

短期入所生活介護孝明館

介護予防短期入所生活介護孝明館

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています
長野県指定 第2072700558号

当施設はご契約者に対して短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護・要支援」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも入所は可能です。

目次

1、施設経営法人	P1
2、ご利用施設	2
3、建物等の概要	2
4、職員の配置状況	2、3
5、当事業所が提供するサービス	3、4
6、施設を退所していただく場合	4、5
7、秘密保持	5
8、虐待防止	5
9、身体拘束	6
11 褥瘡対策	6
12、衛生管理について	6
13、緊急時の対応	6
14、非常災害対策	6
15、苦情処理について	7
16、福祉サービス第三者評価事業	7

別表 サービス利用料金表

1、施設経営法人

- (1) 法人名.....社会福祉法人 孝 明
- (2) 法人所在地.....安曇野市明科七貴3681番地
- (3) 電話番号.....0263-62-5880
- (4) 代表者.....理事長 丸山 慶 四 郎
- (5) 設立年月.....平成2年5月8日

2、ご利用施設

事業の種類	長野県知事による事業者指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
指定介護老人福祉施設	令和2年4月1日	2072700228	64名
短期入所生活介護	令和3年4月1日	2072700558	6名
介護予防短期入所生活介護	令和3年4月1日		

3、建物等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として4人部屋ですが、個室など他の種類への入居をご希望される場合は、その旨お申し出ください。(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。)

(1) 建物の概要

構造	鉄筋コンクリート造り平家建
敷地面積	11,900 m ²
介護老人福祉施設	2,371 m ²
短期入所生活介護	117 m ²
延床面積	2,788 m ²

(2) 居室の概要

居室・設備の種類	室数	備考	居室・設備の種類	室数	備考
従来型個室	2		特別浴室	1	
2人部屋	6	内1部屋床対応	個浴室	1	
4人部屋	14		機能訓練室	2	
医務室	1		洗濯室	1	
静養室	1		ボランティア室	1	
食堂	1		休息室	1	
一般浴室	1				

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に設置が義務づけられている施設です。(ボランティア室・休息室は除く)この施設・設備のご利用にあたって、ご契約者に特別なご負担いただく費用はありません。

4、職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供する職員として、以下の種類の職員を配置しています。

主な職員の指定基準・配置状況・勤務体制（介護老人福祉施設と兼務）

職種	勤務体制	指定基準 (常勤換算)	配置状況 (常勤換算)
施設長	正規の勤務時間(午前8:30～午後5:30)常勤で勤務	1以上	1

生活相談員	正規の勤務時間(午前8:30～午後5:30)常勤で勤務	1	1以上
介護職員	早番 (午前6:45～午後3:45) 早番 (午前7:30～午後4:30) 日勤 (午前8:45～午後5:45) 遅出 (午前10:30～午後7:30) 夜勤 (午後3:30～午前9:30)	21以上	21以上
看護職員	早番 (午前7:30～午後4:30) 日勤 (午前8:45～午後5:45) 遅番 (午前9:30～午後6:30)	3以上	3以上
機能訓練指導員	看護職員が兼務します		1以上
医師	外科・内科 週2回 神経科月2回		非常勤
管理栄養士 調理員	正規の勤務時間(午前8:30～午後5:30)常勤で勤務 調理勤務 早出A(午前5:30～午後2:30) B(午前8:00～午後5:00) 日勤 (午前8:30～午後5:30) 遅出C(午前10:00～午後7:00) N(午前 10:30～午後 7:30)	1	1以上

※ご利用者様3人に対し1名以上の介護・看護職員を配置しています。

※夜勤は3名の介護職員が担当いたします。

※不規則勤務体制をとる為、上記人数が毎日出勤するわけではありません。

5、当施設が提供するサービス

(1) 介護保険の給付対象サービス

種類	内 容
短期入所・介護予防短期入所生活介護計画作成	・ご利用者の身体の状況等を把握し、在宅での生活を考慮した短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)計画原案を作成し、説明いたします。ご利用者、ご家族の希望等をうかがい、同意を得て、短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)計画を策定し、サービスを提供いたします。
食事介助	・ご契約者の自立支援の為に離床を勧め、食堂にて食事をとっていただく事を原則としています。 (食事時間) 朝食 7:30～8:30 昼食 12:00～13:00 夕食 18:00～19:00
入浴介助	・週2回以上の入浴又は清拭を実施します。 ・寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。
排泄介助	・ご契約者の身体状況に合った方法で、排泄の自立をめざし援助します。 ・ご契約者のプライバシーを傷つけることのないように配慮して援助します。
機能訓練	・機能訓練指導員を中心に、心身等の状況に合わせた日常生活を送るのに必要な機能の回復・維持を目差して訓練を実施します。
健康管理	・囑託医、看護職員により、健康管理を行います。 内科・外科 伊藤医院 医師 伊藤 邦俊 (毎週2日以上診療) ・医師の診察については医療保険を使った別会計になります。
送迎介助	・入退所時、居宅介護支援事業者及び地域包括支援センターからのケアプランにより、ご自宅と施設の間の送迎を実施いたします。

その他 自立への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止の為、できるだけ離床に配慮します。 ・レクリエーション・行事を行い、充実した施設での生活をめざします。 ・清潔で快適な生活を提供できるよう、館内の清潔、ご利用者に対して適切な整容を支援します。
---------------	---

