

指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護サービス事業所

「特別養護老人ホーム愛翠苑」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(福岡県指定 4070000445号)

当事業所はご契約者に対して指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通りご説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも入所は可能です。

◇目 次◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. 職員の配置状況	3
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金	4
5. 事故発生時の対応	6
6. 苦情の受付について	7
7. サービスの第三者評価の実施状況について	8

1. 事業者

- | | |
|-----------|------------------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 若杉会 |
| (2) 法人所在地 | 〒829-0314
福岡県築上郡築上町大字上ノ河内1048番地 |
| (3) 電話番号 | 0930-56-5331 |
| FAX 番号 | 0930-56-0888 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 杉野 正幸 |
| (5) 設立年月日 | 昭和56年 3月31日 |

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護事業所
 平成12年 4月 1日指定
 福岡県指定 4070000445号
 ※当事業所は特別養護老人ホーム愛翠苑に併設されています。
- (2) 事業の目的 要支援及び要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム 愛翠苑
- (4) 事業所の所在地 福岡県築上郡築上町大字上ノ河内1048番地
- (5) 電話番号 0930-56-5331
 FAX 番号 0930-56-0888
- (6) 施設長氏名 杉野 正幸
- (7) 当事業所の運営方針 利用者が可能な限りその居宅において、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、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、精神的負担の軽減を図る。
- (8) 開設年月日 昭和56年10月 6日
- (9) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から日曜日まで
受付時間	月～金 8:00 ～ 19:00
	土・日・祝日 8:00 ～ 17:30

- (10) 利用定員 2名

(11) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として静養室ですが、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況により変更になることがあります。

居室・設備の種類	室数	備考
静養室（2人部屋）	2室	

2 人 部 屋	4 室	
4 人 部 屋	1 8 室	
居室合計	2 4 室	
食 堂	1 室	
機能訓練室	1 室	【主な設置機器】 歩行訓練用階段、肩関節輪転運動機 壁面用肋木、矯正用鏡、マイクロサーミー極超短 波治療装置、トレッドミル他
浴 室	1 室	
医 務 室	1 室	

<上記は、厚生省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務付けられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。>

- ★居室の変更：ご契約者からの変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

3. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対し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>

※職員の配置については、指定の基準を遵守しています。

職 種	配置人員	指定基準
1. 施設長 (管理者)	1 名	1 名
2. 介護職員	入所者 3 名につき 1 名以上	入所者 3 名につき 1 名
3. 生活相談員	1 名	1 名
4. 看護職員	3 名以上	3 名

5. 機能訓練指導員	1名	1名
6. 介護支援専門員	1名	1名
7. 医師（嘱託）	1名	1名
8. 管理栄養士又は 栄養士	1名	1名

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤務体制
1. 医師	毎週火・金
2. 介護職員	日中 約17名
	夜間 3名
3. 看護職員	日中 2名以上
4. 機能訓練指導員	日中 1名

4. 当施設が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 当施設が提供する基準介護サービス

<サービスの概要>

①居室の提供

②食 事

●当事業所では、管理栄養士を配置し、栄養並びにご契約者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

●ご契約者の自立支援のため、離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間)

朝食・・・8：00より

昼食・・・12：00より

夕食・・・18:00より

③入浴

- 入浴又は清拭を週2回行います。
- 寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

④排泄

- 排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤機能訓練

- 専任の機能訓練指導員の指導により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑥健康管理

- 医師や看護職員が健康管理を行います。又、夜間の緊急時に備えて24時間看護職員と連絡を取れる体制を確保しております。

⑦その他の自立への支援

- 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、毎朝夕の着替えを行うように援助します。
- 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
- 口腔内の清潔維持のため、食後の口腔ケアを援助します。

<サービス利用料金(1日あたり)>

別紙料金表により、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金と該当する加算料金から、介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)、および滞在費、食費の合計額をお支払ください。

★滞在費及び食費について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額とします。

★ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画書が作成されていない場合も償還払いと場合があります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

★介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

①理 容

月に1回、理容師の出張による理髪サービス（調髪）をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり 1,000円

②複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

★経済状況の著しい変化その他のやむを得ない事由がある場合、相当な額に変更する場合があります。その場合、変更内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、サービス利用終了時に、ご利用期間分の合計金額をお支払い下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加

利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日前日までに事業者へ申し出て下さい。

サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の可動状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、すでに実施されたサービスにかかる利用料金はお支払いいただきます。

5. 事故発生時の対応について

サービス実施中にご利用者の病状の変化その他、緊急事態が生じたとき

	F A X 0 9 3 0 - 5 6 - 0 3 3 4 受付時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
豊前市 福祉課	所在地 豊前市大字吉木955 電話番号 0 9 7 9 - 8 2 - 1 1 1 1 F A X 0 9 7 9 - 8 2 - 9 2 2 2 受付時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
行橋市 介護保険課	所在地 行橋市中央1-1-1 電話番号 0 9 3 0 - 2 5 - 1 1 1 1 F A X 0 9 3 0 - 2 6 - 3 0 1 7 受付時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0

7. サービスの第三者評価の実施状況について

当該施設で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

実施の有無	なし
直近の実施年月日	
第三者評価機関名	
評価結果の開示状況	

令和 年 月 日

サービスの開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

<説明者>

職名 _____

氏名 _____ 印

私は、本書面に基ついて事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

<契約者>

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第125条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。