

短期入所療養介護重要事項説明書

〈令和 年 月 日現在〉

1. 短期入所療養介護（ショートステイ）の内容

- ・ご利用期間 ケアプランに基づく期間
- ・入所時間：ご利用開始日の10：00以降
退所時間：ご利用終了日の15：00まで
※ご家族での送迎の場合は、この限りではありません。
- ・ご利用定員 当施設の短期入所療養介護定員は若干名
ただし、施設入所定員29名を超えません。

・サービスの内容 居宅サービス計画に沿って、各種サービスを適切に提供します。

- (1) 居室の提供 4人部屋（3室） 3人部屋（4室）
2人部屋（2室） 1人部屋（1室）
- (2) 食事 朝食(7:15～8:30) 昼食(11:30～12:30) 夕食(17:15～18:30)
原則、2階の食堂にてお取りいただきます。特別食の相談にも応じます。
- (3) 入浴 原則として、週に最低2回入浴していただけます。
ただし、状態に応じ、特別浴または清拭となる場合があります。
- (4) 介護 ご希望や状態に応じ、適切な介護サービスを提供します。
着替え介助・排泄介助・オムツ交換・施設内の移動の付き添い・体位交換
・シーツ交換等
- (5) 機能訓練 2階の訓練室で、日常生活の自立を助けるために必要な機能回復訓練
を行います。
- (6) 健康管理 入所時に簡単な健康チェックを行います。希望される方は、月～金曜
日の午後に医務室または居室にて診察を受けることができます。
- (7) 相談および援助 お客様やご家族の相談および援助に応じます。
- (8) 栄養管理 栄養状態の維持及び改善を図り、状態に応じた栄養管理を行います。
- (9) 口腔衛生の管理 口腔の健康の保持を図り、状態に応じた口腔衛生の管理を行
います。
- (10) その他自立への支援
 - ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
 - ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
 - ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
 - ・生活リハビリを兼ねて、楽しく過ごしていただきます。

2. 利用料金 別紙ショートステイ料金のとおり

3. 支払方法 ご利用月の最終日締めで翌月10日前後に請求書を発行いたします。

お支払いは請求書到着後、翌月の末日までにお問い合わせ致します。

お支払いの確認がとれ次第、領収書を発行致します。

お支払い方法は、口座振替もしくは窓口で支払い頂けます。

4. 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

要介護状態または要支援状態にあるご高齢者に対し適正な短期入所療養介護を提供し、要介護者の心身の特性を踏まえ、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、施設において入浴、食事の提供、機能訓練等を行い、お客様の心身の機能の維持並びにご家族の身体的および精神的負担の軽減が図られるよう支援して参ります。事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・福祉・医療サービスとの緊密な連携を図り、総合的なサービスに努めて参ります。

(2) 身体拘束の禁止

当事業所は介護サービスの提供にあたり、お客様または他のお客様の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他お客様の行動を制限する行為を致しません。身体拘束を行う場合には、あらかじめその内容等をお客様・ご家族等に説明し、その同意を得た上で、その内容および時間、その際のお客様の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由を記録します。

(3) 施設利用に当たっての留意事項

- ・面会・・・午前9：30～午後5：30迄
- ・外出、外泊・・・許可制
- ・施設外での受診・・・申出
- ・飲酒、喫煙・・・許可制
- ・宗教活動・・・禁止
- ・ペットの持ち込み・・・禁止
- ・設備、器具の使用・・・申出
- ・所持品の持ち込み・・・必需品以外は許可制

5. 短期入所療養介護ご利用の中止・終了

①利用開始予定日以前の中止

利用開始前にお客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

入所前日午後5時までにご連絡をいただいた場合	
入所当日午前8時40分までにご連絡いただいた場合	1日の利用料の10%
入所当日午前8時40分までにご連絡がなかった場合	1日の利用料の50%

②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ございます。（料金は実際の退所日までの日数を基準に計算します）

- ・お客様が中途退所を希望された場合
- ・入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・ご利用中に体調が悪くなった場合
- ・他のお客様の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合

③サービスの終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了し、予約は無効となります。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合
- ・お客様の要介護区分が、非該当（自立）と認定された場合

④契約の終了

以下の場合は、文書で通知することにより即座に契約を終了させていただく場合がございます。ただし、お客様が入所中の場合は3日間の予告期間を設けます。

- ・お客様がご利用料金のお支払いを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10日以内に支払われない場合
- ・お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
- ・お客様が入院もしくは病気等により3ヶ月以上にわたってサービスを利用できない状態であることが明らかになった場合
- ・お客様やご家族などが当施設や従業員に対して契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

以下の場合は、文書で通知することにより即座に契約を終了していただくことができます

- ・当施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・当施設が守秘義務に反した場合
- ・当施設がお客様やそのご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・当施設が破産した場合

6. 当施設の設備の概要

定員		29名
居室	4人部屋	3室
	3人部屋	4室
	2人部屋	2室
	1人部屋	1室
医務室	静養室	相談室
浴室	一般浴槽	5槽
	特殊浴槽	1槽
送迎車		1台

7. 当施設の職員体制

	常勤	常勤兼務	非常勤	非常勤兼務
管理者		1		
医師		1		
看護師	2		2	
介護職員 (うち介護福祉士)	9 (6)	1 (1)	2	
介護支援専門員		1		
機能訓練指導員			1	
支援相談員		2		
栄養士		1		

8. 非常災害対策

- ・非常災害時の対応 …… 自衛消防隊組織による対応
- ・防災設備 …… 自動火災報知設備による消防署への通報
- ・防災訓練 …… 年2回（うち1回は夜間想定）
- ・防火責任者 …… 田中英次（防火管理者）

