【別紙　7】

（介護予防）短期入所生活介護重要事項説明書

《　令和　8年　1月　２０日現在》

１．　当事業所が提供するサービスについての相談窓口

ミナロウゴイイワ

電話　０２７－３４３－５５００　　ﾌﾘｰﾀﾞｲﾔﾙ　０１２０－３７６５１８

担当　唐澤　仁志

＊　ご不明な点は、ご遠慮なくお尋ねください。

２．　当事業所の概要

（1） 提供できるサービスの種類と地域

名称	もてき脳神経外科　介護福祉センター
所在地	群馬県高崎市上小塙町５６６番地
介護保険指定番号	１０７０２００９５９
サービスを提供する対象地域	高崎市（旧倉渕村・旧吉井町・旧新町を除く）、安中市（旧松井田町を除く）、榛東村
第三者評価の実施状況	無

＊　上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

（2） 職員体制

職　種	員　数
管　理　者	１名
医　　師	１名
管理栄養士又は栄養士	１名
生活指導員	１名
看護職員	１名以上
介護職員	６名以上

（3） 設備概要

定　員	２０　名	静　養　室	１　室
居　室	４人部屋　４　室	職　員　室	１　室
	個室　４　室	食堂機能訓練室	１　室
浴　室	一般浴槽、特殊浴槽	相　談　室	１　室

３．　サービス内容

① 送迎

ご自宅まで責任をもって送迎いたします。

② 食事

利用者様の、食べやすい形態で提供いたします。また、必要に応じ介助いたします。

③ 入浴

職員が付き添い見守ることにより安全、快適な入浴サービスを提供いたします。

④ 機能訓練

利用者様の個々の評価をし、適切な機能訓練を行います。

⑤ 健康管理・生活相談

体温・脈拍・血圧等を測定し、健康のチェックを行います。

また、ご家庭での生活の不都合な点、身体的・精神的なご相談等を承ります。

⑥ 行事

時節にあった行事を行います。

４．　料金

当事業所のある高崎市は地域区分６級地のため１単位に１０．３３円を乗じ、介護負担割合証に基づいた負担割合額が利用者様負担になります。小数点以下端数処理のため、加算の有無やサービスの回数、他サービスの利用により利用者様負担に変動がございます。予めご了承ください。

また、各利用料の単位数は介護職員処遇改善加算の計算の基礎になります。

（1） 利用料金　※介護保険適用時

（介護予防）短期入所生活介護料金表参照

（2） その他の料金

① 規定する通常の事業の実施地域を超えて行う送迎の費用は次のとおりです。

事業所の実施地域を超えてからの距離	金　額
片道１０ｋｍ未満	１，０００円
片道１０ｋｍ以上２０ｋｍ未満	２，０００円
片道２０ｋｍ以上	２，５００円

（3） キャンセル料

基本的にキャンセル料金はいただきません。

但し、連絡が無い場合は１日あたりの自己負担分を請求させていただきます。

（4） 利用中の中止

利用途中にサービスを中止して退所する場合、退所日までの日数を基に利用料を計算いたします。

（5） 支払方法

定期的にご利用いただく場合はゆうちょ銀行の口座より自動引き落としになります。
（その他の方はご相談に応じます）口座名義は利用者様以外の方でも可能です。
引き落とし日はサービス利用月の翌月、２０日（再引き落としは３０日）となります。
事前に１５日前後に請求書をお渡しいたしますので、引き落とし前に残高の確認をお願いいたします。また、残高不足等により引き落としが出来なかった場合、1回につき10円（ゆうちょ引き落し手数料）を翌月の利用料に合算し請求させていただきます。

５．　サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

電話または、来院によりお申し込みください。
ご利用期間決定後、契約を締結いたします。なお、ご利用の予約は1ヶ月前からできます。

＊　居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員にご相談ください。

（2）サービス利用契約の終了

①　利用者様のご都合でサービス利用契約を終了する場合
実際に短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書または電話等の連絡によりいつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効となります。

②　自動終了
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。

・　利用者様が介護保険施設等に入所した場合
・　介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、要支援と認定された場合
　＊この場合、条件を変更して再度契約することができます。
・　利用者様がお亡くなりになった場合

③　その他

(I)　当事業所が

・　正当な理由なくサービスを提供しない場合
・　守秘義務に反した場合、利用者様や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
・　解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合

利用者様は、文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

(II)　利用者様（ご家族）が

・　サービス利用料金の支払を１ヶ月以上遅延し、当法人の料金支払いの催告後１０日以内にお支払いされない場合
・　当法人やそのサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

