

社会福祉法人 恵比寿会
 フェローホームズショートステイサービス
 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
 (令和6年4月1日現在)

1. フェローホームズショートステイサービスが提供するサービスについての相談窓口

電話 042-523-7601 (午前9時から午後5時30分まで)

担当者 (浅見 恵美 ・ 平田 望)

※ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. フェローホームズショートステイサービスの概要

(1) 利用定員 定員 4名(空床利用型 5名)

[サービス提供場所：フェローホームズ仲間の家]

定員 11名(空床利用型 5名)

[サービス提供場所：フェローホームズ森の家]

(2) 施設と設備の概要

名称	フェローホームズショートステイサービス
所在地	190-0013 東京都立川市富士見町二丁目36番43号
介護保険指定番号	東京都指定 1373000338
サービス提供対象地域	立川市隣接地域(要相談)
■フェローホームズ仲間の家(従来型)	
建物の構造	鉄筋コンクリート(地上3階)
延床面積	3,565,80㎡
居室	4人部屋、3人部屋、個室
トイレ	手すり、暖房便座、車椅子対応型
浴室	個浴槽6台、特殊浴槽2台
食堂	各フロアに2箇所
■フェローホームズ森の家(ユニット型)	
建物の構造	鉄筋コンクリート(地上5階)
延床面積	4,038,51㎡
ユニット数	6ユニット(ショートステイ：1ユニット)
居室	全室個室(個室の専有面積18.8㎡)
トイレ	居室内に設置。手すり、暖房便座、車椅子対応型
浴室	ユニット内に個浴槽、他に特殊浴槽1台
食堂	各ユニットに1箇所

(3) 施設の職員の体制(本体施設も含めての人員)

■フェローホームズ仲間の家(従来型)

介護職員、看護職員、生活相談員、介護支援専門員については当施設のみ的人员となり、管理栄養士、機能訓練指導員、調理員、事務員等は併設しているユニット型介護老人福祉施設等との合算の人員配置です。 (令和6年5月1日)

	人員	内 訳	
		常勤職員	非常勤職員
施設長(管理者)	1名	1名	0名
配置医師(嘱託医)	6名	0名	6名(内、歯科医4名)
生活相談員	2名	2名	0名
介護支援専門員	1名	1名	0名
看護職員	6名	2名	4名(常勤換算2.3)
介護職員	37名	32名	5名(常勤換算2.86)
管理栄養士	2名	2名	0名
機能訓練指導員	2名	2名	0名
調理員	13名	5名	8名
事務員等	22名	9名	13名

■フェローホームズ森の家(ユニット型)

介護職員、看護職員、生活相談員、介護支援専門員については当施設のみ的人员となり、管理栄養士、機能訓練指導員、調理員、事務員等は併設している介護老人福祉施設との合算の人員配置です。 (令和6年4月1日)

	人員	内 訳	
		常勤職員	非常勤職員
施設長(管理者)	1名	1名	0名
配置医師(嘱託医)	4名	0名	4名(内、歯科医3名)
生活相談員	2名	2名	0名
介護支援専門員	1名	1名	0名
看護職員	5名	1名	4名(常勤換算1.9)
介護職員	31名	25名	6名(常勤換算2.6)
管理栄養士	2名	2名	0名
機能訓練指導員	2名	2名	0名
調理員	13名	5名	8名
事務員等	22名	9名	13名

(4) 当事業所の方針等

当事業所は、福祉サービスを必要とする者が、心身ともに健やかに育成され、また社会・経済・文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるとともに、その環境・年齢及び心身の状況に応じ、地域において必要な福祉サービスを総合的に提供されるよう援助することを目的として取り組んでいます。

