

特別養護老人ホームひかりの郷

短期入所生活介護サービス 重要事項説明書

特別養護老人ホームひかりの郷（以下「施設」という）は、ご契約者に対して短期入所生活介護サービスを提供します。施設の概要、提供するサービスの内容及び契約上の重要事項について、次のとおり説明します。

1. 施設の経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 創誠会
- (2) 代表者名 理事長 石神 市太郎
- (3) 法人所在地 船橋市二和西6丁目3番20号
TEL. 047-440-4165
- (4) 法人認可年月日 平成26年11月1日（千葉県）

2. 利用施設

- (1) 施設の種別 短期入所生活介護（千葉県指定第1270903717号）
- (2) 施設の名称 特別養護老人ホームひかりの郷
- (3) 施設の所在地 船橋市二和西6丁目3番20号
TEL. 047-440-4165 FAX. 047-440-4011
- (4) 管理者 石神 市太郎
- (5) 運営方針 利用者の心身の特性をふまえて、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努めます。また、安心・安全な介護サービスに努めます。
- (6) 開設年月 平成18年10月1日
- (7) 利用定員 10人（他に、定員90人の介護老人福祉施設（長期入所）の空床を利用する場合があります）

3. 施設設備の概要

全室個室で、10人の利用者を一つの生活の場としたユニットケアとして、次の設備を備えています。

居室・設備の種類	室数	備 考
居室(1人部屋)2階に配置	10	ロッカーチェスト・トイレ・洗面台完備
リビング・キッチン	1	ユニットに配置
機械浴室	1	1階に配置
リフト式浴室	1	2階に配置
ひのき風呂浴室	1	2階に配置
医務室	1	1階に配置
セミパブリックスペース	1	2階に配置
地域交流スペース	1	1階に配置
理容・美容コーナー	1	1階に配置

（注）居室以外の設備は、介護老人福祉施設（長期入所）と併用

4. 職員の職種及び員数

短期入所生活介護サービスを提供する職員として、次の職員を配置しています。職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	人数	備 考
管理者	1人	
医師	1人	非常勤
介護支援専門員	1人以上	
生活相談員	1人以上	社会福祉士等
介護職員	40人以上	介護福祉士、ヘルパー2級等
看護職員	4人以上	看護師等
機能訓練指導員	1人以上	理学療法士等
管理栄養士	1人以上	
調理員	3人以上	業務委託による

(注) 介護老人福祉施設（長期入所）の職員を含む

5. 提供するサービス

項 目	サービス内容
送迎	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の希望により自宅と施設間の送迎を行います。ただし、日曜日及び祝日の送迎は行っていません ・送迎は、船橋市、鎌ヶ谷市及び白井市の一部とします
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士の立てる献立表により、利用者の身体状況や栄養に配慮しながら嗜好を大切にされた食事を提供します ・食事時間 <ul style="list-style-type: none"> 朝食 午前8時～ 昼食 午後0時～ おやつ 午後3時～ 夕食 午後6時～ ・食事の際は原則として離床し、リビングで召し上がっていただきます
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて、週2回以上の入浴又は清拭を行います ・ひのき風呂、リフト式浴室、機械浴室があり、利用者の身体状態や体調に合わせて利用いただけます
離床・整容等	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します ・生活のリズムを考慮し、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 ・清潔な寝具を提供します ・定期的リネン交換は、週1回行います。ただし、必要な場合はその都度交換します
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員が中心となり、利用者の健康管理、処方薬の管理などを行います ・緊急時等は、主治医あるいは協力医療機関等に連絡し、必要な措置を行います

項目	サービス内容
機能訓練	・機能訓練指導員を中心に、利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます
レクリエーション等	・施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション等を実施します

6. 利用料金

短期入所生活介護サービス契約書第6条の「別紙」のとおりとします。

7. 利用申込み

居宅介護支援事業者（ケアマネージャー）を通して、利用の申込みをしてください。空き状況等を確認し、利用の予定についてご相談させていただきます。

予約の受付は、利用希望日の2か月前から郵便又はファックス（緊急の場合は電話でも可）にて行っています。

8. 利用期間中の中止

短期入所生活介護サービス契約書第8条の規定によります。

9. 契約の終了

短期入所生活介護サービス契約書第9条の規定によります。

10. 苦情の受付

(1) 施設における苦情や相談の窓口は、次のとおりです。

(担当者) 生活相談員又は介護支援専門員

(2) 施設以外の相談・苦情の受付機関は、次のとおりです。

○ 船橋市指導監査課 指導監査第二係 TEL. 047-436-2139

○ 千葉県運営適正化委員会 TEL. 043-246-0294

(福祉サービス利用者サポートセンター)

