

短期入所生活介護・予防短期入所生活 介護重要事項説明書
<2024年4月1日現在>

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

担当 介護課 ショートステイ担当
電話 042-735-3000 (午前9時～午後5時まで)
* ご不明な点は、何なりとおたずねください。

2. 清風園の概要

(1) サービスの提供場所

施設名称	社会福祉法人 養育会 清風園
所在地	東京都町田市金井7丁目17番13号
介護保険指定番号	併設型短期入所生活介護 (東京都 1373200219号)

(2) 定員 3名

(3) 職員体制(2024年4月1日現在)

施設長 常勤 1名
介護支援専門員 常勤 2名
生活相談員 常勤 3名
医師 常勤 1名 非常勤 4名
看護師 常勤 5名 非常勤 5名
介護員 常勤 32名 非常勤 31名(常勤換算 15.6名)
合計常勤換算 48.9名
管理栄養士 常勤 1名
機能訓練指導員 常勤 1名 非常勤 2名
事務員 常勤 7名 非常勤 2名

* 人員配置 I 型(利用者数に対する介護・看護職員数の比率が常勤職員換算で3対1以上)、夜勤条件基準型(夜勤職員5名)とします。

* 機能訓練指導員を配置します。

* その他、業務委託

調理業務 株式会社グリーンヘルスケアサービス
夜間警備業務 相模トライアム株式会社

3. 医師の意見書

初回サービス利用時には、ご利用される方の健康状態を把握し適切な援助を行うため、医師の意見書や訪問看護師の看護サマリー等のご提出をお願いする場合がございます。

4. サービス内容

- (1) 施設サービス計画の作成 利用者について解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、施設サービス計画を作成します。
- (2) 食事 朝食 7:45～ 昼食 11:45～ 夕食 18:00～
延食が可能(2時間)
- (3) 入浴 原則として、週に2回入浴していただけます。
ただし、発熱等病状に応じ、入浴を控えて清拭等となる場合があります。
- (4) 介護 施設サービス計画に沿って、必要に応じ下記の介護を行います。
食事介助、入浴介助、排泄介助、おむつ交換、着替え介助、口腔ケア、移動介助、移乗介助、体位交換、シーツ交換、認知症状へのケア等
- (5) 機能訓練 棒体操等、集団で行う生活リハビリには、随時ご参加いただけます。
個別の機能訓練につきましては、担当Dr. からの指示書を頂き、その中から当施設にて可能な範囲のものをを行います。
- (6) レクリエーション 季節ごとの行事や、書道、手工芸、音楽などのクラブ活動にご参加いただけます。詳しくは月間予定表をご覧ください。
- (7) 健康管理 サービス利用中の健康管理のための援助を担当職員により行います。在宅療養型診療所の往診や訪問看護サービスを受ける場合には、ご利用前のご相談に応じさせていただきます。
- (8) 生活相談 施設での生活上の様々なご相談をはじめとして、地域の社会資源や利用できるサービスのご紹介等についてご相談に応じさせていただきます。
- (9) 理容・美容サービス 月1回各々のサービスを実施しております。
料金は直接業者にお支払い下さい。町田市の調髪券もご使用になれます。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

- ① まず、担当の介護支援専門員(ケアマネージャー)へお申し込みください。介護支援専門員が申し込みの手続きを代行します。
- ② ご利用期間決定後、契約を締結いたします。なお、ご利用の予約は当月の3ヶ月先までご予約頂けます(例:4月1日から7月分の受付が開始されます)。
- ③ 契約締結にあたってのご説明は原則的として、ご来園・訪問での説明になります。

(2) サービス利用契約の終了

① ご利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書でのお申し出によりいつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効となります。

② 自動終了

以下の場合には双方の通知がなくても自動的に契約を終了し、予約は無効となります。

- ・ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ご利用者がお亡くなりになった場合
- ・介護保険給付でサービスを受けているご利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合

※ この場合に限り、予約を有効にしたまま契約条件を変更して再度契約することができます。

③ その他

- ・ご利用者が、サービス利用料金の支払を90日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、または、やむを得ない事情により施設を閉鎖もしくは縮小する場合は、90日前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことができます。また、ご利用者やご家族などが当施設および職員に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただきます。

なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。

6. 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

- ① 当施設は、短期入所生活介護・予防短期入所生活介護計画に基づき、ご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に支援し、あわせてご利用家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために必要な日常生活上の介護及び機能訓練等、その他必要な援助をさせていただきます。
- ② 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保険・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。

(2) サービス利用に当たっての留意事項

- ・喫煙は必ず喫煙所をお願いいたします。ライター等は、施設でご用意しますので、お持ちにならないで下さい。
- ・多額の現金、高価な貴金属等はお持ちにならないようお願いいたします。
- ・医療機関への受診の付き添い、送迎はご家族でお願いします。
- ・外出等
外出等の際は、ご予約について担当職員までお申し出いただきます。
外出等の際の付き添い、送迎はご家族でお願いします。
- ・ショートステイご利用期間外のお荷物の保管は承れません(ただし、在宅酸素機器は除く)。

7. 緊急時の対応方法

ご利用者に容態の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
主治医連絡先	
病院または診療所名	
医師名	
住所	
電話番号	

8. 非常災害対策

当施設は、消火設備、非常放送設備等、災害、非常時に備えて必要な設備を設けるとともに、非常災害等に対して具体的な防災計画・避難計画等をたて、職員及びご利用者が参加する訓練を定期的実施いたします。

9. 災害等の事業について

地震等の自然災害や感染症の発生、あるいは発生の恐れがある場合は、安全の確保のためにサービスを中止、又は縮小させて頂く事がございます。

10. サービス内容に関する相談・苦情

① ご利用者相談・苦情担当

担当 介護課 ショートステイ担当 電話 042-735-3000

② 当法人苦情窓口 法人事務局総務課

電話 03-3622-7614

③ その他

当施設以外に、東京都や町田市での相談・苦情窓口等でも受け付けています。

東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口専用

電話 03-6238-0177

東京都福祉保健局 介護保険課相談窓口

電話 03-5320-4597

町田市役所 介護保険課給付係

電話 042-724-4366

11. 法人及び町田事業所の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 賛育会
代表者役職・氏名	理事長 平野 昭宏
法人所在地	墨田区太平三丁目17番8号
連絡先	電話 03-3622-7614
賛育会町田事業所の事業	
清風園	介護老人福祉施設(110床) 短期入所生活介護(併設型 3床) 短期入所生活介護(空きベッド型 3床) 通所介護(一般型30名) 介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業(15名) 診療所(内科) 訪問看護ステーション 訪問介護ステーション(ホームヘルパー) 夜間対応型訪問介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 グループホーム丘の家清風(9名)
第二清風園	介護老人福祉施設(100床) 短期入所生活介護(併設型 30床) 短期入所生活介護(空きベッド型 10床) 通所介護(一般型40名) 認知症対応型通所介護(12名 予防含む) 介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業(15名) 地域包括支援センター(町田市鶴川第1高齢者支援センター) 居宅介護支援事業所 住宅確保要配慮者円滑入居賃貸住宅 ハイッ薬師台 大蔵あんしん相談室
清風ヒルズ金井	サービス付き高齢者向け住宅 清風ヒルズ金井

確 認 書

年 月 日

短期入所生活介護・予防短期入所生活介護ご利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基ついて重要な事項を説明しました。

事業者

[事業者名] 社会福祉法人 賛育会
[施設名] 特別養護老人ホーム 清風園
[事業所番号] 東京都 1373200219号
[住所] 〒195-0073
東京都 町田市 金井7-17-13

[代表者名] 施設長 木口 圭子 印

[説明者] 所属 介護課 ショートステイ担当
氏名 印

私は、契約書および本書面により、施設から短期入所生活介護・予防短期入所生活介護についての重要事項の説明を受けました。

ご利用者 〒
[住所]

[氏名] 印
(代筆者:)

代理人(成年後見人)
[住所] 〒

[氏名] 印

家族代表者
[住所] 〒

[氏名] 印
(ご利用者本人との関係:)