3. 施設生活援助・サービスガイドライン

- (1) ご家族とのつながりを大切に、ご家族もケアチームの一員としてその方（利用者）をみんな（家族・職員）で連携して支援していきます。
- (2) 家庭的な雰囲気大切に環境を作ります。
 - ・居心地のよい生活空間、清潔な環境で過ごせるよう、清掃、整理整頓に努めます。
 - ・全ての居室に担当職員を配置し、家族のような存在として、生活全般の支援をおこないます。
- (3) おいしく、見た目にも楽しい食事
 - ・椅子に座って食事をするを基本として、食べる姿勢を大事にします。
 - ・できる限りご自分で召し上がっていただけるよう、適切な補助具等用意し支援していきます。
 - ・経口での摂取を基本とし、おいしい食事が楽しめるよう、口腔訓練に取り組みます。
- (4) 個別性を大切にした楽しみな入浴
 - ・個別浴槽による1対1での入浴を基本としてその方に合った入浴を提供いたします。
 - ・安全、清潔、快適な入浴環境を整え、その方の心身の健康を保ちます。
 - ・入浴を楽しみにしていただける環境づくりをします。
- (5) 尊厳を守る排泄介助
 - ・トイレで排泄をすることを基本として、適時トイレ誘導、トイレトレーニングに取り組みます。
 - ・プライバシーに配慮したケアや支援をおこないます。
- (6) 利用者の能力を引き出すリハビリ
 - ・日常動作の中「生活リハビリ」を実施し機能向上につながるよう支援します。
 - ・楽しく継続できるようなプログラムを実施します。
 - ・その方らしく過ごしていただけるような、季節を感じるイベント、レクリエーションを用意し、潤いのある生活を送れるよう支援します。
 - ・保育園児の訪問や様々なボランティアを受け入れ、地域や社会とのつながりを大切にします。

4. サービスの内容と留意事項

項目	サービス内容
施設サービス計画の立案	自立に向けた日常生活リズムの確立を基に作成します。
食 事	<ul style="list-style-type: none"> •管理栄養士の立てる献立表を基に健康状態に合わせ、数種類の食形態の中から提供します。 •アレルギー等で召し上がれないもの事前にご相談ください。 •毎月季節に応じた特別行事食を通じ、楽しみのある食事の提供。朝食は選択食（パン・ご飯）となっています。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な介助を行うと共に、排泄の自立に向けての援助を行います。できるだけ、トイレでの排泄を支援していきます。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> •週2回以上の入浴をしていただきます。 •個別性を重視した浴槽や入浴介助をおこない、気持ちよく、安心安全の入浴サービスを提供いたします。 •健康上の都合で入浴できない場合は着替えや清拭をして清潔を心掛けます。
機能訓練・生活リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> •身体機能の低下を予防するよう支援します。 •生活リハビリを取り入れ、心身機能の低下を防止するよう支援します。
相談及び援助	利用者および代理人からの相談について、誠意をもって応じ可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> •入所時に簡単な健康チェックを行います。 •看護師によるバイタル確認して健康管理を行います。
来訪・面会	<ul style="list-style-type: none"> •面会時間は午前10時から午後7時までになります。来訪前にご連絡ください。 •受付で手指洗浄と消毒をお願いします(感染状況等によりマスクの着用をお願いします)。 •風邪や体調不良時の面会はお控えください。 •食料品や衣類等の持ち込みは必ず職員にお申し出ください。 ※感染症等の蔓延状況により、対応が変わることにご理解とご協力をお願いします。
外出	<p>外出時のお願い</p> <ul style="list-style-type: none"> •予定がありましたら事前にご連絡ください。お出かけ前に職員にお声かけください(服薬等が必要であればお渡しします)。 •帰園予定の時間もわかりましたらお知らせください。 ※感染症等の蔓延状況により、対応が変わることにご理解とご協力をお願いします。
持ち込み制限	<p>利用にあたり、以下のものは持ち込むことができません。</p> <ul style="list-style-type: none"> •金品、貴重品等。 •刃物類や火気器具、ローソク等の事故や火災につながる用品等。
喫煙・飲酒	<ul style="list-style-type: none"> •喫煙については基本的には禁止としています。 •飲酒については、ご相談ください。
迷惑行為	<ul style="list-style-type: none"> •騒音等他の利用者のご迷惑になる行為はご遠慮ください。 •職員や他の利用者に対し、ハラスメントや営利活動等を行うことはおやめください。

