

# 指定介護予防短期入所生活介護事業所 永楽荘

## 重要事項説明書

### 1 事業所説明

#### (1) 事業の目的

社会福祉法人函館厚生院が開設する指定介護予防短期入所生活介護事業所永楽荘（以下「事業所」という。）が行う指定介護予防短期入所生活介護（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の医師、支援相談員、介護職員又は看護職員、栄養士、機能訓練指導員、その他の職員（「指定介護予防短期入所生活介護従事者」）が要介護状態にある高齢者に対し、適切な指定短期入所生活介護を提供することを目的とする。

#### (2) 運営の方針

事業所の指定介護予防短期入所生活介護従事者は、要介護状態等になった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できるよう、食事、排泄、入浴、着替え等の介助、その他日常生活上の介助及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の精神的及び身体的負担の軽減を図るよう努めるものとする。

#### (3) 事業所

- ①事業所の名称 函館厚生院
- ②事業所の所在地 北海道函館市本町 34 番 8-1 号
- ③法人種別 社会福祉法人
- ④代表者名 高田 竹人
- ⑤電話番号 0138 - 51 - 9588
- ⑥FAX 番号 0138 - 55 - 9693
- ⑦ホームページ <http://www.koseiin.or.jp>
- ⑧設立年月日 明治 33 年 3 月 6 日

#### (4) ご利用施設

- ①施設の名称 養護老人ホーム 永楽荘
- ②施設の所在地 北海道函館市高丘町 3 番 1 号
- ③管理者名 前田 敦
- ④電話番号 0138 - 57 - 1366
- ⑤FAX 番号 0138 - 57 - 1338

#### (5) 事業所とあわせて実施する事業

- ①養護老人ホーム永楽荘  
(昭和 38 年 10 月 1 日指定 定員 150 人)
- ②指定通所介護事業所永楽荘  
(平成 12 年 4 月 1 日指定 指定番号 0171400401 号)
- ③第一号通所事業 国基準通所型サービス  
(平成 18 年 4 月 1 日指定 指定番号 0171400401 号)
- ④指定短期集中型通所サービス事業所永楽荘  
(平成 29 年 10 月 1 日指定 指定番号 0171400401 号)

- ⑤指定特定施設入居者生活介護事業所永楽荘  
(平成18年10月1日指定 指定番号0171400401号)
- ⑥指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所永楽荘  
(平成18年10月1日指定 指定番号0171400401号)
- ⑦指定短期入所生活介護事業所永楽荘  
(平成18年4月1日指定 指定番号0171400401号)

## (6) 施設の概要

- ①敷地及び建物 (養護老人ホームと共用)
  - i 敷地 9,501.24 m<sup>2</sup>
  - ii 建物構造 鉄筋コンクリート造3階建 (耐火建築)
  - iii 延べ床面積 5,240.70 m<sup>2</sup>
  - iv 利用定員 9人
- ②居室 (静養室は養護老人ホームと共用)
  - i 個室 (全室個室 面積9.58 m<sup>2</sup> 1人あたりの面積9.58 m<sup>2</sup>)
  - ii 静養室1 (個室1室 面積12.15 m<sup>2</sup> 1人あたり12.15 m<sup>2</sup>)
- ③その他主な設備 (養護老人ホームと共用)
  - i 食堂兼多目的ホール兼機能訓練室 (1室 面積497.99 m<sup>2</sup> 1人あたり3.13 m<sup>2</sup>)
  - ii 一般浴室 (1室 面積93.96 m<sup>2</sup> 個浴1槽含む)
  - iii 便所 (12箇所)
  - iv 医務室 (1室)

## (7) 職員の職種、員数

職員の職種及び員数は、指定基準を遵守しています。

(利用者9人における常勤換算方法での職員数)

- ①管理者 1人
  - ②生活相談員 1人以上
  - ③介護職員 (機能訓練指導員兼務)
  - ④看護職員 (機能訓練指導員兼務)
  - ⑤医師 1人以上
- } 4人以上

