

短期入所生活介護「ショートステイ寿和苑」

重要事項説明書

I あなたに対する短期入所生活介護サービスの提供にあたり、介護保険法に関する岐阜県条例79号第7条に基づき、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

| | |
|---------|---------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 武芸会 |
| 事業者の所在地 | 岐阜県関市武芸川町跡部1555番地の1 |
| 代表者の氏名 | 河内 美文 |
| 電話番号 | (0575) 46-1131 |

2. 利用施設

| | |
|------------|--------------------|
| 施設の名称 | ショートステイ 寿和苑 |
| 施設の種類 | 短期入所生活介護 |
| 施設の所在地 | 岐阜県関市武芸川町跡部1555番地1 |
| 都道府県知事指定番号 | 2170900084 |
| 施設長の名称 | 河内 美文 |
| 電話番号 | (0575) 46-1131 |
| FAX番号 | (0575) 46-1132 |

3. 利用施設に併設して実施する事業

| 事業の種類 | 都道府県知事の指定 | | 利用定員 | 市町村基準該当サービス |
|----------------------------|-----------|------------|------|-------------|
| | 指定年月日 | 指定番号 | | |
| 地域密着型通所介護 | H28.4.1 | 2170900175 | 10名 | 関市総合事業 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業 第一号通所事業 | H30.2.13 | | | |
| 介護老人福祉施設 | H12.3.28 | 2170900084 | 80名 | |
| 特定施設入居者生活介護施設 | H16.4.1 | 2170900282 | 21名 | |

4. 施設の目的と運営の方針

施設の目的 介護保険法等関係法令及び短期入所生活介護サービス契約書に従い、可能な限り居宅においてその能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう、各種サービスを提供します。サービス提供にあたっては、利用者の要介護状態区分、利用者の被保険者証に記載された認定審査会の意見に従いサービスを提供します。

施設の方針 利用者が可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活上の支援及び日常動作訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活の維持又は向上を目指します。又、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5. 施設の概要 短期入所生活介護 「 ショートステイ 寿和苑 」

| | | |
|-----|-----------------------|----------------------|
| 敷 地 | 11,219 m ² | |
| 建 物 | 構造 | 鉄筋コンクリート造 |
| | 延床面積 | 5,500 m ² |
| | 利用定員 | 20 名 |

(1) 居室

| 居室の種類 | 室 数 | 面 積 | 1人あたり面積 |
|-------|-----|-----------------------|--------------------|
| 4人部屋 | 5 | 191.65 m ² | 9.5 m ² |

(2) 主な設備

| 設 備 の 種 類 | 数・その他備考 |
|-----------|------------------------|
| 食堂 | 1 |
| 機能訓練室 | 1 |
| 浴室 | 1ヶ所 一般浴槽：2槽／特殊浴槽：2基 |
| 医務室 | 1 |
| 洗面所 | 2箇所 |
| 便所 | 2箇所 (ウォシュレット設備 無) |

6. 職員体制

当施設では、ご契約者に対して施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

| 配 置 | 指 定 基 準 |
|------------|---------|
| 1. 管理者 | 1 名 |
| 2. 生活相談員 | 1 名 |
| 3. 看護職員 | 1 名 |
| 4. 介護職員 | 3 : 1 名 |
| 5. 看護職員 | |
| 6. 機能訓練指導員 | 1 名 |
| 7. 介護支援専門員 | 1 名 |
| 8. 医師 | 非常勤 1 名 |
| 9. 栄養士 | 1 名 |

7. 職員の勤務体制

| 従業員の職種 | 勤務体制 | |
|---|--------------|---------------|
| 管理者 | 日勤 | 8:30 ~ 17:30 |
| 医師 | 毎週 火・土曜日 | 13:00 ~ 15:00 |
| 生活相談員 介護職員 看護師 看護職員 栄養士 機能訓練指導員 介護支援専門員 | 早番① | 6:00 ~ 15:00 |
| | 早番② | 7:00 ~ 16:00 |
| | 早番③ | 7:30 ~ 16:30 |
| | 早番④ | 8:00 ~ 17:00 |
| | 日勤 | 8:30 ~ 17:30 |
| | 遅番① | 9:00 ~ 18:00 |
| | 遅番② | 10:00 ~ 19:00 |
| | 遅番③ | 10:30 ~ 19:30 |
| | 遅番④ | 11:00 ~ 20:00 |
| | 夜勤① | 16:00 ~ 10:00 |
| 夜勤② | 22:00 ~ 7:00 | |

8. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明な点や疑問、苦情等がございましたら、下記に記載の窓口へお気軽にご相談下さい。又、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

| 相談窓口 | 名称・担当者 | 電話番号 |
|------|--------------------------|-------------------|
| 寿和苑 | 生活相談員 : 奥村 侑弥 | (0575) 46-1131 |
| | 介護支援専門員 : 森 奈津子 | |
| | 第三者委員 : 井藤 廣一・武藤 壽・中島 寛孝 | |
| 外部機関 | 岐阜県運営適正化委員会 苦情相談窓口 | (058) 278-5136 |
| | 岐阜県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 | (058) 275-9826 |

9. 協力医療機関

| | |
|---------|----------------|
| 医療機関の名称 | 美濃市立美濃病院 |
| 院長名 | 阪本 研一 |
| 所在地 | 岐阜県美濃市中央4丁目3番地 |
| 電話番号 | (0575) 33-4724 |

| | |
|---------|----------------|
| 医療機関の名称 | 岐北厚生病院 |
| 院長名 | 齋藤 公志郎 |
| 所在地 | 岐阜県山県市高富1187-3 |
| 電話番号 | (0581) 22-1811 |

| | |
|---------|----------------|
| 医療機関の名称 | 中濃厚生病院 |
| 院長名 | 鷹津 久登 |
| 所在地 | 岐阜県関市若草通5丁目1番地 |
| 電話番号 | (0575) 22-2211 |

10. 協力歯科医療機関

| | |
|---------|---------------------|
| 医療機関の名称 | えんどうインプラント矯正歯科クリニック |
| 院長名 | 遠藤 為成 |
| 所在地 | 岐阜県関市西本郷通2丁目2番17号 |
| 電話番号 | (0575) 24-6900 |

11. 身体拘束廃止への取組

利用者の方に対する身体拘束は行いません。但しやむを得ず身体拘束をさせていただく場合は、利用者又は家族の同意を得た上で、身体拘束廃止委員会の承認後、しかるべき身体拘束をさせていただきます。

12. 非常災害時の対策

| | | |
|----------|--|----------------------|
| 災害時の対応 | 別途定める「特別養護老人ホーム 寿和苑 消防計画」に則り対応します。 | |
| 近隣との協力関係 | 武芸川町内会（武芸川町消防団）と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。 | |
| 平常時の訓練 | 別途定める「寿和苑 消防計画」に則り年2回夜間及び昼間を想定した消防訓練・避難訓練を入所者の方も参加して実施します。 | |
| 防災設備 | 防 災 設 備 名 | 有 ・ 無 |
| | スプリンクラー | 有 |
| | 避難階段 | 有 |
| | 避難通路 | 有 |
| | 自動火災報知機 | 有 |
| | 誘導灯 | 有 |
| | ガス漏れ報知器 | 有 |
| | 防火扉・シャッター | 有 |
| | 屋内消火栓 | 有 |
| | スプリンクラー補助散水栓 | 有 |
| 非常用電源 | 有 | |
| 消防計画等 | 中濃消防組合への届出 防火管理者 | 平成30年 6月 8日 小枝 正樹 |

13. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

| | |
|----------------|---|
| 受診時の付添 | 外部の医療機関に緊急受診及び定期受診をされる時は、必ずご家族の付添をお願いします。 |
| 面 会 | 面会時間 8:30 ~ 19:00 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度、受付に届け出て下さい。 |
| 外 出 | 外出の際には、必ず行き先と帰苑時間を職員に申し出てください。 |
| 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ご利用ください。これに反した使用により破損等が生じた場合は、弁償させていただきます。 |
| 喫煙・飲酒 迷惑行為等 | 禁酒・禁煙になっています。 騒音等他の入所者の迷惑になる行為は、ご遠慮願います。 又、やみくもに他の入所者の居室等に立ち入らないようにして下さい。 |

