

介護予防空床利用型短期入所生活介護サービス

重要事項説明書

(契約書別紙)

西暦 2023 年 7 月版

2024 年 4 月 改定

1 施設運営法人

事業者の名称	社会福祉法人協同福祉会
事業所の所在地	群馬県前橋市朝倉町 8 4 2 - 1
代表者名	理事長 新井 浩之
電話番号	0 2 7 - 2 8 7 - 4 1 6 5

2 利用施設 (指定空床利用型短期入所生活介護事業所)

群馬県指定	令和 4 年 7 月 1 日指定
施設の名称及び所在地等	介護予防空床利用型ショートステイ ほなみ 0 2 7 - 2 8 7 - 4 1 6 5 群馬県前橋市朝倉町 8 4 2 - 1
管理者	施設長 萩原 教子
開設年月日	令和 4 年 7 月 1 日
※ 当事業所は特別養護老人ホームほなみに併設されています。	

3 施設の概要

1) 建物

建物	構造	鉄骨造地上 2 階建て
	床面積	床面積 4 1 2 3 . 5 8 m ²
	利用定員	4 名

2) 居室・設備

居室	個室	4 室	食堂	1 室
			機能訓練室	1 室
浴室		一般浴槽	トイレ	5 室
		特殊浴槽		

3) 職員の配置状況

当施設では、契約者に対して空床利用型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。

〈主な職員の配置状況〉

職種	配置人数
1. 施設長	1名
2. 介護職員	23名
3. 生活相談員	1名
4. 看護職員	5名
5. 機能訓練指導員	1名
6. 医師(嘱託)	1名
7. 管理栄養士	1名
8. 介護支援専門員	3名

※特別養護老人ホームほなみの職員と兼務しております。

4 サービス内容

サービス提供にあたっては、「サービス計画書」に沿って下記のケアを提供します。その際は、契約者の意思及び人格を尊重し、契約者の立場に立ってサービス提供に努め、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行います。また、契約者の自立的な日常生活支援するという点で、利用者の要介護状態、もしくは要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その心身状況を常に把握しながら適切にケアを提供します。

- ① 食事時間の目安： (朝食) 8:00 (昼食) 12:00
(間食) 15:00 (夕食) 18:00
- ② 介護・看護： 離床・着替え・整容・食事・排泄等の介助、褥瘡予防・体位変換、施設内移動の付添い、相談等の精神的ケア、日常生活における家事行為の支援、生活上の便宜の提供 ほか
- ③ 入浴： 原則として週に2回入浴をしていただけます。但し、契約者の身体状況に応じて清拭となる場合があります。
- ④ 機能訓練： 日常生活の中、心身状況に応じて、機能改善・減退防止の訓練を行います。
- ⑤ 健康管理： 入所期間中は、毎日、看護職員による体温・血圧の測定を行うなどの健康管理を提供します。
- ⑥ レクリエーション： 季節の行事を折り込み、利用者の意向を尊重し実施します。
- ⑦ 生活相談： 常勤の生活相談員が、利用者の日常生活上の相談及びその家族の介護に関する相談・支援業務を行います。

5 サービスの利用方法

まずは担当のケアマネジャーにご連絡し、お申し込みください。

ご利用期間決定後、契約を締結いたします。なお、利用の予約は3ヶ月前からできません。

初めて、当事業所のサービスをご利用される場合は、後期高齢者医療保険者証・健康保険証の写しの提出をお願いいたします。

6 施設利用にあたっての留意事項

- ① 面会： 面会時間は午前9時から午後5時00分とします。
- ② 飲酒・喫煙： 施設内は全館禁煙です。飲酒は相談に応じます。
- ③ 設備・器具の利用： 当施設の設備・器具の利用は自由ですが、必ず職員に声を掛けてください。
- ④ 金銭・貴重品の持ち込み： お持ち込みはご遠慮ください。
- ⑤ 所持品の持ち込み： 施設を利用するにあたり、着替え、パジャマ、上履き（スリッパ不可）、普段服用されている薬、洗面用具（男性の方は髭剃り）等をご持参ください。また、すべてのものにご記名ください。
- ⑥ 送迎： 範囲を3キロ圏内としています。範囲外につきましては相談応需とさせていただきます。（以下町名 表町・本町・朝日町・野中町・下石倉町・小相木町・光が丘町・朝日が丘町・上新田町・下新田町・大沢町・稲荷新田町・南町・文京町・天川原町・ぬで島町・上佐鳥町・下佐鳥町・公田町・天川町・朝倉町・西善町・広瀬町・後閑町・山王町）

7 緊急時の対応方法

契約者に様態の変化等があった場合は、主治医に連絡する等の必要な処置を講ずるほか、ご家族にも速やかに連絡します。

また、状況に応じて、救急車等により、搬送する場合もございますので、予めご了承ください。

協力病院： 前橋協立病院 協立歯科クリニック

8 非常災害対策

- ① 防災時の対応： 火災発生時は、職員による初期消火及び通報し、その後契約者を誘導にあたる。さらに地元自衛消防団の応援を請うこととする。
- ② 防災設備： 各居室及び廊下・食堂にスプリンクラー設備
消火器・自動通報装置・避難誘導灯
- ③ 防災訓練： 年に2回実施する。
- ④ 防火責任者： 施設管理者が兼務する。

9 サービス内容に関する相談・苦情

① 施設の契約者相談・苦情担当

生活相談員：眞下 優樹 電話番号： 027-287-4165

② その他

1) 前橋市役所 福祉部長寿包括ケア課

電話番号： 027-224-1111

2) 群馬県 健康福祉部介護高齢課

電話番号： 027-226-2561

3) 群馬県国民健康保険団体連合会 介護保険課

電話番号： 027-290-1323

10 主たる判断者と緊急時連絡先

利用者人で判断できない事柄や、家族との協議を要する事項については、家族の総意を代表する者として、主たる判断者を定めさせていただきます。主たる判断者以外からの申し出等は、原則的に受け付けません。また、当施設は、主たる判断者及びその指名する者以外には、個人記録は公開しません。

主たる判断者 氏名 _____ 続柄(_____)

連絡先 住所 _____

電話番号 自宅 _____

携帯等 _____

西曆 年 月 日

介護予防空床利用型短期入所生活介護ご利用にあたり、契約者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項の説明をしました。

事業者

所在地 前橋市朝倉町842-1

名称 介護予防空床利用型ショートステイ ほなみ

説明者

印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防空床利用型短期入所生活介護についての重要な事項の説明を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印

(続柄 _____)