

短期入所生活介護

重 要 事 項 説 明 書

1 当施設が提供するサービスについての相談・苦情窓口

電 話 042-574-5211

担 当 生活相談員 後 藤 匠 太 田 中 道 雄

※ ご不明な点は、何でもおたずねください。

2 事業者

法人種別・名称	社 会 福 祉 法 人 誠 愛 会
法人所在地	〒197-0803 東京都あきる野市瀬戸岡305番地1
代表者職・氏名	理 事 長 南 澤 勝 久
電話・FAX番号	T E L 042-559-2111 F A X 042-518-7677

3 施設概要

① 提供できるサービスの種類

施 設 名 称	指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム シルバーハイツ谷保
所 在 地	〒186-0011 東京都国立市谷保6丁目17番地の37
施 設 長 名	施 設 長 南 澤 慎 也
電話・FAX番号	T E L 042-574-5211 / F A X 042-574-5217
介護保険事業所番号	短期入所生活介護 東京都指定 1373400611

② 当施設の設備の概要

定員	特別養護老人ホーム 75名 ショートステイ 5名
居室	1人室 20室
	4人室 15室
浴室	一般浴槽・リフト浴槽・特殊浴槽があります。
静養室	1室
医務室	1室
食堂	3室 各階に設置
機能回復訓練室	1室

③ 当施設の職員体制（標準的な員数）

※職員数は変動することがございますが、指定基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤
施設長	1	
生活相談員	2	
ケアワーカー	2 4	1 4
看護師	3	2
機能訓練指導員	1	
管理栄養士	1	
介護支援専門員	1	
医師		2
理学療法士		
作業療法士		
リハビリ担当	1	
事務員	5	
その他	0	3

4 サービスの内容

① 介護保険内のサービス

種 類	内 容
食 事	・ 栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・ 食事はできるだけ離床して、食堂で食べていただけるように配慮します。 ・ 食事時間 朝食 7 : 3 0 ~ 9 : 0 0 昼食 1 1 : 3 0 ~ 1 3 : 0 0 夕食 1 7 : 3 0 ~ 1 9 : 0 0
排 泄	・ 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	・ 週 2 回の入浴を行います。 ・ 体調により入浴許可が下りない場合には清拭を行います。 ・ 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
離床・着替え 整容等	・ 寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・ 生活リズムを考え、朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・ 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をします。 ・ シーツ交換は週 1 回行います。

機能訓練	・ 訓練室及びベッドサイドにて機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康管理	・ 体調不良および緊急等必要な場合には、主治医あるいはご家族に同意を得て協力医療機関等に引き継ぎます。
生活相談	・ 利用者およびそのご家族からの相談について、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 （相談窓口） 生活相談員 後 藤 匠 太 田 中 道 雄
教養娯楽	・ 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活をみのりあるものとするため、適宜レクリエーション・行事を企画いたします。
生活上の便宜	・ 行政機関等に対する手続きが必要な場合には、利用者及びご家族の状況によっては、代わりに行います。

② 介護保険外のサービス

種 類	内 容
美容サービス	・ 月 1 回、美容室の出張による美容サービスをご利用いただけます。
日常生活品の購入支払代行	・ 介護以外の日常生活にかかる物品の購入、諸費用に関する支払い代行を申し込むことが出来ます。
金銭管理	・ 自らの手による金銭の管理が困難な場合には、金銭管理サービスをご利用いただけます。

5. サービスの利用方法

① サービスの利用申し込み

まずは、お電話でお問い合わせください。

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2ヶ月前からできます。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

② サービス利用契約の終了

- ・ お客様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、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。

- ・ 自動終了

以下の場合は、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。

- お客様が介護保険施設に入所した場合
- お客様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お客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

・ その他

お客様が、サービス利用料金の支払いを１ヶ月以上遅延し、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。お客様やご家族などが当施設や当施設職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。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、１０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ございます。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

① 運営の方針

利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう支援して行きたいと思えます。

② 留意事項

当施設のご利用に当たって、サービスを利用されている皆様の快適性・安全性を確保するために、下記の事項をお守りください。

・ 面会

原則９時より１８時までとし、曜日は自由です。ただし、感染症の予防等で制限させていただく場合もあります。

・ 外出

帰所時間、食事の有無など必要な事項を職員にお申出下さい。

・ 飲食物

飲食物の持ち込みについては、衛生・健康管理上、職員に必ずご相談ください。

・ 居室、設備、器具の利用

施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反した場合やご利用により破壊等が生じた場合、弁償していただくことがございます。

・ 迷惑行為等

騒音等他の利用者の迷惑になる行為は、ご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。

・ 宗教、政治活動

施設内で他の利用者に対する布教、政治活動はご遠慮ください。

・ 動物飼育

施設内へのペットの持ち込みはお断りいたします。

7. 事故・緊急時の対応方法

利用者に事故または容態等の変化があった場合は、主治医に連絡する等必要な措置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

主治医	病院・診療所名	
	医 師 名	
	所 在 地	
	電話番号	

	緊急連絡先 N o . 1	
住 所		
氏名・続柄		
電話または携帯番号		

	緊急連絡先 N o . 2	
住 所		
氏名・続柄		
電話または携帯番号		

8. 非常災害時の対策

- | | |
|----------|----------------------------|
| ① 防災時の対応 | 消防防災計画 |
| ② 防災設備 | 最新の設備を備えております |
| ③ 防災訓練 | 定期的に初期消火、非難誘導、応急救護等必要訓練を実施 |
| ④ 防火管理者 | 南 澤 正 仁 |

9. サービス内容に関する相談・苦情

○ 当施設ご利用者相談・苦情担当

担当 生活相談員 後 藤 匠 太 田 中 道 雄
電話 042-574-5211

○ 第三者委員

担当 社会福祉法人 誠愛会 監事 荻 島 邦 彦
電話 042-596-2223

○ 国立市役所

担当 高齢者支援課 介護保険係
電話 042-576-2111

○ 国民健康保険団体連合会

担当 介護福祉部介護相談指導課介護相談窓口
電話 03-6238-0177

※その他、東京都社会福祉協議会でも受け付けております。

10. 当施設の概要

名称・法人種別	社会福祉法人	誠 愛 会
代表者職・氏名	理 事 長	南 澤 勝 久
本部所在地・電話番号	〒197-0803 東京都あきる野市瀬戸岡305番地1 042-559-2111（代）	
当施設が行っている事業	1 指定介護老人福祉施設 2 指定短期入所生活介護 3 指定通所介護事業 4 訪問介護事業 5 居宅介護支援事業	特別養護老人ホーム
法人が運営している他の事業	1 指定介護老人福祉施設 2 指定短期入所生活介護 3 居宅介護支援事業 4 訪問介護事業	特別養護老人ホーム

11. 福祉サービス第三者評価について

利用者でも事業者でもない第三者(評価機関)が福祉施設・事業者と契約を締結し、サービスの内容、事業者の経営や組織マネジメントの力等を評価し、結果を公表する制度です。

① 実施日 令和 年 月 日 実施評価機関

結果開示状況 東京福祉ナビゲーションに開示されています。

② 実施日 令和 年 月 日 実施評価機関

結果開示状況

令和 年 月 日

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及び本紙面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 〒186-0011
東京都国立市谷保6丁目17番地の37
名 称 特別養護老人ホーム シルバーハイツ谷保

説明者

所 属 生 活 相 談 員
氏 名 印

私は、契約書および本紙面により、事業者から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

