

短期入所生活介護 シクラメン 重要事項説明書
介護予防短期入所生活介護 シクラメン 重要事項説明書

あなたに対する指定短期入所生活介護サービス・介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始にあたり敬愛会 シクラメン についての説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

| | |
|--------|---------------------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 敬愛会 |
| 所在地 | 岐阜県中津川市阿木2811番地の1 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者氏名 | 理事長 花田 美晴 |
| 電話番号 | 0573-63-3232 (FAX) 0573-63-3233 |

2. 事業所の概要

| | |
|--------|---|
| 事業の種類 | 短期入所生活介護事業 (平成13年10月1日指定 岐阜県第2171500289号) 介護予防短期入所生活介護事業 (平成18年4月1日指定 岐阜県第2171500289号) |
| 事業所の名称 | 特別養護老人ホーム シクラメン |
| 所在地 | 岐阜県中津川市阿木2811番地の1 |
| 施設長名 | 今井 正子 |
| 電話番号 | 0573-63-3232 |
| FAX番号 | 0573-63-3233 |
| 利用定員 | 10名 |

※当事業所は特別養護老人ホーム シクラメン に併設されています。

3. 営業日及び営業(受入れ)時間

| | |
|-----------------|---|
| 営業日 | 年中無休 |
| 受付時間 (受入れ時間) | 月曜日～日曜日 9時00分～17時00分 但し年末年始、土、日、祝祭日のご利用については、担当の介護支援専門員に予めご相談ください。 |

4. 事業の目的と運営の方針

| | |
|---------|---|
| 事業者の目的 | この事業は、介護保険法の定めるところにより、加齢による心身の変化に起因する疾病等により要介護又は要支援の状態になった者に対して施設サービスを提供することを目的とする。 |
| 施設運営の方針 | 当施設にあつては、日常生活において介護又は支援を必要とする要介護者・要支援者に対し、その心身の特性を踏まえて有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事などの介護、その他の日常生活の世話及び機能訓練により、要介護者・要支援者の心身機能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ことを運営の基本方針とする。 |

5. 施設の概要

特別養護老人ホーム

| | | |
|------|-------|-------------------------|
| 敷地面積 | | 自己所有地 9580㎡ |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート2階建（耐火建築） |
| | 延べ床面積 | 2988.17㎡ |
| | 利用定員 | 長期利用70床 ショートステイ10床 |

(1) 居室

(短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護)

| 居室の種類 | 居室 | 面積 | 1人あたりの面積 |
|-------|----|-------|----------|
| 1人部屋 | 4室 | 51.6 | 12.9㎡ |
| 2人部屋 | 3室 | 73.12 | 12.2㎡ |

(2) 主な設備

| 設備の種類 | 数 | 面積 | 1人あたりの面積 |
|----------|------|---------|----------|
| 食堂兼談話ホール | 6カ所 | 793.85㎡ | 9.92㎡ |
| 静養室 | 1室 | 19.5㎡ | |
| 医務室 | 1室 | 12.0㎡ | |
| 一般浴室 | 1室 | 25.72㎡ | |
| 機械浴室 | 特殊浴槽 | 3台 | |

6. 職員体制（主たる職員）

| 就業者の職種 | 員数 | 区分 | | | | 保有資格等 |
|---------|----|----|----|-----|----|---------------|
| | | 常勤 | | 非常勤 | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | |
| 施設長 | 1 | | 1 | | | 施設長資格 |
| 事務職員 | 5 | 4 | | 1 | | |
| 生活相談員 | 2 | 1 | 1 | | | 介護支援専門員・介護福祉士 |
| 介護支援専門員 | 3 | | 3 | | | 介護支援専門員 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | | | 理学療法士・作業療法士 |
| 介護職員 | 45 | 28 | 2 | 15 | | 介護福祉士・ヘルパー2級 |
| 看護職員 | 4 | 3 | | 1 | | 正看護師・准看護師 |
| 医師 | 1 | | | | 1 | 医師 |
| 管理栄養士 | 2 | 2 | | | | 管理栄養士 |

