

特別養護老人ホーム越之湖

指定介護予防短期入所生活介護

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています

(富山県指定 第16707000127号)

当事業所はご契約者に対して介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。
事業者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通り説明します。

当事業所の利用は、原則として「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サービスの利用は可能です。

目 次

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 職員の配置状況	3
4. 提供するサービスと利用料金	4
5. 苦情受付	7
6. 緊急時の対応	8
7. 事故発生時の対応	8
8. 個人情報の取扱いについて	9
9. 第三者評価の実施状況について	9

社会福祉法人 緑寿会

1. 事業者

法人名 社会福祉法人 緑寿会

住所 富山県黒部市若栗 2 1 1 1 番地 (〒938-00802)

電話 (代) 0765-54-0622 FAX 0765-54-3211

代表者名 理事長 漆 間 中 郎

設立年月日 昭和 6 2 年 4 月 1 日

2. 事業所の概要

(1) 施設の種類 指定介護予防短期入所生活介護事業所
平成 1 8 年 4 月 1 日指定 富山県第1670700127号

(2) 事業所の目的

指定介護予防短期入所生活介護は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう必要な居室および共用設備等をご使用いただき、介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。

(3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム越之湖

(4) 施設の所在地 富山県黒部市堀切 1 0 0 2 番地 (〒938-0041)

(5) 電 話 (代) 0765-57-3511 FAX 0765-57-3514

(6) 事業管理者（越之湖施設長） 志 摩 哲

(7) 当事業所の運営方針

- ・利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ・事業者及びサービス従事者は、契約者又は他の利用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、身体的拘束その他契約者の行動を制限する行為を行わないものとします。
- ・ご利用者の人権の擁護、虐待の発生又は再発を防止するため、指針を整備し、定期的な委員会の開催、研修を実施しサービス従業者へ周知徹底を図ること

とします。

- ・常に高度な介護技術をもってご提供したサービスの質の管理、評価を行い一層のサービス向上に努めます。

(8) 開設年月日 平成18年4月1日

(9) 営業日及び営業時間

営業日 年中無休です

営業時間 限定しません。

受付時間 午前8時30分から午後5時30分

(10) 入所定員 20名（短期入所生活介護含む）

(11) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備を用意しています。

居室・設備の種類	室数	備考
1人部屋	16室	
2人部屋	7室	
4人部屋	10室	
合計	33室	
食堂	1	
機能訓練室		移動式平行棒1・滑車運動器1・肋木1
浴室	2	特殊浴槽（2台）、特殊個浴槽、一人用浴槽
医務室(診療所)	1	静養室完備

※居室及び施設設備は、越之湖入所者及び短期入所生活介護者と共有になります。

居室の変更

ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設での可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により、居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

3. 職員の配置状況

ご契約者に対して指定介護予防短期入所生活介護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。

(職員の配置状況)

職 種	人員配置基準	職 務 内 容
管 理 者	1 名 (兼)	事業所従事者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
生活相談員	1 名以上 (兼)	介護予防短期入所生活介護の利用申し込みに係る調整、介護予防短期入所生活介護員に対する技術指導、介護予防短期入所生活介護計画の作成 を行う。
看護職員	1 名以上	健康チェック等を行うことにより利用者の健康状態を的確に把握するとともに、利用者が各種サービスを利用するために必要な処置を行う。
機能訓練指導員	1 名以上 (兼)	機能訓練業務に従事する。
介護職員	6 名以上	介護予防短期入所生活介護の提供に従事する。
管理栄養士	1 名以上 (兼)	栄養士業務に従事する。
医師 (嘱 託)	1 名以上 (兼)	利用者の診断及び診療並びに利用者及び職員の保健衛生の指導及び健康管理をする。
事務員	1 名 (兼)	事務・庶務に従事する。

(主な職種の勤務体制)

職 種	勤 務 時 間
介 護 職 員 機能訓練指導員	早出(A) 7:00～16:00 中出(B) 9:30～18:30 遅出(C) 10:00～19:00 夜勤 16:30～翌9:45
生 活 相 談 員 介護支援専門員 看 護 職 員	日勤 8:30～17:30
医 師 (嘱 託)	月曜日 13:30～14:30

4. 提供サービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険給付の対象となるサービス（契約書第4条・参照）

以下のサービスについては利用料金の大部分（通常9割、8割又は7割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 栄養管理体制

- ・ 常勤の管理栄養士を配置し、管理栄養士による契約者の身体状況および嗜好を考慮した献立の提供。
- ・ 医師の指示せんに基づく療養食を提供することも出来ます。

② 入 浴

- ・ 入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・ 寝たきりでも特殊（機械）浴槽を使用し入浴していただきます。

③ 排 泄

- ・ 排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限に活用した援助を行います。

④ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご契約者の身心等の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ その他自立への支援

- ・ 寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・ 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

〈サービス利用料金（１日あたり）〉（契約書第８条・参照）

別紙の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と食費及び居住費の合計金額をお支払い下さい。

利用料金は、ご契約者の要介護度及び利用者負担段階に応じて異なります。ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援の認定を受けた後自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

また、介護度別に定められた単位数を超えて介護予防短期入所生活介護のサービスをご利用になった場合は、単位数を超えた部分は保険対応には該当せず全額自己負担になります。