## (8) 職員の勤務体制

- ①管理者 正規の勤務時間帯 (8:50~17:20) 常勤で勤務4週8休
- ②生活相談員 正規の勤務時間帯 (8:50~17:20) 常勤で勤務4週8休
- ③介護職員 (機能訓練指導員兼務) 4週8休
  - 早番 (6:30~15:00)
  - 日勤 (8:50~17:20)
  - 遅番① (10:30~19:00) 遅番② (11:00~19:30)
  - 夜勤 (16:30~9:30)
- ④看護職員 (機能訓練指導員兼務) 4週8休
  - 日勤 (8:50~17:20)
  - 遅番 (10:30~18:30)
- ⑤医師 毎月2回 (9:30~11:30) 非常勤で勤務

- (9) 営業日  
年中無休

(10) ご予約の方法

ご利用のご予約は、利用を希望される期間の初日の3ヶ月前から受け付けております。

2 サービスの内容

(1) 提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、滞在費、食費を除き通常の7割から9割が介護保険から給付されます。

①居室

- ・全室 個室 (9室)
- ・利用者の状況によっては静養室になることもあります。
- ・光熱水費を基本として算定します。
- ・料金については別紙Iを参照。

②食事

朝食 7:30～ 昼食 12:15 ～ 夕食 17:30 ～

- ・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を目的として、食堂で食べていただけるように配慮します。
- ・栄養士による食材の検収により、新鮮で安価な食材を提供いたします。
- ・食材料費及び調理にかかる費用を基本として算定します。
- ・料金については別紙Iを参照。

③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。
- ・おむつを使用する方に対しては必要に応じて随時交換を行います。

④入浴

- ・週2回の入浴又は清拭を行います。
- ・寝たきり等で座位保持が困難な方は機械を用いての入浴も可能です。

⑤着替え等

- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考えて、毎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します。
- ・シーツ交換は週1回、寝具の消毒は月1回実施します。

⑥機能訓練

生活機能の維持・改善に努めます (当施設の保有するリハビリ器具)

⑦健康管理

緊急等、必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。

(当施設の嘱託医師)

氏名：目黒 英二

診察日：毎月2回 9:30 ～ 11:30

#### ⑧相談及び援助

当施設は、入所者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

#### ⑨送迎

身体状況等により、ご自分での来所が困難な方は、リフト付き送迎車等で入退所時の送迎を行います。

### (2) その他のサービス

#### ①特別な食事の提供

- ・特別な食事を希望される場合（自費）

#### ②特別な送迎

- ・当施設の事業実施区域の函館市（旧戸井町、旧恵山町、旧榎法華村及び旧南茅部町を除く）以外の方で、身体状況等により、ご自分での来所が困難な方は、入退所時の送迎を実施します。
- ・実施区域外の走行距離（1 km未満端数切捨て）に1 kmあたりの単価 30 円を乗じた額を徴収します。

#### ③理美容

- ・毎月 8 日間、出張理髪サービスをご利用いただけます。

#### ④教養娯楽施設の利用

- ・当施設では、次の教養娯楽施設を整えております。  
クラブ活動：書道・大正琴・生け花等（自費）

#### ⑤レクリエーション

- ・当施設では、季節に応じたレクリエーションを実施しております。
- ・施設外レクリエーションについて実費（交通費・入場料・食費等）

### 3 利用料金

#### (1) 別紙 - I (1) 参照

#### (2) 別紙 - I (2) 参照

#### (3) 支払方法

利用者は、事業所に対し、当月の利用料等を請求後に以下のいずれかの方法にて、お支払いただきます。

- ①郵便局自動払込み（自動申し込みの手続きをしていただき、ゆうちょ銀行の通帳より毎月 20 日と 27 日の 2 回引き落としさせていただきます。引落としの際の手数料は当施設にて負担いたします）