1 4. 利用者のプライバシーの保護

利用者の皆様が安心して生活をしていただく為、施設内における利用者のプライバシー保護に努めます。

II 当事業者が、あなたに提供するサービスと自己負担額は以下のとおりです。

1. 介護保険給付によるサービス（法定代理受領を前提としています。） 負担額は別紙記載

| サービスの種類 | 内 容 |
|---------|---|
| 食 事 | 利用者の身体状況に応じて適切な食事介助を行います。 |
| 排 泄 | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 入 浴 | <p><入浴日> 週 2 回</p> <p><入浴時間> 午前 9 : 3 0 ~ 1 1 : 0 0</p> <p>午後 1 3 : 3 0 ~ 1 6 : 0 0</p> <p>身体状況等により、一般浴槽又は機械浴槽を利用して入浴していただきます。又、入浴ができない場合は、清拭を実施し清潔確保に努めます。</p> |
| 離 床 | 寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 |
| 着替え | 生活のリズムを考えて毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 |
| 整 容 | 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 |
| シーツ交換 | シーツ交換は入所時及び週 1 回行います。 |
| 寝具の消毒 | 寝具の消毒は月 1 回行います。 |
| 洗 濯 | 必要に応じ衣類の洗濯を行います。又、利用中は施設の衣類を着用していただくことができます。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員による利用者の状況に適した機能訓練（日常動作訓練等）を行い、生活機能の維持、改善に努めます。 |
| 健康管理 | <p>利用中は、健康状態に留意し看護職員による健康管理に努めます。又、緊急等必要な場合には、ご家族に連絡し、主治医あるいは配置医、協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。</p> <p>《主治医》 医療機関名： 電話番号： 主治医氏名：</p> |
| 相談・援助 | <p>利用者及びその家族からの施設利用等に関する相談について、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。</p> <p>《相談窓口》 担当者：生活相談員 奥村 侑弥 電話番号：0 5 7 5 - 4 6 - 1 1 3 1</p> |
| 看護体制 | 常勤の看護職員を 1 名配置すると共に、夜間の利用者の身体的緊急事態に対応する為、夜勤者からの連絡を受け、身体状況の確認の上、主治医及び看護責任者の指示により必要な措置を執ります。 |
| 送 迎 | 身体状況等一定の基準に該当する方で、ご家族等による送迎が困難な方は、リフト付き車両等で入退所の送迎を行います。 |

2. 介護保険給付外サービス

| サービスの種類 | 内 容 | 自己負担額 |
|----------------|--|------------------------|
| 食 事 | <p>栄養士が作成した献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮し、バラエティーに富んだ食事を提供します。又、アレルギー食材への対応も配慮させていただきますので事前にお申し出ください。</p> <p>《食事場所》 出来る限り離床して食堂で食べていただけるよう配慮します。</p> <p>《食事時間》 朝食 8：00～ 昼食 12：00～ 夕食 18：00～</p> | 別紙記載 |
| 居住費 | <p>居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用していただきます。 (施設利用に伴う光熱費も含まれます。)</p> | 別紙記載 |
| 理髪・美容 | 出張サービスによる理髪の実施。 | 全額実費 |
| レクリエーション 行事 | 当施設では、レクリエーション行事を用意しております。参加されるか否かは任意です。 | 施設内行事＝不要 施設外行事＝全額実費 |
| 特別な送迎 | <p>当施設の事業実施区域以外の方で、送迎をご希望の場合は、10km以内での送迎をさせていただきます。(応相談)</p> <p>《事業実施区域》 関市武芸川町</p> | 不要 |
| 病院受診送迎 | 緊急を要する受診の場合に限り、施設車両での送迎をさせていただきます。 | 不要 |

3. 自己負担額と費用のお支払い

| | |
|--------|---|
| 自己負担額 | <p>介護保険給付サービス及び介護保険給付外サービスにより、あなたの自己負担額は、1日当たり 約 円程度です。</p> <p>内 訳 介護保険給付サービス 約 円</p> <p>介護保険給付外サービス 約 円</p> <p>(契約時、利用者の要介護度：1・2・3・4・5)</p> <p>※介護保険法等の改正により自己負担額が変更になる場合があります。</p> |
| 費用のお支払 | <p>毎月末で締め、請求書を送付いたします。翌月23日(金融機関が休日の場合は翌営業日)に口座振替、又は寿和苑の指定口座への振込、又は現金にてお支払い下さい。尚、振込みに必要とされる手数料は、利用者にてご負担ください。</p> |

4. 情報提供

利用者及びその家族に同意を得た上で、サービス担当者会議等において、個人情報を用いる場合があります。

以上

私は、本書面に基づき、ショートステイ寿和苑の職員（ 職名・氏名 ）
からサービス内容・重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

（ 利 用 者 ）

住 所

氏 名 ⑩

（ 身元引受人 ）

住 所

氏 名 ⑩

続 柄

※附則 この説明書は、平成28年11月 2日より施行させていただきます。
この説明書は、平成29年 6月 1日より施行させていただきます。
この説明書は、平成30年 8月 1日より施行させていただきます。
この説明書は、令和 元年 5月 1日より施行させていただきます。
この説明書は、令和 元年11月 1日より施行させていただきます。
この説明書は、令和 2年 5月 1日より施行させていただきます。