11. 個人情報の取扱い

本事業所は、「医療・介護事業者における個人情報の適切な取り扱いのガイドライン」（平成16年12月24日厚生労働省通知）及び「個人情報の保護に関する法律」（平成15年5月30日法律第57号）の規定に従い、個人情報の取り扱いを行います。

利用者の貴重な個人情報を介護保険サービス提供機関として、次に沿って利用させていただきます。

(1) 利用する目的

ア 施設内での使用

- ① 施設が利用者に提供する福祉サービス
- ② 介護保険事務
- ③ 福祉サービスを提供する上での事務管理業務
 - ・入退所に関する手続き
 - ・会計、経理事務
 - ・福祉サービスの向上や業務の維持、改善のための基礎資料

・福祉サービスに関する事故等の報告

イ 施設外への情報提供としての使用

- ① 利用者様へ福祉サービスを提供するうえで、他の介護保険事業者との連携を保つ必要がある場合
- ② 入院、退院による診療のため医師等から情報提供を求められた場合
- ③ 定期的な健康診断を受ける場合
- ④ ご家族等への状況説明
- ⑤ 介護報酬審査機関等への請求書提出
- ⑥ 保険者及び介護報酬審査機関からの照会への回答
- ⑦ 損害賠償保険等に係る保険会社等への相談又は届出等

ウ その他の使用

- ① 実習生を受け入れるにあたっての業務
- ② 社会福祉及び福祉サービス向上のための情報提供
- ③ 施設内での研修会
- ④ 外部監査機関への情報提供

(2) 使用する期間

使用する期間は、サービス提供の契約期間に準ずる。

(3) 使用条件

個人情報の使用は必要最低限として、サービス提供にかかわる目的以外には行いません。また契約終了後においても第三者には漏らしません。

1 2. 身体拘束

サービスの提供にあたり、利用者又は他の利用者の生命、又は身体を保護するため、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合があります。これについては、「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」を作成し説明します。また、身体拘束を行う場合に必要な事項は記録します。

1 3. 施設利用の留意事項

- (1) 面会時間は、午前8時30分から午後8時までとなります。面会する場合は、「面会票」を窓口に提出していただきます。
- (2) 刃物（果物ナイフを含む）、銃器類、火器、線香、ペットなどの生き物、現金及び貴重品などの持ち込みは禁止しています。なお、たばこ、ライターは、ユニットの担当職員にお預けください。
- (3) 薬類は、すべて看護職員にお預けください。
- (4) 利用期間中の医療機関での受診の付き添い、送迎は、ご家族でお願いします。
- (5) 面会時、ご家族との喫食、差し入れなどはできますが、ユニットの担当職員にその旨をお知らせください。なお、居室での飲食物の保管は、衛生上支障がありますので、ユニットの担当職員にお預けください。
- (6) 飲酒・喫煙の希望がある場合は、事前に相談ください。
- (7) 携帯電話は、居室内で利用ください。

1 4. 非常災害対策

施設内には、スプリンクラー、火災報知器、非常用放送設備、非常用自家発

電装置などを備えています。また、施設内各所に消火器を備え付けています。
 なお、非常災害に備えて、法令等に基づく防災訓練を年2回以上実施します。

15. 健康状態の急変時の対応方法

利用者の健康状態が急変した場合は、あらかじめ届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに、病院等に救急搬送をするなど必要な処置を行います。

なお、健康状態の急変など緊急の場合は、次の連絡先に連絡します。

(1) 家族等 (第1連絡先)

氏名		続柄	
住所	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
勤務先	(TEL)		

(第2連絡先)

氏名		続柄	
住所	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
勤務先	(TEL)		

※ご旅行等で連絡がつかなくなる場合には、事前にご連絡をお願いします。

(2) 主治医等

病院名		担当医師名	
住所	〒		
電話番号			

特別養護老人ホームひかりの郷のショートステイの利用にあたり、利用者に対して短期入所生活介護サービス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。

(説明日) 平成_____年_____月_____日

(事業者) 船橋市二和西6丁目3番20号
社会福祉法人 創誠会
特別養護老人ホームひかりの郷

(説明者) 職名：特別養護老人ホームひかりの郷 生活相談員

⑩

私は、短期入所生活介護サービス契約書及び本書面により、事業者から特別養護老人ホームひかりの郷のショートステイの利用についての重要事項の説明を受けました。

なお、本説明書2通を作成し、1通を受領しました。

(利用者) 住 所 -----

氏 名 ----- ⑩

----- (代筆者氏名) ----- (続柄)

(連帯保証人) 住 所 -----

氏 名 ----- ⑩

(利用者本人との関係 -----)