当事業所は、サービスの利用契約を終了させていただくことがございます。なお、この場合契約終了後の予約は無効となります。

６．　当短期入所生活介護の特徴等

（1）運営の方針

利用者様の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう支援することを目的とし、必要な日常生活の世話及び機能訓練を行なうことにより、利用者様の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者様のご家族の身体及び精神的負担の軽減を図るものとする。

（2）サービスをご利用いただくために

①　利用者様の看護・介護処遇に関しては看護師・生活相談員・介護職員により個々に適した計画を立てます。
②　機能訓練プログラムは、理学療法士等により個々に適した計画を立て、実行いたします。
③　お食事はご希望により「おかゆ」や「きざみ食」にすることも可能です。
④　利用者様への対応・計画等を検討する会議を定期的に実施いたします。
⑤　職員のサービスの質を確保するために研修を実施いたします。
⑥　ご家族との連絡をとる手段としての連絡ノートを用意いたします。ご心配事や病気のことなど、どのようなことでも記入してください。直接電話をいただいても結構です。責任者に報告し、適切な対応をさせていただきます。

（3）サービス利用に当たっての留意事項

①　金銭・貴重品の管理
貴重品、金銭の紛失等につきましては責任を負いかねますので、貴重品、金銭の持ち込みはご遠慮ください。やむをえない場合は、直接担当の職員に説明しお渡しください。帰宅時まで保管いたします。

②　飲酒・飲食・喫煙
施設内では、禁酒・禁煙となっております。火災防止の目的もありますのでご協力ください。また、飲食に関しては他の利用者様との調整もありますので食物の持ち込みはご遠慮ください。

③　所持品の持ち込み
持ち物には、それぞれ「名前」の記入をお願いいたします。

④　面会
面会時間の指定はありませんが、早朝、夜間はご遠慮ください。

⑤　外出
外出時には、担当職員にお申し出ください。
外出に関しては、責任を負いかねますのでご家族の付き添いの上で外出をお願いいたします。

７．　緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、併設診療所の医師の指示のもとに処置し対応いたします。また速やかにご家族に連絡いたします。

８．　身体拘束等の適正化の推進

利用者様又は他の利用者様等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行ってはならないこととし、身体拘束等を行う場合は、その対応及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

また、身体拘束等の適正化を図る観点から、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当職員の設置等、体制の整備を行っております。

９．　非常災害対策

感染症や、災害が発生した場合でも非常時の業務継続に向けた計画の策定や、各対策委員会の設置、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施を行い、利用者様に必要な介護サービスを継続的に提供できるよう体制を整えています。

① 災害時の対応　職員により速やかに安全な場所へ避難し、利用者の人数、負傷状態を確認し適切な対応をいたします。

② 防火設備　火災探知機により出火場所を感知し、消防署へ自動で連絡するシステムとなっています。

③ 防火訓練　定期的に行っております。（年２回）
地域住民の方にも参加を呼びかけ、地域の皆様との連携を図ります。

④ 防火管理者　野口　将史

１０．　テクノロジー導入による生産性向上の推進

介護現場における生産性向上のため、介護ロボットやICT等のテクノロジーを導入し利用者様の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減を図ります。

必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、一定期間ごとに、委員会の開催や業務改善の取組による効果の分析を行います。

１１．サービス内容に関する苦情・虐待の相談について

（１）苦情・虐待相談の受付

当サービスに対する苦情や虐待のご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

〇苦情受付窓口（担当者）　唐澤　仁志（カラサワ　マサシ）

〇電話番号　０１２０－３７６５１８（ミナロウゴイイワ）

〇受付時間　９：００～１８：００

（２）その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情をお申し出いただけます。

高崎市介護保険担当課 所在地　高崎市高松町35-1	受付時間　８：３０～１７：１５ 電話番号　０２７－３２１－１１１１
安中市介護高齢課担当係 所在地　安中市安中1-23-13	受付時間　８：３０～１７：１５ 電話番号　０２７－３８２－１１１１
榛東村介護保険担当係 所在地　北群馬郡榛東村新井790-1	受付時間　８：３０～１７：１５ 電話番号　０２９－５４－２２１１
群馬県国民健康保険団体連合会 所在地　前橋市元総社町335-8	受付時間　９：００～１７：００ 電話番号　０２７－２９０－１３２３