9. 事故発生の防止及び発生時の対応

(1) 事故が発生した場合の対応方法

お客様に対する短期入所療養介護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、お客様のご家族等に対して連絡を行い、必要な措置を講じます。

(2) 賠償すべき事態の対応方法

契約書に定められた賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。

(3) 再発生を防ぐための対策

ケアカンファレンスを開き、再発防止対策を行います。

(4) 事故発生防止のための委員会及び従業員に対する研修を定期的に行います。

10. サービス内容に関する相談・要望・苦情等の窓口および緊急連絡先

(1) 当施設お客様相談・苦情受付担当者 坂本 早紀子

苦情解決責任者 竹村 英一

電話 0739-24-6500（8:30～17:30）

(2) 当施設以外に、田辺市、国保連合会の相談窓口等でも受け付けています。

田辺市役所やすらぎ対策課 電話 0739-26-4902

国保連合会苦情相談窓口 電話 073-427-4662

1 1. 個人情報

当施設では、この契約に係る個人情報を、短期入所療養介護事業およびこれに附帯する業務の範囲において利用します。下記目的以外には利用しません。

・利用目的

- ①お客様に提供する介護サービス
- ②介護保険請求のための事務
- ③当施設の行う管理運営業務（会計・経理・事故報告・サービスの質向上等）
- ④他の医療機関・介護機関との連携
- ⑤ご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わる専門機関、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）

上記のうち、情報提供について同意しがたいものがある場合には、その旨をお申し出ください。お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。

1 2. 当施設の概要

法人名称 医療法人 竹村医院

施設名称 介護老人保健施設セントポーリア

代表者名 理事長 竹村 英一

定款の目的に定めた事業

1. 診療所
2. 訪問看護ステーション
3. 居宅介護支援事業所
4. 在宅介護支援センターの受託・経営
5. (介護予防)居宅療養管理指導事業所
6. 通所介護事業
7. 短期入所療養介護事業
8. 在宅介護支援センターの受託・経営

1 3. 衛生管理について

(1) 当施設は、入所者の使用する施設、食器その他の設備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ずるとともに医薬品及び医療機器の管理を適正に行います。

(2) 当施設において、感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように次に掲げる措置を講じます。

① 施設における感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

② 施設における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しています。

③ 従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的に行います。

④ ①から③までのほか、「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応を行います。

1 4. 虐待防止について

- (1) 当施設は、入所者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。
- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
 - ② 虐待防止のための指針の整備をしています。
 - ③ 虐待を防止するための定期的な研修の実施しています。

1 5. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する介護保健施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い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に行います。
- (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。

1 6. サービス提供の記録

- (1) 施設は、必要な記録・帳簿等を整備し保存します。記録の保存期間は、サービス提供の日から5年間とします。

個人情報使用同意

私およ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することに同意します。

記

1. 使用する目的

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、介護計画に基づいて円滑にサービスを提供するために必要な以下の場合に使用する。

- ①提供される介護サービス
- ②介護保険請求のための事務
- ③事業者の行う管理運營業務（会計・経理・事故報告・サービスの質向上等）
- 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わる専門機関、保険会社への届出、相談
- ⑧その他公益に資する運營業務（基礎資料の作成、実習への協力、職員研修等）

2. 使用に当たっての条件

- (1) 個人情報の提供は1に記載する目的の範囲内で必要最小限とし、情報提供の際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) 事業者は、個人情報を使用した会議、出席者、内容等について記録しておくこと

3. 個人情報の内容

- (1) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、事業者がサービスを行うために必要な、利用者やその家族個人に関する情報
- (2) その他利用者およびその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別されうる情報

4. 使用する期間

同意日から契約終了まで

個人情報保護に関する取扱いについて

当施設では、ご利用の皆様安心して介護サービスを受けていただけるように、ご利用者様の個人情報の取り扱いに万全の体制で取り組んでおります。

ご不明な点などございましたら、相談窓口までお問い合わせください。

○個人情報の利用目的について

当事業所では、ご利用者様の個人情報を個人情報同意書記載の目的で利用させていただきます。これらの目的以外で使用する必要がある場合は、改めてご利用者様の同意をいただくように致します。

○個人情報の訂正・利用停止

当事業所が所有している利用者様の個人情報の内容が事実と異なる場合などは訂正・利用停止を求めることができます。調査の上、対応いたします。

○個人情報の開示について

ご自身の介護記録等や閲覧、複写をご希望の場合は、相談窓口までお申し出ください。なお、開示には手数料がかかりますのでご了承ください。

○相談窓口のご案内

ご質問やご相談は、0739-24-6500までお気軽にお寄せください。

医療法人 竹村医院
介護老人保健施設 セントポーリア
理事長 竹村 英一

短期入所療養介護サービスの提供の開始に際し、本書面（重要事項説明書）に基づき下記の項目について説明を行い交付しました。

介護老人保健施設セントポーリア
(指定番号 和歌山県3052280041)

代表者氏名 理事長 竹村 英一 印

説明者氏名 _____ 印

1. 重要事項の短期入所療養介護サービス提供について説明を受け、その内容について
(※料金表は別表にて)

同意します。 同意しません。

2. 個人情報保護に対する基本方針・利用目的の説明を受け、本人および身元引受人、
家族の個人情報を利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集する
ことについて

同意します。 同意しません。

使用する目的のうち、情報提供について同意しがたいものがある場合には、その旨をお申し出ください。お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。

私は、本書面により、事業者から短期入所療養介護サービスについての重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住所： _____

氏名： _____ 印

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断・対応します（契約時において判断が下せない場合、下記の方を契約当事者とさせていただきます）

代理人

住所： _____

氏名： _____ 印

続柄： _____
※確認資料をお見せいただく場合がございます。
あらかじめご了承ください。