

# 重要事項説明書（短期入所生活介護）

## 1 事業所の概要

|           |                    |
|-----------|--------------------|
| 事業所名称     | 特別養護老人ホーム シェ・モア    |
| 所在地       | 神奈川県海老名市中央4-8-14   |
| 介護保険事業所番号 | 1474200449         |
| 管理者       | 施設長 諏訪 量           |
| 連絡先       | 電話 046-236-1318(代) |

## 2 事業所の職員体制等

| 職 種     | 従事するサービス種類・業務 | 人 員   |
|---------|---------------|-------|
| 管 理 者   | 施設従業者の管理業務    | 1 名以上 |
| 看 護 師   | 利用者の保健衛生・看護   | 4 名以上 |
| 介 護 職 員 | 日常生活全般の介護業務   | 4 名以上 |
| 生活相談員   | 相談援助業務        | 1 名以上 |
| 機能訓練指導員 | 日常生活機能の低下予防   | 1 名以上 |
| 管理栄養士   | 給食管理・献立作成     | 1 名以上 |
| 事務担当職員  | 庶務及び経理等       | 2 名以上 |

※上記に定める職員体制を基準とし、必要に応じてその定数を超え又はその他の職種の職員を置くことができるものとします。

## 3 設備の概要

| 区 分    | 数 量 ・ 規 模        |                | 備 考           |
|--------|------------------|----------------|---------------|
| 入所定員   | 10名              |                |               |
| 居 室    | 全<br>室<br>個<br>室 | 10室（1室約13.80㎡） | 13.5～14.3㎡    |
| 食 堂    | 1 箇所（1箇所約32.80㎡） |                |               |
| 機能訓練室  | 1 室（42.34㎡）      |                |               |
| 浴室（1階） | 1 室（約4.8㎡）       |                | 一般浴室          |
| 浴室（1階） | 1 室（42.43㎡）      |                | 機械浴室部分        |
| 便 所    | 1 1 箇所           |                | 各居室・食堂にあり     |
| 洗面所    | 1 2 箇所           |                | 各居室・食堂・脱衣室にあり |
| 医 務 室  | 1 室（18.87㎡）      |                |               |
| 面 接 室  | 1 室（15.52㎡）      |                |               |

## 4 サービス提供地域

海老名市とその近隣市町村(送迎は概ね往復1時間以内の範囲と致します)

## 5 サービス内容

- ・「短期入所生活介護サービス」は、事業者が管理運営する施設に短期間入所していただき、入浴、排泄、食事等の支援、その他の日常生活上の援助等を行うサービスです。  
サービスの提供に当たっては、入所者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を適切に行います。
- ・サービス提供に当たっては、別添の「短期入所生活介護計画書」に沿って計画的に提供します（原則として入所期間が4日以上となる場合に限りです）。
- ・具体的なサービス内容については、次の通りとします。
  - (1) 食 事      朝食      7：30～ 9：00  
                    昼食    12：00～13：30  
                    夕食    18：00～19：30  
                    ※ 上記時間内であれば、好きな時間に召し上がっていただけます。
  - (2) 介 護      食事支援、入浴支援、更衣支援、排泄支援、おむつ交換、体位変換、施設内移動の付き添い等
  - (3) 入 浴      お身体の状態により、特別浴または清拭となる場合があります（ご利用期間が短い場合、ご入浴いただけない場合があります）。
  - (4) 理美容      月2回程度、理美容サービスを実施しております（料金は実費）。ご利用期間中に理美容の希望がある際は早めにお申し出ください（直前のご希望につきましてはお受けできない場合があります）。
  - (5) 身体拘束    利用者本人また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ない場合を除き、身体拘束を行わないものとします。身体拘束を行う場合には、「切迫性」「非代替性」「一時性」の3つの要件を全て満たし、その容態及び時間、その際のご利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録するものとします。またその際の手続きは以下に示します。
    - ①身体拘束の必要性の判断は、本来ユニット職員及び各部署職員で協議し、管理者又はその代理となる職員の判断を仰ぐが、緊急やむを得ない場合はその限りではない。
    - ②「緊急やむを得ない身体拘束に関する同意書」に関係職員の署名・捺印を行い、ユニット担当職員より利用者及び家族に詳細な説明を行った後、同意を求める。
    - ③拘束解除を目標に継続的なカンファレンスを実施し、協議・評価を行う。

## 6 利用者負担金

- (1) ご利用者の方からいただく利用者負担金は別紙の通りです。疑問等があればお尋ね下さい。
- (2) お支払いは預金口座自動振替（引き落とし）でお願い致します。ご利用月の1日から月末までのご請求分が翌々月の12日に振り替えられます。請求書はご利用月の翌月25日に、領収書は振替月の25日に発行致します。
  - ※ 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。
  - ※ 介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることになります。