- ②銀行振込

<取引銀行>

- ・ゆうちょ銀行 口座番号 02780-8-102515

口座名 ハコダテコウセイイン 函館厚生院 エイラクソウ 永楽荘 ソウチョウ 荘長 マエダ 前田 アツシ 敦

- ・北洋銀行 五稜郭公園支店 普通預金 4204572

口座名 ハコダテコウセイイン 函館厚生院 エイラクソウ 永楽荘 ソウチョウ 荘長 マエダ 前田 アツシ 敦

※お振込は、サービスをご利用になられた方のお名前をお願いいたします。

### ③現金払い

- ・窓口での現金支払い（土・日は休みとなります）
- ・現金書留での支払い

### ④預金口座振替（当施設に代わり、収納代行会社が、契約した預金口座から利用料を引落とし当施設口座へ送金いたします。引落としの手数料は当施設にて負担いたします。）

- ・収納代行会社 日本システム収納株式会社
- ・引落日 毎月27日（27日が土日祝日の場合は次の営業日）

## 4 サービス内容に関する相談・苦情

### ①利用者相談・苦情窓口

窓口担当者 工藤 猛（主任支援相談員）  
ご利用時間 月曜日～金曜日 8:50～17:20  
ご利用方法 電話 0138-57-1366  
FAX 0138-57-1338

### ②その他

#### i 函館市福祉サービス苦情処理委員事務局

所在地 〒040-8666  
函館市東雲町4番13号函館市保健福祉部管理課内  
電話 0138-21-3297  
FAX 0138-26-4090  
時間 月曜日～金曜日 8:45～17:30

#### ii 北海道国民健康保険団体連合会（国保連）

所在地 〒060-0062  
札幌市中央区南2条西14丁目国保会館1階  
電話 011-231-5175  
FAX 011-233-2178  
時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00（祝日は除く）

#### iii 北海道福祉サービス運営適正化委員会

所在地 〒060-0002  
札幌市中央区北2条西7丁目1番地 北海道立道民活動センター3階  
電話 011-204-6310  
FAX 011-204-6311  
時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00

## 5 キャンセル

キャンセル日	キャンセル料
利用期間中	実費相当額
利用開始当日	実費相当額
利用開始2日前から 前日まで	無料

※利用予定日前日まで申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取り消し料として上記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご契約者の体調不良等正当な理由がある場合はこの限りではありません。

## 6 契約の終了・中途解約・契約解除

### ①施設を退所していただく場合

- ・要介護認定により、利用者の心身状況が要介護または自立と判定された場合（自立と判定されても保険者の判断により、利用可能な場合がございます）
- ・事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ・施設の消失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ・利用者から退所の申し出があった場合（詳細は下記をご参照ください。）
- ・利用者が入院された場合

### ②利用者からの退所の申し出

- ・介護保険給付対象外サービスの利用料の変更に同意できない場合
- ・事業所もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ・事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ・事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ・他の利用者が利用者本人の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

### ③事業者からの申し出により退所していただく場合

- ・利用者が、契約締結時にその身体の状態及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ・利用者による、サービス利用料の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ・利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ・他の介護保険施設を利用した場合

## 7 協力医療機関

当施設と下記病院とは、入所者に病状の急変があった場合、速やかに家族・主治医と連絡をとります。なお状態によっては救急指定病院となることもあります。

- |           |                        |              |
|-----------|------------------------|--------------|
| ①函館五稜郭病院  | 函館市五稜郭町 38 番 3 号       | 0138-51-2295 |
| ②函館中央病院   | 函館市本町 33 番 2 号         | 0138-52-1231 |
| ③ななえ新病院   | 亀田郡七飯町本町 7 丁目 657 番地 5 | 0138-65-2525 |
| ④吉田歯科口腔外科 | 函館市湯川町 1 丁目 31 番 1 号   | 0138-59-2221 |
| ⑤吉田眼科病院   | 函館市本通 2 丁目 31-8        | 0138-53-8311 |