(2) 介護保険の給付対象外サービス

種 類	内 容
居 室 の 提 供	<ul style="list-style-type: none"> ・冷暖房完備による快適な居室の提供。 ・4人部屋(多床室に該当)。 ・個室(従来型個室に該当)2部屋。
食 事 の 提 供	<ul style="list-style-type: none"> ・食材料の提供及び調理サービス。 ・管理栄養士の立てる献立により、栄養とご利用者の心身状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
特 別 な 食 事	・ご契約者の希望により提供する特別な食事。(例 酒付き夕食等)
理 美 容	・職員により理美容サービスを行います。
個人を特定できる日用品	・契約者の希望により歯ブラシ等の個人を特定できる日用品を提供します。
特別なレクリエーション	・ご契約者の希望によりレクリエーション活動に参加していただけます。
複 写 物 の 交 付	・ご契約者及びご家族は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とするときには実費をご負担いただきます。

6、施設を退所していただく場合

当施設では以下のような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくこととなります。

- ①要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ②事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ③施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ご契約者から退所の申し出があった場合(詳細は以下をご参照ください)
- ⑥事業者から退所の申し出を行った場合(詳細は以下をご参照ください)

(1) 契約者からの退所の申し出(中途解約・契約解除)

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所希望日の7日前までに申し出てください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- ①介護保険(介護予防)給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご契約者が入院された場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)サービスを実施しない場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥他のご利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者から退所の申し出を行った場合(契約解除)

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にご利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが6ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご利用者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他のご利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご利用者が介護老人保健施設等に入所した場合もしくは介護療養型医療施設・介護医療院等に入院した場合

(3) 円滑な退所のための援助

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- * 適切な病院もしくは診療所又は介護保険施設等の紹介
- * 居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの紹介
- * その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介
- * 在宅生活の指導・援助

7、秘密保持

当事業所の従業員は、在職中のみならず退職後においても正当な理由がなく、職務上知り得たご利用者又はそのご家族等の秘密を他に漏らしません。

サービス担当者会議等において、ご利用者の個人情報、ご家族の個人情報をを用いる場合には、あらかじめ、ご利用者及びご家族の同意を文書にて得てから用いることとします。又ご利用者に関する個人情報を提供する際には、社会福祉法人 孝明 個人情報に関する基本規則に則り、適切に取扱いその保護に努めます。

8、虐待防止

当該及び従業員は、高齢者虐待行為及び虐待につながる行為は行いません。

また、高齢者虐待防止法による通報義務を果たすとともに、市町村・地域包括支援センター等と連携し、地域での高齢者虐待の早期発見に努めます。

9、身体拘束

入所者又は他の入所者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、身体拘束その他入所者の行動を制限する行為を行わない。

やむを得ず、身体拘束その他入所者の行動を制限する場合は、ご家族にその理由をご説明し、身体拘束行為について同意を書面によりいただいて実施します。また、拘束時の状況・時間の記録をとり、身体拘束廃止に向けての検討を行い、身体拘束を行わない介護を目指します。

10、褥瘡の対策について

当施設では、ご利用者に対して良質なサービスを提供する取り組みのひとつとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための体制を整備します。

11、衛生管理について

ご利用者の使用する施設、設備及び食器、その他飲用の水等について、衛生的な管理に努め、医薬品などの管理を適正に行います。

施設において感染症が発生し、又はまん延しないように感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を定め、必要な措置を講ずるための体制を整備いたします。

12、緊急時の対応

安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供するために事故発生の防止のための指針を定め、介護医療事故を防止するための体制を整備します。

また、サービス提供等に事故が発生した場合は、看護職員等による応急的対応後、関係医療機関において必要な対策を講じ、ご家族等にご連絡いたします。ご家族への連絡は、入所申し込みの際ご記入いただく緊急時連絡先へ連絡させていただきます。

13、非常災害対策

非常災害に関する孝明館防災計画により、非常災害に備える定期的な避難・救出その他の訓練を実施します。

非常災害等発生した場合施設長は職員を非常召集し、人命救助・その保護を最優先に、財産の保持、災害の防止並びに軽減に万全を期します。

14、苦情処理について

当施設における苦情やご相談を下記のとおり受け付けます。

- * 苦情解決責任者 施設長 北條 英明 TEL 0263-62-5880
- * 苦情受付担当者 生活相談員 麻和 昇 TEL 0263-62-5880
- * 受付時間 毎週月曜～金曜日 午前8時15分～午後5時30分
- * 利用者・ご家族の意見等を把握する取組 意見箱の設置 あり

また、各市町村及び長野県国民健康保険団体連合会へ申し出ることもできます。

- 安曇野市保健医療部 介護保険課 TEL 0263-71-2472
- 長野県国民健康保険団体連合会 TEL 026-238-1580

15、福祉サービス第三者評価事業

第三者評価事業の実施 なし 評価結果の公表 なし

サービス利用料金……………別添

令和 年 月 日

短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 孝明館

説明者 生活相談員

私は、本書面にに基づいて事業者から重要事項の説明を受け、短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者住所

氏 名

ご契約者氏名

ご利用者との続柄 ()