## 7 サービス利用の中止

- (1) サービスの利用を中止する際は、すみやかに次の連絡先までご連絡下さい。  
・連絡先（電話）： 046-236-1318（代） 生活相談科
- (2) 利用者の都合でサービスを中止する場合（利用期間の途中で退所する場合を含む）には、出来るだけ利用予定日の前々日までにご連絡下さい。前日又は当日のキャンセルにつきましては、次のキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承下さい（ただし、ご利用者の体調の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です）。
- (3) キャンセル料は、利用者負担金の支払いに合わせてお支払いいただきます。

| 時 期         | キャンセル料             | 備 考 |
|-------------|--------------------|-----|
| 利用予定日の前々日まで | 無 料                |     |
| 利用予定日の前日まで  | 利用者負担金(費用の1割)の50%  |     |
| 利用予定日の当日    | 利用者負担金(費用の1割)の100% |     |

## 8 当施設のサービスの方針等

社会福祉法人ケアネットは、各施設をご利用いただく皆様のライフスタイルを尊重し、お一人おひとりがその人らしく、自律した生活を送れるよう、創意工夫とまごころを込めたサポートに努めます。

## 9 サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 訪問（面会）時間  
ご訪問時間は原則として9時～17時までとなっております。17時30分～翌朝8時30分までは玄関を施錠致します。緊急時等やむを得ず夜間にご面会をご希望される場合には、事前にご連絡をお願い致します。感染症流行の状況によって面会を制限する等変更が生じる場合があります。
- (2) 金銭・貴重品の管理  
原則として施設では管理を行いません。ご本人・ご家族様にお願いをしておりますので、保管場所や居室の施錠等に充分ご留意下さい。万一紛失した場合、又は盗難に遭った場合でも当施設としては責任を負いかねますので予めご了承下さい。紛失・盗難等で警察に遺失物届・被害届を提出する際は、事前に職員へお申し出下さい。  
なお、どうしても管理が難しい方は生活相談科までご相談ください。
- (3) 外出  
「外出・外泊届」用紙をご提出いただき、施設長の許可を事前に得る必要があります。ご予約がお分りの場合は出来るだけ早目にご相談・ご提出下さい。用紙は各階にございます。
- (4) 飲酒・喫煙  
敷地内、全面禁煙となっております。飲酒につきましては、医師の指示等が無い限り自由とさせていただきますが、他の利用者の迷惑とならない範囲でお願い致します。
- (5) 所持品の持ち込み  
各居室には必要最低限の備品を装備しております。それ以外の家具や家電製品等の持ち込みも原則として制限は致しませんが、消費電力の大きい物や、極端にスペースを取る物等につきましてはご相談下さい。

## (6) 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して生活していただく為に、利用者及びその関係者による「営利行為」「宗教の勧誘」「特定の政治活動」は禁止致します。

## 10 緊急時の対応

短期入所中に事故、体調の急変等が生じた場合は、ご家族、主治医、協力医療機関、居宅介護支援事業所等に連絡しますが、必要に応じて救急車の要請も致します。なお、協力医療機関については次項の通りとなります。

## 11 協力医療機関

### (1) 海老名総合病院

代 表 者    病 院 長    服 部   智 任  
所 在 地    神奈川県海老名市中央4-16-1  
連 絡 先    046-233-1311 (代)

### (2) 海老名メディカルプラザ

代 表 者    院 長        渡 邊   茂 樹  
所 在 地    神奈川県海老名市中新田439-1  
連 絡 先    046-292-0222 (代)

### (3) 今里クリニック

代 表 者    院 長        井 川   聡  
所 在 地    神奈川県海老名市今里1-10-12  
連 絡 先    046-232-8222 (代)

### (4) 座間総合病院

代 表 者    病 院 長    田 所   浩  
所 在 地    神奈川県座間市相武台1-50-1  
連 絡 先    046-251-1311 (代)

### (5) 座間総合病院（歯科）

代 表 者    病 院 長    田 所   浩  
所 在 地    神奈川県座間市相武台1-50-1  
連 絡 先    046-251-1311 (代)

## 12 非常災害対策

- ・ 災 害 時    職員の指示・誘導に従って下さい。
- ・ 防災設備    自動通報装置、スプリンクラー、消火器、屋内消火栓、防火扉、避難用滑り台等を設置
- ・ 防災訓練    年2回以上実施