金銭・預金管理	利用者の手元での現金管理は、必要最低限のお小遣いの範囲でお願いします。自己管理が難しい、もしくは大金となる場合はご相談ください。
社会的サービス	日用品購入等社会生活のお手伝いをします。
宗教活動・政治等の活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動は禁止です。
送迎	障害の程度、地理的条件、その他の理由により、送迎を必要とする利用者については、送迎サービスを提供します。 <ul style="list-style-type: none"> ・送迎時間は、基本的には午前9時から午後4時までとなりますのでご了承ください。 ・送迎時間についてはあらかじめ施設からお知らせいたしますので、ご協力のほどお願いいたします。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

ケアプランの作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員にご相談ください。介護支援専門員より連絡を受け、日程の予約をしたうえで職員がご自宅に伺い、サービス内容を説明し利用者の状況を確認いたします。なお、利用者の状態を確認するために主治医の意見書を提出していただくことがあります。次回の利用からは、介護支援専門員に連絡することにより予約できます。なお、利用の予約は3ヶ月前より受付しています。また、都合で予約日の変更やキャンセルする場合は、なるべく早くご連絡下さい。

(2) サービスの終了

①利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する場合はなるべく早くお知らせください。

②事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等、やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合、双方の文書がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設等に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた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
- ・利用者ご本人がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合

④その他

- ・事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、

利用者ご本人やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合は、利用者は文書で契約解除を通知することによってすぐにサービスを終了することができます。

- 利用者が、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14日以内に支払わない場合や、又は利用者、代理人、親族等が事業者や事業者の職員に対して、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、すぐにサービスを終了させていただく場合があります。

6. 個人情報の取り扱いについて

契約書第14条参照。

7. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束いたします。

ただし、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するために、緊急やむを得ない理由により拘束せざる得ない場合には以下のようにします。

- (1) 事業者が利用者に対し隔離、身体拘束等その他の方法により利用者の行動を制限する場合は、利用者又は利用者の代理人に対して事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明し同意を得ておこないます。
- (2) 事業者が利用者に対し隔離、身体拘束等その他の方法により利用者の行動を制限した場合には、介護サービス記録に次の事項を掲載します。
 - ①利用者に対する行動制限の根拠。
 - ②見込まれる期間及び実施された期間。

8. 虐待防止に関する事項

事業者は、利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し研修を実施する等の措置を講じるものとします。

9. 保証人事項

保証人は、「フェローホームズショートステイサービス」の契約書に起因する債務について、利用者と連帯してその履行をします(契約書第12条参照)。

10. 非常災害時対策

火災や地震などの非常災害時には、事業者と事業者の職員は利用者の安全が確保できる対応に努めます。また、災害がおさまっても、代理人、親族等や緊急連絡先の方に引き渡すまで、利用者の安全の確保に努めます。

11. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の相談・苦情担当

担当者 平田 望

電話 042-523-7601

利用者や家族のみなさまとともに、よりよいサービスを作っていきたいと考えておりますので、気になったことがありましたらご連絡ください。

(2) 第三者委員（オンブズマン）

職員に言いにくい相談、職員の説明に納得できない場合は、「第三者委員」がお受けします。

中村 喜美子 委員 電話042-525-0668

桑田 佐喜美 委員 電話042-525-2814

(3) 公的な苦情相談窓口

立川市介護保険課介護給付係 電話042-523-2111

【受付時間（土日祝祭日を除く）午前8時30分～午後5時15分】

東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 電話03-6238-0177

【受付時間（土日祝祭日を除く）午前9時～午後5時】

以上

上記の利用契約書等の契約を証するために、本書2通を作成し、利用者、代理人、事業者が署名押印の上、利用者と事業者が1通ずつ保有することとします。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者 東京都指定 介護保険事業者番号
1373000338
<事業者名> 社会福祉法人 恵比寿会
フェローホームズショートステイサービス
<住所> 東京都立川市富士見町二丁目36番43号
<代表者名> 統括施設長 森山 善弘 印

利用者
<住所> _____
<氏名> _____ 印

代理人
<住所> _____
<氏名> _____ 印 (続柄)

利用契約書および契約書別紙、重要事項説明書の内容説明者
フェローホームズショートステイサービス
<氏名> _____ 印