

シルバー日吉ショートステイサービス

重要事項説明書

(令和8年6月1日現在)

1 事業者の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 熊本南福社会
代表者名	理事長 坂本 和香奈
本部所在地	〒860-0833 熊本市 南区 平成2丁目 6番9号 TEL 096-370-0055 FAX 096-370-1868 Eメール kaigo@hiyoshi.or.jp

2 事業所

事業所の名称	シルバー日吉ショートステイサービス
所在地	〒860-0833 熊本市 南区 平成2丁目 6番9号 TEL 096-370-0055 FAX 096-370-1868 Eメール kaigo@hiyoshi.or.jp
事業所番号	4370101976
管理者の氏名	施設長 田畑 公人

3 施設の目的及び運営方針

(1) 施設の目的

この施設は、社会福祉サービスを必要とする者が、心身ともに健やかに生活され、又は社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるとともに、その環境、年齢及び心身の状態に応じ、地域において必要な福祉サービスを総合的に提供されるように援助することを目的とします。

(2) 運営方針

- ① 居宅サービス計画、もしくは介護予防サービス支援計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、相談・援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活ケア、機能訓練、健康管理及び療養上のケアを行います。これにより、短期入所施設利用者が可能な限り居宅において、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サービスの提供を目指します。
- ② 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ます。
- ③ 明るく家庭的な雰囲気のもと、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、居宅介護支援事業所等と密接な連携に努めます。

4 事業所の概要

- (1) 利用定員 14名
- (2) 建物の構造 耐火構造（鉄骨コンクリート造） 2.988 m²
地上2階建
- (3) 居室の種類 個室 4室、2人部屋 3室、4人部屋 1室
- (4) 通常の送迎の実施地域 当施設より半径5^{*}km圏内

5 事業所の職員体制

職 種	人数	区 分				職務内容
		常 勤		非常勤		
		専任	兼任	専任	兼任	
管理者	1名		1名			従業者の管理、事業の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行う。また、従業者に必要な指揮命令を行う。
生活相談員	1名		1名			ご利用者の生活相談、サービスの企画及び実施等を行う。
介護職員	21名以上		21名以上			ご利用者の日常生活全般にわたる生活ケアを行う。
看護職員	1名		1名			ご利用者に対して、健康管理及び看護業務を行う。
機能訓練指導員	1名		1名			日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う。
管理栄養士	1名		1名			ご利用者の栄養面での管理、指導を行う。
嘱託医師	1名				1名	ご利用者に対して、健康管理及び療養上の指導等を行う。

6 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制	備 考
管理者	勤務時間帯 (9:00～18:00) 常勤で勤務	
生活相談員	勤務時間帯 (9:00～18:00) 常勤で勤務	
介護職員	日勤 L (9:00～18:00) 日勤 O (9:00～18:00) 日勤 S (9:00～18:00) 日勤 A (8:00～17:00) 早出①② (7:00～16:00) 早出 F,A,B (7:30～16:30) 遅出①② (10:00～19:00) 夜 勤 (16:30～9:30) 昼間帯は8名～9名で、夜間帯は3名で勤務します。	
看護職員	勤務時間帯 (9:00～18:00) 常勤で勤務	
機能訓練指導員	勤務時間帯 (9:00～18:00) 常勤で勤務	
管理栄養士等	勤務時間帯 (9:00～18:00) 常勤で勤務	

7 短期入所生活介護の内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

① サービス内容

種類	内容
食事	食事時間は朝食 7:00～9:00、昼食 11:30～13:30 夕食 17:00～19:00。
入浴	一人座位入浴を基本に、利用者にあった入浴サービスを提供します。
排泄	利用者の排泄チェック表を作成し、トイレ誘導等を実施しています。「オムツをトイレ代わりにしない」排泄サービスを提供します。
離床・着替え 整容等	日常生活の様々な場面で離床を図り、居室・寄合い所に整容用具を備えて常時サービスの提供を致しております。シーツ寝具類は、利用毎に交換しています。
機能訓練	利用者の主体性に注目した生活リハビリを実施しています。各種自立支援用具を備え、利用者等のご相談に応じます。
健康管理	健康管理等を必要とする利用者は、かかりつけ病院及び主治医との連絡体制を整え、利用者に対する医療上の指示がある場合は、参考意見を求めます。
レクリエーション	季節を楽しむ等、集団的な娯楽を計画し、個別の希望にも添ってQOLの向上を目的としたレクリエーション等を計画いたします。
相談及び援助	利用者とそのご家族からの相談に応じます。
送迎	利用者の心身の状態、ご家族様の事情等からみて送迎を行うことが必要な場合は、送迎を行います。

② サービス費用

原則として介護報酬告示上の額に各利用者の介護負担割合証に記載された負担割合を乗じた額。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払い下さい。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書及び領収書を発行します。

サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要になります。

※介護保険給付対象サービスの費用及び加算については、別紙参照

介護保険給付対象外サービス

種 類	内 容	利用料
理髪・美容	毎月1回の出張による理美容サービスを利用頂けます。施設外の美容院等の希望があればご相談下さい。	2,000 円 (施設内の場合)
レクリエーション	主なレクリエーション行事 ご利用者に楽しんで頂けるレクリエーションを実施致します。	材料・交通費等の実費を ご負担いただく場合もあ ります。
日常生活用品の 購入代行	衣服、スリッパ、歯ブラシ等の日用品の 購入の代行をいたします。	日用品の実費
食 費	食事を提供した場合。ただし、市町村から『介護保険負担限度額認定証』の交付を受けた方は、認定証に記載された負担限度額が利用者負担となります。	別紙【料金表】参照
滞在費	市町村から『介護保険負担限度額認定証』の交付を受けた方は、認定証に記載された負担限度額が利用者負担となります。	別紙【料金表】参照
テレビ貸し出費	希望者のみテレビの貸し出しを行っています。	日額 200 円

- ② その他短期入所生活介護等の中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担いただくのが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

8 利用料等の支払い方法

利用料金等の支払い方法は、口座引き落としを原則とします。利用者の方が指定された預金口座から口座振替、または通常郵便貯金から自動払込みによりお支払いいただきます。サービス利用前に申込書をお渡しし、手続き致します。

支払期日は利用月の翌月20日（当日が金融機関休業日の場合は翌営業日）とします。事前に請求書をお渡しし、入金確認後に領収書を発行します。

なお、現金でのお支払いをご希望の場合はご相談ください。

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口等

窓口責任者 田畑 公人

窓口担当者 永田 忠寛

〒860-0833 熊本市南区平成2-6-9 シルバー日吉

TEL 096-370-0055 FAX 096-370-1868

第三者委員

岡崎 五穂

熊本市南区近見1丁目11-3

TEL 325-0173

その他事項

当事業所に対する苦情については当事業所で責任を持って対応しますが、他の機関(熊本市健康福祉局 高齢者支援部 介護事業指導課・電話 328-2793、国民健康保険団体連合会・電話 214-1101(苦情相談受付窓口)) への申し立てもできます。

10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホームシルバー日吉防災計画」に則り対応を行います。			
避難訓練 及び 防災設備	別途定める「特別養護老人ホームシルバー日吉防災計画」に則り、年2回昼間及び夜間を想定した避難訓練等を実施します。			
	設備名称	有無	設備名称	有無
	1.スプリンクラー	有	3.防火戸・防火シャッター	有
	2.消防局自動転送システム	有	4.屋内消火栓	有

11 緊急時等における対応方法

(利用者氏名 _____)

ご利用中に病状の急変等があった場合は、速やかに利用者の主治医等、緊急時連絡先へ連絡します。

かかりつけ医 主治医	病院名 及び 所在地等	【病院名】 _____ TEL _____ FAX _____ 〒 _____ 市・町・村 区 丁目 番号
	医師等氏名	_____
	備考	_____ _____

緊急時連絡先 (家族等)	住所等	TEL _____ 携帯 _____ FAX _____ 〒 _____ 市・町・村 区 丁目 番号
	氏名(続柄)	()
	備考	

1 2 協力医療機関

医療法人 清和会 平成とうや病院

1 3 事故発生時の対応

本事業所でサービスの提供により事故が発生した場合は、必要な応急処置（事故対応マニュアル）を行い、速やかに熊本市(高齢介護福祉課)に連絡します。

1 4 施設の利用にあたっての留意事項

- (1) 面会時間は、10:00～16:30 となっております。
- (2) 外出は、職員に申出をしてお願いします。
必要により介助等を行います。
- (3) 事業所内の設備等は、本来の用途に従ってご使用下さい。
- (4) 喫煙は、敷地内全面禁煙です。
- (5) 所持金品は、自己管理されるか、事業所での保管管理をされるか、自由ですので事前にご相談下さい。
- (6) 事業所内にペットを同伴されたい方は、事前にご相談下さい。

1 5 個人情報に関する同意について

下記の利用目的で個人情報の使用、提供をすることがあります。

- (1) 居室及びベッドのネーム表示。
- (2) 居室及び廊下等の写真の掲示。
- (3) 施設掲示板への個人情報の掲示。(誕生日・施設広報等)
- (4) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のための情報提供。
- (5) 施設サービス計画書に基づくサービス担当者会議での情報提供。
- (6) 施設内会議での情報提供。
- (7) 入院、健康管理のため医療機関等に対する情報提供。

- (8) 利用サービス向上のため、他の施設、病院、居宅介護支援事業所、もしくは地域包括支援センター等に対する情報提供。
- (9) 県、市役所等との連絡、調整のための情報提供。
- (10) その他サービス提供で必要な情報提供。

1.6 ご利用者へのお願い

サービス利用の際は、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業所、もしくは地域包括支援センターが交付するサービス利用票を提示下さい。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、短期入所生活介護等のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

熊本市南区平成2丁目6番9号
社会福祉法人 熊本南福社会
シルバー日吉ショートステイサービス
事業所番号 4370101976
理事長 坂本 和香奈 (印)

(説明者) 職 名 _____

氏 名 _____ (印)

私は、重要事項説明書に基づいて、短期入所生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)