

短期入所生活介護重要事項説明書

<令和8年2月1日現在>

1. 転生園サテライト短期入所生活介護事業所（以下事業所という）が提供する、短期入所生活介護サービスについての相談窓口

電話 098-995-6801（午前9時～午後5時まで）

担当 生活相談員 玉城勝美

介護支援専門員 嘉数洋平

※ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

当施設は介護保険の指定を受けています。
(沖縄県指定番号 第4795700048号)

2. 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類

事業所名 転生園サテライト短期入所生活介護事業所

介護保険制度にもとづく短期入所生活介護サービス

(2) 当該事業所を運営する法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 転生会

代表者役職・氏名 理事長 幸地 伸

本部所在地 沖縄県島尻郡八重瀬町字安里670番地

電話番号 098-998-7652

提供している 短期入所生活介護サービス（ショートステイ）

サービス 介護老人福祉施設サービス（特別養護老人ホーム）

地域密着型介護福祉施設（サテライト型）

通所介護サービス（デイサービス）

居宅介護支援事業所（ケアプラン作成等）

予防サービス（通所独自、短期入所）

総合事業（通所C）、訪問C）

(3) 運営の方針

- ① 事業所の短期入所生活介護従業者は、要支援者の心身の特性を踏まえて、その御利用者様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事ができるよう、さらに御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その御家族の身体的、精神的負担の軽減を図る為に、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行ないます。

②サービス提供に当たっては、ご利用者又は、他のご利用者の生命又は、身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束及び抑制（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。しかし、やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、そのご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由をご家族に説明し、同意を得ます。施設は身体的拘束等の適正化を図るための指針を整備し、指針に従って委員会の開催や職員研修の実施等の措置を講じます。

③ 事業の実施にあたっては、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行ない、市町村等、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(4) 居室の概要

当該事業所では以下の居室・設備をご用意しています。

入居される居室は、個室です。介護予防短期入所生活介護計画（ケアプラン）やサービス実施計画などによって、居室の移動が行われる事がありますので、あらかじめご了承ください。

居室の種類	室数	1室あたりの面積
1人部屋	4室	21.6㎡～

設備の種類	室数	備考
食堂	1室	
機能訓練室 (食堂と兼務)	1室	【主な設置機器】 マッサージ器・平行棒・メドマー・ 電動手・足トレニングマシン
一般浴室	1室	
医務室		サテライトの為、転生園特養に設置
静養室	1室	1ベッド

※ 機能訓練室・浴室部分及びそれ以外の部分の共通設備

(5) 職員体制

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	人員	指定基準
管理者	1名	1名
事務員	1名以上	
介護支援専門員	1名以上	1名
生活相談員	1名以上	1名
介護職員	10名以上	10名
看護職員	1名以上	1名

機能訓練指導員	1名以上	1名
医師	2名	1名
管理栄養士	1名	1名
栄養士	1名	1名

3. サービスの内容

短期入所生活介護サービスの内容は、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者又は御利用者様御本人等の作成した介護予防サービス・支援計画書に基づいて、次に掲げるもののうち必要と認められるサービスを行なうものとする。ただし、介護予防サービス・支援計画書が作成されていない場合は、次に掲げるもののうち本会与御利用者様等との相談（確認）によって選定しサービスを行います。

(1) サービスの概要

種類	内容
居住の提供	・清潔で居心地の良い環境を提供いたします。
食事	・管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに御利用者様の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を、適切な時間に提供します。 ・施設は、御利用者様が可能な限り離床して、食堂にて食事を摂っていただけるよう支援します。 (食事時間) 朝食 7:30～ 昼食 11:30～ 夕食 17:30～ ・食後の口腔ケアの支援を行います。
入浴	・入浴又は清拭を1日置きに行います。 (場合によっては随時) ・寝たきりの方でも入浴機器等を利用して入浴することができます。
排泄	・排泄の自立を促す為、御利用者様の身体能力を最大限活用した援助を行います。

