

社会福祉法人 麗寿会 ふれあいの麗寿  
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

(多床短期)

1 事業の目的と運営方針

要介護状態又は要支援状態にある方に対し、適正な短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を提供することにより要介護状態又は要支援状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2 事業者の内容

(1) 事業者の内容

業者名	特別養護老人ホーム ふれあいの麗寿
介護保険事業所番号	1472402849
所在地	神奈川県茅ヶ崎市南湖1-6-15
管理者の氏名	施設長兼管理者 高橋 大輔
電話番号	0467-85-1122
FAX 番号	0467-85-1129
サービスを提供する地域	茅ヶ崎市及び平塚市と寒川町の一部

(2) 事業所の従業者体制

従業者の職種	職務の内容	常勤	非常勤	合計
施設長(管理者)	業務の一元的管理	1名		1名
生活相談員	生活相談及び指導	1名		1名
看護職員	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理	3名	3名	6名
機能訓練指導員	身体機能の向上・健康維持のための指導	1名		1名
介護職員	介護職員	19名	7名	26名
栄養士 (管理栄養士)	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	1名		1名
調理員その他の従業者		委託		

(3) 設備の概要

定員 49名(長期入所の空床利用型)

○ 居室 4人部屋×12部屋 (個室1室)

○ 食堂

利用者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が使用できるテーブル・椅子・箸や食器類などの備品類を備えます。

○ 浴室

浴室には利用者が使用しやすい適切なものを設けます。

○ 洗面所及び便所

必要に応じて各階各所に洗面所や便所を設けます。

○ その他の設備

設備としてそのほかに、医務室・静養室・洗濯室・汚物処理室・介護材料室・調理室・相談室・会議室等を設けます。

### 3 サービスの内容

#### (1) 基本サービス

① 短期入所生活介護計画又は介護予防短期入所生活介護計画の立案

利用期間がおおむね4日間以上の場合、利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、短期入所生活介護計画又は介護予防短期入所生活介護計画を作成します。その内容を利用者及びその家族に説明し同意を得ます。

短期入所生活介護計画又は介護予防短期入所生活介護計画を作成した際は、当該計画を利用者に交付します。

② 食事

- ・ 食事は利用者の心身の状態、嗜好を考慮し適切な時間に合わせ調理します。
- ・ 医師の指示による食事の提供を行います。

③ 入浴

週に2回以上入浴していただけます。ただし、利用者の体調等により、回数減又は清拭となる場合があります。

④ 介護

短期入所生活介護計画又は介護予防短期入所生活介護計画に沿った介護を行います。

- ・ 更衣、排泄、食事、入浴等の介助
- ・ 体位交換、シーツ交換、事業所内の移動の付き添い等

⑤ 機能訓練

日常生活動作の維持又は向上を日ごろの生活の中で実施します。

⑥ 生活相談

生活相談員をはじめ従業者が、日常生活に関すること等の相談に応じます。

⑦ 健康管理

利用中の医療機関の受診は、基本的にご家族に対応いただきます。ただし、利用開始後必要に応じて、健康状態を把握するため、嘱託医へ外来し受診する場合があります。

#### (2) その他のサービス

① 理容室

毎月、理美容の機会を設けていますので、利用期間中に行われる場合で、希望の方は申し出てください。

② 所持品の管理

保管できるスペースに限りがありますので、事前の連絡をお願いします。

③ レクリエーション

年間を通して事業所内外の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかるものがあります。(利用期間中に行われる場合)

#### 4 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告知上の額として設定します。

##### ■ 介護報酬告知額

(1) 基本料金 別途料金表通り

(2) 加算料金等 別途料金表通り

(3) 負担限度額(減免)について

利用者の所得に応じ下記の事項に該当する者は、申請により保険者(市町村)から「介護保険負担限度額認定証」(以下、認定証)が交付されますので、利用の際には提示をお願いします。(尚、交付の要件にみたしているが認定書を有していない場合や認定証の提示がない場合には減免の対象となりませんので予めご了解ください。

##### ■ その他の費用

(1) 食事の提供に要する費用

(2) 居住費に要する費用

(3) 利用者が選定する特別な居室の提供に関する費用の額

あらかじめ利用者の選択により外食、注文食、行事食など(1)に定める通常の食事の提供に要する費用の額では困難な食事の額については、通常の食費を控除した額を利用者が負担します。当該額は、提供ごとの食事の内容による価格とします。

(4) 理美容代 実費(利用料の請求時に合わせてお支払いください。)

(5) その他

① 利用者の嗜好品の購入、行事への参加費など諸々費用は実費(販売業者へ直接お支払い下さい。)

② キャンセル料

計画的に位置づけられた利用日を中止した場合には、次のキャンセル料を申し受けます。

- ・ 利用前日までにご連絡いただいた場合 無料
- ・ 利用当日にご連絡いただいた場合(連絡無き場合含む) 食事代実費分

## 5 サービス利用に当たっての留意事項

- ① 利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報下さい。
- ② 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業員に声をかけてください。
- ③ 事業所内での金銭及び食物等のやりとりはご遠慮下さい。
- ④ 従業員に対する贈物や飲食のもてなしはお受けできません。

## 6 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回利用者及び従業員等の訓練を行います。

## 7 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

## 8 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 9 守秘義務に関する対策

事業者及び従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を厳守します。また、退職後においてもこれらの秘密を厳守すべき旨を、従業員との雇用契約の内容としています。

## 10 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため、業務マニュアルを作成し従業員教育を行います。

## 11 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族に十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、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について記録します。

## 1 2 苦情相談窓口

- サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室      窓口担当者：短期入所相談員  
ご利用時間        月～金曜日 9時00分～18時00分  
ご利用方法        電話番号：0467-85-1122

- 公的機関においても、次の機関で苦情申し出ができます。

### 茅ヶ崎市介護保険課

所在地   ：神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1  
電話番号：0467-82-1111  
受付時間：8時30分～17時00分（土日、祭日を除く）

### 神奈川県国民健康保険団体連合会介護保険課

所在地   ：神奈川県横浜市西区楠木町27-1  
電話番号：045-329-3400  
受付時間：8時30分～17時00分（土日、祭日を除く）

## 1 3 協力医療機関

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力いただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。しかし、原則的にはかかりつけの病院にかかっているようお願いいたします。

### ■ 協力病院

- ・ 名称   医療法人社団 康心会 湘南東部総合病院
- ・ 住所   神奈川県茅ヶ崎市西久保500
- ・ 名称   医療法人社団 康心会 茅ヶ崎中央病院
- ・ 住所   神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎2-2-3

### ■ 協力歯科医療機関

- ・ 名称   エメロード歯科クリニック
- ・ 住所   神奈川県茅ヶ崎市新栄町8-8-2F

### ■ 緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「緊急連絡先及び情報シート」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

## 1 4 損害賠償について

当施設において、施設の責任により利用者に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、利用者の故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

指定短期入所生活介護サービス又は指定介護予防短期入所生活介護サービスの開始に  
当たり、利用者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、交付しました。

<事業者>

所在地 神奈川県茅ヶ崎市南湖 1 - 6 - 1 5  
事業署名 社会福祉法人麗寿会 ふれあいの麗寿

管理者 施設長兼管理者 高橋 大輔 

説明者 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定短期入所生活介護サービス又は指定介護  
予防短期入所生活介護サービスについて、重要事項の説明を受け、同意し、交付を受け  
ました。

年 月 日

<利用者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

<利用者代理人（選任した場合）>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）