１２.事故発生時の対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合、速やかに対応し事故の状況等を確認のうえ、利用者様、ご家族、当該利用者様に係る居宅介護支援事業者等に説明を行い、管轄の保健福祉事務所および介護保険の保険者へ報告いたします。その後、原因の究明を徹底し再発防止に努めます。

また事業所の責めに帰すべき事由により利用者様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者様に対してその損害を賠償いたします。

ただし、事業所の責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

１３.高齢者虐待防止の推進

高齢者への虐待防止を推進するため、虐待の発生や再発を防ぐための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当職員の設置、虐待事案への対応措置等、体制の整備を行っております。

サービスの提供中に、従業者又は養護者（利用者の家族等、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市町村に通報致します。

１４．　ハラスメント対策

男女雇用機会均等法などで定められている「ハラスメント対策に関する事業者の責務」を踏まえた上で介護を行う職員へのハラスメント対策を行っております。利用者様、ご家族様のご協力をお願いする場合がございます。その際は何卒ご理解頂きます様お願い申し上

げます。

１５．　認知症に係る取り組み

介護職員の認知症対応力を向上させていくため、定期的な研修の義務付けや参加の促進を行い、技術・知識の向上を図ります。

１６．個人情報の使用について

利用者様の居宅サービス計画に沿って円滑に介護サービスを提供させていただくために実施されるサービス担当者会議、当事業所と居宅介護支援事業所並びに主治医との連絡調整等において必要な場合には、利用者様及びご家族様の個人情報を最小限の範囲で使用させていただきます。

① 氏名・住所・健康状態・病歴・家族状況等の情報
② 認定調査票・主治医意見書・介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
③ 利用者様本人またはご家族に同意を得たもの
　ただし、必要な情報が得られない場合は、適切なサービスが提供できない可能性があります。

また、下記の場合を除き、ご提供いただいた個人情報を第三者には提供いたしません。

① 法令に基づき司法機関・行政機関から法的義務を伴う要請を受けた場合
② 介護計画上、必要な医療機関からの要請を受けた場合
③ 保険請求のため、保険者にレセプト情報を提供する場合
④ 利用者からの同意を得て指定機関・組織等に提供する場合

　利用者様ご本人よりサービス提供記録などの情報開示を求められた場合は、適宜対応いたします。

当施設の概要

名称	医療法人社団　水火会	
代表者役職・氏名	理事長　茂木　元喜	
所在地・電話番号	高崎市上小塙町567番地　027－343－7788	
定款の目的に定めた事業	診療所、介護保険サービス事業	
施設・拠点等	医療法人社団　水火会　もてき脳神経外科	
	通所リハビリテーション	1ヶ所
	訪問看護	1ヶ所
	訪問リハビリテーション	1ヶ所
	居宅療養管理指導	1ヶ所
	もてき脳神経外科　介護福祉センター	
	通所介護	1ヶ所
	短期入所生活介護	1ヶ所
	もてき介護福祉センター	
	認知症対応型通所介護	1ヶ所
	居宅介護支援事業	1ヶ所
	介護老人保健施設　ジャスミン	1ヶ所

１７．署名

（1）介護サービス提供の開始にあたり、契約書及び本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

【説明者】氏　　名

（2）契約書及び本書面により、事業者から重要な事項の説明を受けるとともに、サービスの開始及び個人情報の使用について説明を受け内容に同意し、受領しました。

令和　　年　　月　　日

【利用者】住　　所

氏　　名

【家　族】住　　所

氏　　名

（続柄　　）

（3）私は、本人の契約意思を確認し本人に代わり上記署名を行いました。

署名代行　理由

署名代行者住所

氏　　名

《持　ち　物》

１．　着替え：利用日数に応じて、必要な数をご用意下さい。

２．　上履き：体操を安全に行うため、運動靴等にしてください。スリッパは大変危険ですのでご遠慮ください。

３．　寝衣：楽な仕度で結構です。

４．　洗面用具（歯ブラシ、歯磨き粉、タオルなど）
入れ歯洗浄剤をお使いの方はお持ちください。

５．　薬（ショートステイ滞在中分）

＊　食事用具はこちらで用意いたします。ご自宅で使い慣れた物がある方は、お持ちいただいても結構です。

＊　入浴用のバスタオルなどはこちらで用意いたします。ご自分のタオルをお使いになりたい方、又はベッド周りに必要な方はお持ち下さい。

＊　併設診療所での診察を希望される方は、医療保険被保険者証のコピーをお持ちください。

＊　すべての持ち物に必ず『名前』をお書きください。

＊　オムツ類は、当事業所より支給させていただきます。