## 8 非常災害時の対策

- ①火災等の災害時は別途定める「養護老人ホーム永楽荘 消防計画」に則り対応いたします。その際、近隣施設の高丘寮・百楽園と非常時の相互の応援を約束しています。

②平時別途定める「養護老人ホーム永楽荘 消防計画」に則り、夜間及び昼間を想定した避難訓練を年2回、入所者の方も参加して実施します。

③防災設備（養護老人ホームと共通）

- i スプリンクラー あり
- ii 避難階段 1 箇所
- iii 自動火災報知機 あり
- iv 誘導灯 43 箇所
- v ガス漏れ報知機 あり
- vi 防火扉・シャッター 12 箇所
- vii 屋内消火栓 12 箇所
- viii 非常通報装置 あり
- ix 漏電火災報知機 あり
- x 非常用電源 あり

※カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しております。

## 9 当施設ご利用の際に留意いただく事項

- ①来訪者は、面会時間（原則として9:00～17:00）を遵守し、入館チェックリストへ必要事項をご記入のうえ、入館ください。
- ②外泊・外出の際には行き先と帰宅時間を伝票へ記載し職員に申し出てください。
- ③医療機関への受診については、身体の状態によって、緊急の対応として主治医以外の救急指定病院になることもあります。定期受診や緊急性の低いと思われる受診については、原則としてご家族に実施していただきます。
- ④施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
- ⑤騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。又、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。

## 10 高齢者虐待の防止

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとします。

- ①虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。また、その責任者は管理者とする。
- ②虐待防止のための指針の整備をしています。
- ③虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ④虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置しています。

## 11 身体的拘束等の禁止

事業所はサービスの提供に当たり、身体的拘束その他の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。また、身体的拘束適正化検討委員会を独立して設置し、身体拘束廃止に関する指針の作成、身体的拘束等適正化のための研修を定期的で開催します。但し、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合、次の手続きにより身体拘束等を行います。

- ①身体的拘束等を行う場合には、その態度及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録し5年間保存します。
- ②利用者又はその家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討します。

## 1 2 禁止行為について

以下の行為につきましてはご遠慮ください。

- ①決められた場所以外での喫煙・飲酒・飲食等
- ②従業者又は他の利用者に対し、ハラスメントその他の迷惑行為を行うこと
- ③施設内での金銭及び食物等のやりとり
- ④従業者に対する贈物や飲食のもてなし
- ⑤従業者及び他の利用者に対する身体的・精神的暴力
- ⑥施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動
- ⑦施設内へのペットの持ち込み及び飼育
- ⑧その他決められた以外の物の持ち込み

## 1 3 第三者評価の実施状況

- ①第三者の評価の実施 有
- ②評価機関 社会福祉法人 北海道社会福祉協議会
- ③受審日 令和2年2月18日～19日
- ④評価結果の開示状況 有

当事業所の指定介護予防短期入所生活介護にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

なお、この契約は令和 年 月 日より適用となります。

事業所	所在地	〒042-0955 北海道函館市高丘町3番1号		
		電話番号	(0138) 57-1366	FAX (0138) 57-1338
	事業所名	社会福祉法人函館厚生院 指定介護予防短期入所生活介護事業所永楽荘		
	管理名	前田 敦		印
説明者	氏名	指定介護予防短期入所生活介護事業所永楽荘 支援相談員		

利用者は、契約書及び本書面により、事業所から指定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、同意しました。

利用者	住所	〒 -		
	電話番号	( ) -		
	氏名			
署名代行者	私は下記の理由により利用者の契約意思を確認し、署名を行いました。 (署名を代行した理由) 1. 障害、認知症等により自署困難 2. その他 ( )			
	住所	〒 -		
	電話番号	( ) -		
	氏名	(続柄 )		
連帯保証人	住所	〒 -		
	電話番号	( ) -		
	氏名	(続柄 )		
	極度額	500,000円		