※その他、非常災害対策の詳細については別紙に示します。

### 13 事故時の対応等

- ・事業者は、サービス提供に際して事故が発生した場合には、医師やご家族・居宅ケアマネジャーへの連絡、必要に応じて市町村への報告を行います。
- ・事業者は、サービス提供に当たってご利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらないときはこの限りではありません。

### 14 虐待防止の対応等

- ・事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。
  - (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
  - (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
  - (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
  - (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。
- ・事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

### 15 秘密保持

- ・事業者は、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密については、ご入居者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- ・事業者は、当法人の個人情報保護規程に則り、市町村、居宅介護支援事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、ご利用者及びそのご家族の個人情報を使用することが出来るものとします。

通常の業務で想定される個人情報の利用目的は、別紙に示します。
- ・事業者は、協力医療機関(社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス)が所有する利用者の個人情報(診療記録、介護記録及び業務上知り得た全ての情報)を使用することが出来るものとします。この場合においても、事業者がご利用者に対して業務を遂行する上で必要最小限度の情報のみに限定することを条件とします。

### 16 職員の研修

- ・施設及び事業所は、介護サービスの質の向上を図る上で、職員の専門性を高めることが必要であるため、外部研修、内部研修を問わず、施設職員として必要な知識、技術を学ぶ場を計画的、効率的に研修へ参加させることとします。

## 17 相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

- (1) 相談窓口 : 社会福祉法人ケアネット 特別養護老人ホームシェ・モア 生活相談科  
電話番号 : 046-236-1318(代)  
相談員 : 磯島 ゆかり  
対応時間 : 月曜日～金曜日 8:30～17:00  
土曜日・日曜日・祝祭日 お休みとさせていただきます

(2) 次の公的機関においても苦情申出等が出来ます。

|                                |                       |                                                                     |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 市町村介護保険相談窓口<br>(海老名市地域包括ケア推進課) | 所在地<br>電話番号<br>Fax 番号 | 神奈川県海老名市勝瀬175-1<br>046-231-2111 (代)<br>046-231-0513                 |
| 神奈川県国民健康保険団体<br>連合会(国保連)       | 所在地<br>電話番号           | 神奈川県横浜市西区楠木町27-1<br>0570-022-110(フリーダイヤル) 045-329-3447              |
| 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課福祉施設グループ  | 所在地<br>電話番号           | 神奈川県横浜市中区日本大通1<br>045-210-4851                                      |
| 市町村介護保険相談窓口<br>(綾瀬市役所高齢介護課)    | 所在地<br>電話番号           | 神奈川県綾瀬市早川550<br>0467-77-1111(代)                                     |
| 市町村介護保険相談窓口<br>(座間市役所介護保険課)    | 所在地<br>電話番号           | 神奈川県座間市緑が丘1-1-1<br>046-255-1111(代)                                  |
| 神奈川福祉サービス<br>運営適正化委員会          | 所在地<br>電話番号<br>FAX 番号 | 神奈川県横浜市神奈川区反町3-17-2<br>神奈川社会福祉センター内<br>045-311-8861<br>045-312-6302 |

## 18 記録の整備について

施設はサービスの提供記録を5年間保存し、ご入居者や契約者の求めに応じて閲覧に供し、実費負担によりその写しを交付します。

- (1) 施設サービス計画書
- (2) 身体的拘束等の態様等の記録
- (3) 市町村への通知に係る記録
- (4) 苦情の内容等の記録
- (5) 事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録

## 19 その他

職員に対してのご贈答ならびにお心遣いは、固くお断り致します。

## 20 当法人の概要

|         |                                                               |
|---------|---------------------------------------------------------------|
| 法人の名称   | 社会福祉法人ケアネット                                                   |
| 代 表 者 名 | 理 事 長 谷 口 佳 浩                                                 |
| 所 在 地   | 神奈川県海老名市中央4丁目15番1号                                            |
| 電 話     | 046-232-1318(代)                                               |
| 業務の概要   | 介護の必要なお年寄りや地域の社会福祉に貢献することを目的とし、特別養護老人ホームとデイサービスセンターの経営・運営を行う。 |
| 事業所数    | 5                                                             |

### 【 説明確認欄 】

サービス契約の締結に当たり、上記重要事項を説明致しました。

西暦 年 月 日  
 (事業者) 事業者名 社会福祉法人 ケアネット  
 (説明者) 氏 名 \_\_\_\_\_

サービス契約の締結に当たり、上記重要事項の説明を受け、その内容に同意し交付を受けました。

(利用者) 氏 名 \_\_\_\_\_  
 (署名代行者) 氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄)  
 (利用者代理人※) 氏 名 \_\_\_\_\_  
 (立会人) 氏 名 \_\_\_\_\_

※代理人を選任した場合