は御家族対応でお願いします。

## 9、施設の利用にあたって

### (1) 施設使用上の注意について

来訪・面会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・面会時間 7時00分～19時00分（面会カードにご記入下さい。）</li> <li>・上記の時間以外は施錠してあります。緊急時 にご連絡ください。</li> </ul>
外出	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外出希望は、事前にご連絡下さい。外出時は、外出先・同行人時間・目的等を明確にしたうえでお願いします。</li> </ul>
居室・設備・器具の利用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居室内 : 介護用ベッド、3段チェスト</li> <li>・送迎車両 : リフト付き</li> <li>・移動用車椅子 : 普通型車椅子、リクライニング型車椅子</li> <li>・歩行補助具 : 歩行器</li> <li>・転倒予防器具 : センサーマット</li> <li>・入浴機器 : 家庭浴槽・座位式浴槽・特殊浴槽</li> <li>・洗面所は各居室にあります。</li> </ul>
喫煙	<ul style="list-style-type: none"> <li>・園内禁煙となっております。</li> </ul>
所持金品の管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的に、現金・貴重品等のご持参はご遠慮下さい。必要時は事務所の金庫にお預け下さい。</li> </ul>
宗教活動・政治活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。</li> </ul>
ハラスメント対策（禁止行為）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・意に添わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的な嫌がらせ行為（セクシャルハラスメント）</li> <li>・身体的な力を使って危害を及ぼす行為（身体的暴力）</li> <li>・個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、貶めたりする行為（精神的暴力）</li> </ul> <p>※上記のようなハラスメント行為は固くお断りします。ハラスメント等によりサービスの中断や契約を解除する場合があります。</p>

### (2) 利用中止について（健康上の理由により）

- 1) 風邪・病気の場合はサービスの提供をお断りする場合があります。
  - 例：高熱、通常の食事がとれない、皮膚疾患等（他の利用者に感染の可能性がある場合）
- 2) 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合サービス内容の変更・中止も考えられます。
  - 例：発熱、顔色、激しい咳、血圧の変動等
- 3) 利用中に体調が悪くなった場合サービスを中止する場合があります。その場合ご家族に連絡し適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取るなど必要な措置を講じさせていただきます。
  - 例：発熱、転倒、嘔吐、腹痛等

※上記の他、体調の変化、普段と異なる点に気づいた場合は必ずお伝え下さい。

※サービスの変更・中止時、ご家族への連絡は深夜の場合は状態をみて翌朝連絡する場合があります。

### (3) 入退所時間の連絡について

- 1) ご利用日の前日に送迎担当からご自宅に到着する時間等を連絡します。
- 2) 予定到着時間について（天候・交通事情等により時間前後することがあります。）
  - 迎え（ご自宅到着時間） → 8時45分～10時30分位の間
  - 送り（ご自宅到着時間） → 16時00分～17時00分位の間

※送りの到着時間は連絡しません。上記の時間内にお送りします。
- 3) 家族送迎の場合は、8時30分～19時00分の間でお願いします。

## 10、利用時の持参品（利用時ご用意していただく物）

1	薬	<p>①飲み薬・塗り薬・目薬・浣腸・坐薬・湿布など、普段服用している物をご持参さい。（できる範囲氏名をお書きください）</p> <p>飲み薬は、<u>小袋ごとに日にちと氏名、朝・昼・夜・寝る前等書いて</u>ご持参ください。</p> <p>②月に1回、薬の内容が分かる用紙やお薬手帳をご持参下さい。</p> <p>薬の変更があった場合は、都度ご持参下さい。</p>
2	保険証類	<p>①介護保険者証・後期高齢者医療被保険者証、負担割合証等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会福祉法人等利用者軽減対象確認証（該当者のみ）</li> <li>・介護保険負担限度額認定証（該当者のみ）</li> </ul> <p>*確認の為、初回・変更時にコピーを取らせていただきます。</p> <p>変更の際は都度ご提示下さい。</p>
3	日用品等	<p>①自歯の方は、歯ブラシ・歯磨き粉をご持参下さい。</p> <p>②ショートステイ利用連絡票 （<u>当日の体温・排便状態・薬の確認・連絡先等を必ず記入下さい。</u>）</p> <p>③内履き（歩行される方はスリッパ等滑りやすい物はおやめ下さい）</p> <p>*次回の連絡票を退所時にクリアケースに入れてお返しします。</p>
4	衣類等	<p>①普段着、パジャマ、下着、靴下等着替え（貸出しします）</p>

## 11、サービス事業者で貸し出しするもの

### （1）衣類等（着替え一式）

- ・ルーム着、上着、下着等用意しています。
- ・小物類（靴下・ひざ掛け・ショール・ハンカチ・タオル・バスタオル等）

### （2）日常生活用品等

- ・吸い飲み・乳液・鏡、くし・石鹸・義歯洗浄剤、義歯入れ容器 等

### 貸し出しをご希望の方へ

上記の貸し出しを希望される方は、1日150円でお貸しします。

ご持参した私物、着衣していた衣類等につきましては、退所時までご自分の居室内備え付けのチェストをご利用ください。

なお、私物は自己管理となりますので、保管の保障についての責任は負いかねます。

## 12、サービス事業者で用意してあるもの

- （1）リハビリパンツ・紙オムツ・紙パット類

サービスの提供に先立って、上記の通り説明しました。

令和 年 月 日

(事業所乙) 所在地 新潟市西区西有明町1番20号  
事業者名 社会福祉法人新潟市社会事業協会  
特別養護老人ホーム 有明園

代表者職・氏名 園 長 \_\_\_\_\_ 印

説明者職・氏名 生活相談員 \_\_\_\_\_ 印

上記の内容について説明を受け、同意しました。又、この文書が契約書の一部となることについても同意します。

上記契約の証として、本契約書を2部作成し、利用者及び事業者が署名若しくは記名捺印の上、それぞれ一部ずつ保有します。

(利用者甲) ご住所 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 印

(代理人) ご住所 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 印

(身元引受人) ご住所 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 印