7. 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 |
|--------------|---|
| 施設長 | 正規の勤務時間（ 8:45～17:30 ） 常勤で勤務 |
| 生活相談員 | 正規の勤務時間（ 8:45～17:30 ） 常勤で勤務 |
| 介護職員 看護職員 | 早番 6:00～14:45 06:45～15:30 7:15～16:00 7:45～16:30 日中 08:45～17:30 遅番 10:00～18:45 11:00～19:45 11:30～20:15 夜勤 15:15～00:00 00:00～08:45 他 非常勤時間帯 |
| 理学療法士 | 正規の勤務時間（ 8:45～17:30 ） 常勤で勤務 |
| 医師 | 週1日 2～3時間程度 |
| 管理栄養士 | 正規の勤務時間（ 8:45～17:30 ） 常勤で勤務 |

8. 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

| 種類 | 内容 |
|---------------|---|
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の立てる献立により、栄養と利用者の身体状況に配慮した季節感溢れる食事を提供します。 ・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。 |
| 排泄 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 |
| 入浴 | <ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて週2回の入浴又は清拭を行います。 ・座位が困難な方は、機械を用いての入浴も可能です。 |
| 離床、着替え 整容等 | <ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、出来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配慮します。 |
| 機能訓練 | <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 ・当施設の保有するリハビリ器具 平行棒 1 電気治療器 1 干渉波治療器 1 治療用ベット 2 ホットパック温熱器 1 |
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・緊急等必要な場合には、予め届出されている緊急時連絡先へ連絡を行うとともに、応急処置や医療機関への搬送等の必要な措置を講じます。 <p>(当施設の嘱託医師)</p> <p>氏名：長谷川 核三 診療科目：内科・皮膚科 診察日：毎週1日2～3時間</p> |
| 相談及び援助 | <ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、利用者及びその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ています。 |
| 送迎 | <ul style="list-style-type: none"> ・身体状況等が、厚生労働大臣が定める一定の基準に該当する方で、ご自分での来所が困難な方は、リフト付の送迎車で入退所時の送迎を致します。 |

| | |
|----------|---|
| 社会生活上の便宜 | <ul style="list-style-type: none"> ・行政機関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り代行可能であるものは代行します。 ・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実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します。 (主な娯楽設備と行事) *カラオケビデオ設置 *誕生会 月毎の誕生者のお祝い *レクリエーション行事 <p>施設で行う年間行事、別紙事業計画表のうちの介護保険対象になるもの。</p> |
|----------|---|

(2) 介護保険対象外サービス (法定外給付及び金額)

| サービスの種類 | 内 容 | 費 用 |
|-----------------------------------|--|--|
| 特別な食事 | <ul style="list-style-type: none"> ・当施設で提供する一般食以外の外食や個人が希望される食事の提供を申し出により実施します。 | 実費 |
| 入退所時や通院等の特別な送迎 | <ul style="list-style-type: none"> ・厚生労働大臣の定める基準に該当しない方の送迎は、希望によりリフト付き送迎車で実施します。その費用は法定外給付の利用料によります。 * 入退所は原則として、午前9時～午後5時までです。 | 1 kmあたり 50 円 |
| 理髪サービス | <ul style="list-style-type: none"> ・当施設では月に1回、理容サービスを実施しております。 | 実費 |
| 教養娯楽設備等の提供、レクリエーション行事、特別な行事に関わる費用 | <ul style="list-style-type: none"> ・ご希望によって参加する外出行事等にかかるバス・タクシー代。催しものでの飲食費を超える部分。その他施設で用意できないもののレンタル料他 ・施設内で行うユニット行事、夏祭りなどの特別な行事に関わる費用 | 実費 |
| 栄養補助食品の提供 | <ul style="list-style-type: none"> ・疾病や嚥下障害などにより栄養・水分補給が困難な場合に看護師、栄養士、介護員と検討し栄養補助食品を提供させていただきます。 | 1 食あたり 実費 |
| 通院支援 | <ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医や個別希望による通院付き添い・支援 送迎費用は同上 | 1 時間未満 1,500 円 2 時間未満 2,500 円 3 時間未満 3,000 円 |
| 特別な外出支援 | <ul style="list-style-type: none"> 個人希望による外出の付き添い 支援送迎費用は同上 | 3 時間以上は 1 時間 500 円 |
| 個人専用品の電気使用量 | <ul style="list-style-type: none"> 個人専用のものに限る 1 コンセントにつき | 60 円 |
| 買い物代行費用 | <ul style="list-style-type: none"> 個別に買い物依頼をした場合 1 店舗 | 100 円 |