(2) アクテビィティ・サービスに関する事

御利用者様が生きがいのある、快適で豊かな日常生活を送る事ができるような生活援助（支援）や家庭での日常生活に必要な基礎的なサービス（訓練）及び機能低下を防ぐ為、必要な訓練を行ないます。又、御利用者様の身体的、精神的な疲労回復と気分転換が図れるよう各種サービスを提供します。

- ① レクリエーション
- ② グループワーク
- ③ クラブ活動
- ④ 体操
- ⑤ 休養（養護）

(3) 個別機能訓練

御利用者様の心身等の状況に応じて、訓練を実施します。

作業療法等を取り入れ、心理的機能低下を防止するように努めます。

- (4) 健康管理
医師や看護職員が、健康チェックを行ないます。
- (5) 栄養マネジメント
栄養改善を目的として、個別に栄養ケアマネジメントを作成し、サービスを行ないます。
- (6) 口腔機能向上
口腔機能が低下している御利用者様に個別で口腔清掃、嚥下訓練を行ないます。
- (7) 送迎に関する事
障害の程度、地理的条件、その他の理由により送迎を必要とする御利用者様については必要な支援、サービスを提供します。
 - ① 移動、移乗動作の介助
 - ② 送迎
- (8) 相談、助言に関する事
御利用者様及びその御家族の日常生活における身上、介護等に関する相談及び助言を行ないます。
 - ① 日常生活動作訓練の相談、助言
 - ② 日常生活自助具の利用方法の相談、助言
 - ③ 住宅改造に関する相談、助言
 - ④ その他必要な相談、助言

4. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

介護支援計画書作成後に、地域包括支援センター、介護支援専門員と相談して、お申し込み下さい。当該事業所の短期入所生活介護従業者がお伺い致します。その後、介護予防入所生活介護計画を作成して、契約を結び、サービスの提供を開始します。

(2) 短期入所生活介護計画の作成

- ① 当該事業所の担当者は、御利用者様の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、短期入所生活介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した短期入所生活介護計画を作成します。
- ② 短期入所生活介護計画は、既に居宅サービス支援計画書が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。
- ③ 当該事業所の担当者は、短期入所生活介護計画の作成に当たっては、その内容について御利用者様又はその御家族に対して説明し、御利用者様の同意を得るものとします。
- ④ 当該事業所の担当者は、短期入所生活介護計画を作成した際には、短期入所生活介護計画を御利用者様に交付します。

(3) サービスの終了

① 御利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当該事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 御利用者様が介護保険施設に入所された場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた御利用者様の要支援認定区分が、要介護又は、非該当（自立）と認定された場合
- ・ 御利用者様がお亡くなりになった場合

④ 提供拒否の禁止

- ・ 当該事業所は、正当な理由なく短期入所生活介護サービスの提供を拒みません。

⑤ その他

- ・ 当該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、御利用者様又は、御家族に対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、又は当該事業所が破産した場合、御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。
- ・ 御利用者様が、サービス利用料金の支払いを6ヶ月以上遅延し、料金をお支払いいただくよう催告したにもかかわらず30日以内にお支払いいただけない場合、又は御利用者様や御家族等が当該事業所や当該事業所の介護予防短期入所生活介護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。

(4) サービス利用に当たっての留意事項

来 訪 ・ 面 会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出て下さい。 来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得て下さい。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従って御利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫 煙 ・ 飲 酒	喫煙は、決められた場所以外ではお断りします。飲酒はできません。
迷 惑 行 為 等	騒音等他の契約者の迷惑になる行為は御遠慮願います。又、むやみに他の御契約者の居室等に立ち入らないようにしてください。

5. 利用中の中止

御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計算します。

※ 以下の場合に、利用途中でもサービスを中止する場合があります。

- ・御利用者様が中途退所を希望した場合
- ・入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・御利用中に体調が悪くなられた場合
- ・他の御利用者様の生命または健康に重大な影響をあたえる行為があった場合