（２）介護保険の給付とならないサービス（契約書第５条、第８条・参照）

以下のサービスは、利用料金の全額（一部利用者負担段階による）がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 居室の提供

- ・ 当事業所では、ご契約者が快適に過ごせるよう明るく、清潔な居室を提供します。また必要に応じ個室の提供もいたします。

利用料金：別紙料金表による。

② 食事の提供

- ・ 当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

- ・ ご契約者の自立支援のため離床して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

利用料金：別紙料金表による。

③ レクリエーション、趣味活動

ご契約者のご希望によりレクリエーション、趣味活動等に参加（利用）
できます。利用料金は当面無料サービスです。

④ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供の記録をいつでも閲覧できます。複写物を
必要とする場合には、実費をご負担いただきます。 1枚につき：実費

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活用品の購入代金等、ご契約者の日常生活に要する費用でご契約
者に負担いただくことが適当であるものについてはその費用をご負担いた
だきます。

おむつ代は介護保険給付対象です。ご負担の必要はありません。

（３）利用料金のお支払い方法（契約書第８条・参照）

前記(1)(2)の料金・費用はサービス利用翌月に口座引落としにてお支払いくだ
さい。（ただし、口座引落としが開始されるまでの期間は、口座振込みによる支払
いで対応する。）手数料は利用者負担とする。

振込先 口座名 特別養護老人ホーム越之湖 北陸銀行黒部支店 普通 4358350

（４）利用中止、変更、追加（契約書９条・参照）

- ・利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、指定介護予防短期入所生活介護
サービスの利用を中止又は変更、もしくは新しいサービスの利用を追加するこ
とができます。この場合にはサービスの実施日前日までに事業所に申し出てく
ださい。
- ・利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出
をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。
ただし、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合はこの限りではあり
ません。

利用予定日の前日までに申し込みが合った場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の自己負担額相応分

- ・サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により、
ご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合は、他の利用可能
日時をご契約者に提示して協議します。

- ・ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

5. 苦情の受付（契約書第24条・別紙3苦情対応手順参照）

（1）当事業所に対する苦情の受付窓口

- 苦情受付責任者（越之湖施設長） 志摩 哲
- 苦情受付窓口 生活相談員

○受付時間 毎週月曜日～金曜日（年末年始、祝祭日を除く）
8：30～17：30
TEL0765-57-3511

* 事業所内に苦情メモ「投函箱」を設置しています。

（2）第三者委員

第三者委員（連絡先）	井澤 恵子	TEL0765-54-4531
	菊地 正子	TEL0765-54-0265

（3）行政機関とその他苦情受付機関

- ・ 黒部市役所 福祉課 黒部市三日市1301
TEL0765-54-2111
○受付時間 毎週月曜日～金曜日（年末年始、祝祭日を除く）
8：30～17：30
- ・ 新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合 黒部市北新199
TEL0765-57-3303
○受付時間 毎週月曜日～金曜日（年末年始、祝祭日を除く）
8：30～17：30
- ・ 富山県福祉サービス運営適正化委員会 富山市安住町5-21
TEL076-432-3280
○受付時間 毎週月曜日～金曜日
9：00～16：00
- ・ 富山県国民健康保険団体連合会 富山市下野豆田995-3
TEL076-431-9833
○受付時間 毎週月曜日～日曜日24時間（土、日・時間外留守番電話）

6. 緊急時の対応方法について

サービス提供中に容態の変化があった場合は、嘱託医または事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先にも連絡いたします。

(1) 協力医療機関について

下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。
ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。

協力医療機関

黒部市民病院 黒部市三日市 1 1 0 8 - 1 T E L 0765-54-2211

桜井病院 黒部市荻生 6 6 7 5 - 5 T E L 0765-54-1800

《緊急連絡先》

氏 名	(続柄)
電話番号	() -
住 所	

主治医	名 称 :
	電話番号 () -

(2) 利用中の体調不良時の対応について

体調不良時は、ご家族に連絡します。

緊急時以外で医療を必要とする場合は、受診等、ご家族で手配をお願いします。

7. 事故発生時の対応について

利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合には必要に応じ、速やかに利用者の家族等、医療機関及び市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。（別紙 1・事故発生時対応マニュアル参照）

8. 個人情報の取扱いについて

利用者に対する個人情報の取扱いについては、社会福祉法人緑寿会個人情報に関する基本規程による。

9. カスタマーハラスメントに関する当事業所の考え方

利用者様又はご家族等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超え、職員の就業環境を害するおそれのある行為については、カスタマーハラスメントに該当する場合があります。具体的には、次のような行為が該当することがあります。

- ・大声での叱責や威圧的な言動
- ・人格を否定する発言や差別的な言動
- ・業務の範囲を超えた過度な要求
- ・長時間にわたる執拗な要望やクレーム

これらの行為が認められた場合には、複数名での対応や、サービス提供方法の見直しについて、ご相談させていただくことがあります。

なお、介護サービスに関する正当なご意見・ご要望・苦情につきましては、これまでどおり誠意をもって対応いたしますので、遠慮なくお申し出ください。

10. 第三者評価の実施状況について・・・実施していない

令和 年 月 日

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

説明者・職 名 生活相談員 氏 名

私は本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防短期入所介護生活介護サービス提供開始に同意しました。

利用者・住所

氏名

利用者家族・住所

氏名

続柄()