9. 利用料

(1) 法定給付

| 区 分 | 利 用 料 |
|------------------|---|
| 法定代理受領 の場合 | 介護報酬の告示上の額 (施設介護サービス費(食事に要する費用を除く)の1割もしくは2割 (介護保険負担割合証による)と食事にかかる標準負担額の合算額) |
| 法定代理受領 できない場合 | 介護報酬の告示上の額 (施設介護サービスの基準額に同じ) |

(2) キャンセル料

| | キャンセル理由 | キャンセル日 | キャンセル料 (円) |
|---|---|---|-----------------------------|
| 1 | 身体状況等の急変及び天災等によりやむを得ず入所及び在所が不可能になった場合にはキャンセル料は無料です。 | 1. 同意後で利用開始直前日 2. 同意後で利用開始当日 3. 利用期間中 | 0 0 0 |
| 2 | 上記以外で、本人負担が適当と認められる理由でのキャンセルについては、右記の金額を頂きます。 | 1. 同意後で利用開始直前日の 5時までに未通知 2. 同意後で利用開始当日 3. 利用期間中の退所直前日の 午後5時までに未通知 | 付属同意書による 1日あたりの自己負担 分 |

10. 苦情相談申立先

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

| | |
|---------------|--|
| 当施設ご利用 相談室 | 窓口担当 介護統括部長(苦情受付担当者) ご利用時間 土・日を除く 午前9時～午後5時 ご利用方法 電話 0573-63-3232 面接 相談室に於いて |
| 第三者機関 | <ul style="list-style-type: none"> 岐阜県運営適正化委員会(岐阜県社会福祉協議会内) 受付窓口 岐阜市下奈良2丁目2番1号 岐阜県福祉・農業会館2階 対応可能時間 月曜日から金曜日までの午前9時から午後5時まで 対応方法 文書、面談、電話(058-278-5136)等にて |
| | <ul style="list-style-type: none"> 中津川市役所健康福祉部介護保険室 受付窓口 中津川市かやの木町2番5号 中津川市健康福祉会館 対応可能時間 月曜日から金曜日までの午前9時から午後5時まで 対応方法 文書、面談、電話(0573-66-1111)等にて |
| | <ul style="list-style-type: none"> 恵那市役所市民福祉部高齢福祉課 受付窓口 恵那市長島町正家1丁目1番1号 恵那市役所 対応可能時間 月曜日から金曜日までの午前9時から午後5時まで 対応方法 文書、面談、電話(0573-26-2111)等にて |

1 1. 協力医療機関

| | |
|---------|-------------------------|
| 医療機関の名称 | 長谷川診療所 |
| 院長名 | 長谷川 核三 |
| 所在地 | 岐阜県恵那市東野 2017-7 |
| 電話番号 | 0 5 7 3 - 2 6 - 1 8 3 1 |
| 診療科 | 内科・皮膚科 |

1 2. 非常災害時の対策

| | | | | |
|-----------------|---|-----|-----------|----|
| 非常時対応 | 別途定める「防火管理規程」に基づいて対応を行います。 | | | |
| 近隣との協力関係 | 地元消防団と協力協定を締結しています。 | | | |
| 平常時の訓練等 防災設備 | 別途定める「防火管理規程」に基づき年1回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 箇所 |
| | スプリンクラー | あり | 防火扉・シャッター | あり |
| | 自動火災報知器 | あり | | |
| | 誘導灯 | あり | | |
| | ガス漏れ警報機 | あり | | |
| | カーテン・布団等は防災性能のある物を使用しています。 | | | |

1 3. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|-----------------|---|
| 来訪・面接 | 来訪者は面会簿に記入して下さい。 |
| 外出・外泊 | 利用者の外泊・外出の際には、必ず行き先と帰所時間を職員に申し出て下さい。 |
| 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下さい。これに反したご利用によって破損等が生じた場合、弁償していただくことがございます。 |
| 喫煙・飲酒 | 喫煙・飲酒は決められた場所・時間以外ではお断りします。 |
| 迷惑行為等 | 騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 |
| 所持品の管理 | 入所者の方による貴重品の持ち込みはなるべくご遠慮ください。 |
| 宗教活動・ 政治活動 | 施設内で他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。 |
| 物品販売 | 特養ロビーの売店で菓子・雑貨等の販売をしています。また、ジュースなどの自動販売機が設置してあります。 |

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

特別養護老人ホーム シクラメン

説明者職名 生活相談員

氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、短期入所介護サービス・介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者代理人住所 _____

氏名 _____ 印