6. 実施地域

通常の事業の実施地域は、八重瀬町になります。

ただし、その他の地域については、ご相談に応じるものとします。

7. 料金

(1) 利用料金

※ 利用料金は利用料別紙のとおりです。

(2) 支払方法

御利用料金は、1ヶ月ごとに計算し請求いたしますので、口座自動引き落としにてお支払いください。引き落とし日は翌月17日となります。

8. 記録整備

当該事業所は、御利用者様に対するサービスの提供に関する下記に掲げる記録を整備し、その完結の日から五年間保存します。

- (1) 短期入所生活介護計画書
- (2) 具体的なサービスの内容等の記録
- (3) 市町村への通知に係る記録

9. 非常災害時の対策

別途定める「当施設消防計画」に沿って対応します。

地域の消防団との協力連携を図り、非常時には相互の応援を仰ぐ協力関係にあります。また、施設と消防署とは非常通報装置により非常連絡が行なえる体制を整えています。別途定める当該事業所の消防計画にのっとり年2回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を、施設に御入居の皆様と合同で実施します。

訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう、連携に努め、実施します。

1 2. サービス等の第三者評価の実施状況について

当施設で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行います。

実施の有無	実施なし
実施した直近の年月日	
評価の実施機関名	
評価結果の開示状況	

1 3. 秘密保持

当該事業所及び通所介護従業者は、サービス提供をする上で知り得た御利用者様及びその御家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

1 4. 個人情報保護

当該事業所は、以下の場合に限り、御利用者様及び御家族に関する心身等の情報を含む個人情報を提供できるものとします。

- (1) 介護支援専門員と介護サービス事業所との間で開催されるサービス担当者会議において必要な情報を提供します。
- (2) 介護支援専門員又は介護サービス事業所との連携、連絡調整が必要な時。
- (3) 御利用者様が体調等を崩され、又は怪我等で医療機関へ行かれた時に、医師及び看護師等に身体状況や病状等を説明する必要がある時。

1 5. 事故発生時の対応

- (1) 御利用者様に対する短期入所生活サービスの提供により事故が発生した場合は速やかに御利用者様の家族、市町村、沖縄県介護保険広域連合に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じるものとします。
- (2) 前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
- (3) 御利用者様に対する短期入所生活サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害補償を速やかに行ないます。

1 6. ハラスメントの対応

- ・当施設は、適切な施設介護サービスの提供を確保する観点から、ハラスメントを許さないという基本方針のもと、サービスの中断や契約を解除する場合があります。施設の快適性、安全性を確保するためにも、ご協力をお願いします。
- ・下記のような職員へのハラスメントは、固くお断りします。

身体的暴力	・身体的な力を使って、危害を及ぼす行為 例：コップを投げつける。叩く。唾を吐く。
精神的暴力	・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 例：怒鳴る。威圧的な態度で文句を言う。 理不尽なサービスを要求する。
セクシャル ハラスメント	・意にそぐ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 例：必要もなく手や腕を触る。抱きしめる。卑猥な言動を行う。

17. 虐待防止のための措置に関する事項

- (1) 施設における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 施設における虐待の防止のための指針を整備し、虐待防止の処置を講じます。
- (3) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施し意識を高め実践に繋がります。
- (4) 虐待防止の措置を適切に実施するために担当者を定めます。

◎短期入所生活介護御利用にあたり、御利用者様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。

令和 年 月 日

【事業者】 <所在地> 沖縄県島尻郡八重瀬町仲座420-1
 <名称> 転生園サテライト短期入所生活介護事業所
 管理者 照屋 規琢
 <説明者> 所属 指定介護老人福祉施設
 氏名

◎私は、契約書および本書面により、当該事業者から短期入所生活介護についての重要事項の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

【利用者】
 <氏名>

【代理人】
 <氏名>
 <続柄>