

指定介護老人福祉施設 シクラメン 重要事項説明書

あなたに対する指定介護老人福祉施設の提供開始にあたり特別養護老人ホーム 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番号	0573-63-3233

2. 事業所の概要

事業者の名称	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

3. 事業の種類及び指定番号

事業の種類		岐阜県知事の事業者指定		利用定数
		指定年月日	指定番号	
施設	特別養護老人ホーム	平成13年10月1日	2171500289	70
	短期入所生活介護	平成13年10月1日	2171500289	10
	介護予防短期入所生活介護	平成18年4月1日		

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	日常生活において常時介護を必要とする要介護者に対し、その心身の健康の状態に応じて必要な介護、日常生活の援助、機能訓練及び健康管理を行い、その方の有する能力に応じて自立した生活を営むことができるように援助します。

5. 施設の概要

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	長期入所 70床 ショートステイ10床	

(1) 居室

居室の種類	室数	面積	1人あたりの面積
個室 A (トイレ付)	3室	51.37 m ²	17.1 m ²
個室 B	9室	115.63 m ²	12.8 m ²
2人部屋	29室	658.13 m ²	11.35 m 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 m ²	9.92 m ²
静養室	1室	19.5 m ²	
医務室	1室	12.0 m ²	
一般浴室	1室	25.72 m ²	
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"> ・理学療法士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"> ・嘱託医により、週 1 回診察日を設けて健康管理に努めます。 ・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。 ・利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについて出来るだけ配慮します。 <p>(当施設の嘱託医師) 氏 名：長谷川 核三 診療科目：一般内科 皮膚科 診 察 日：原則として週 1 日 (2～3 時間程度)</p>
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、利用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ています。 <p>(相談窓口) 生活相談員</p>
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。 <p>(主な娯楽設備と行事) *カラオケビデオ設置 *レクリエーション行事</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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

(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	当施設で提供する一般食以外の食事であり、申し出により実施します。	実費
特別な送迎	希望による外出や遠方の病院受診等の、厚生労働大臣が定める基準に該当しない送迎は、リフト付送迎車等で実施します。	1 kmあたり 50 円
理髪サービス	当施設において月に 1 回理容サービスを実施します	1 回 1500 円
電気使用量	個人専用の家電製品 (テレビ・冷蔵庫・電気毛布等) の電気使用量として右記料金を頂きます。	1 コンセント 60 円
教養娯楽設備等の提供、レクレーション行事、特別な行事に係る費用	花見等行事のバス・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。 個人で行うレクや行事などでかかる費用・施設内で行う特別な行事、外出行事にかかわる費用。ユニット行事・夏祭り・クリスマス会・忘年会等	実費
特別な外出の支援	個人希望による外出の付き添い・支援	1 時間未満 2,000 円 2 時間未満 2,500 円 3 時間未満 3,000 円 3 時間以上 1 時間 500 円 送迎費用は別途同上
栄養補助食品の提供	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。	実費
エンゼルケアの提供	当施設においての死後の処置、援助費用、及び材料費	死後処置費用 10,000 円 浴衣エンゼルセット実費
各種証明書発行手数料	各種証明書の発行にかかる手数料 (施設利用証明書・生計維持同一証明書など)	1 枚 500 円
利用料領収書再発行手数料	利用料の領収書発行にかかる手数料	1 枚 100 円
買い物代行費	個別の買い物を依頼した場合	1 店舗につき 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) 同意解除後の個人負担費用

区 分	同意及び利用解除理由	支払い義務発生期間	料金/日(円)
長 期 生 活	第6条 運営規程の遵守	解約の日から退所の日まで	付属契約書の利用 料で、その者の介 護度に応じた保険 負担と個人負担額 と食費の合計金額
	第8条 料金の変更	〃	
	第14条第3項 契約者からの中途契約	退去日から退去意志確認日まで	
	第15条 契約者からの契約解除	解約の日から退所の日まで	
	第16条第1項第1号 不実の告知	〃	
	第16条第1項第2号 料金延滞	〃	
	第16条第1項第3号 不信行為	〃	
第20条 居室の明け渡し	〃		
介 護	入院中の取り扱い		
	第18条第2項 利用中の入院	入院した日から退院の日まで	付属契約書の個人 負担額
	第22条第2項 一時外泊	外泊初日から外泊終了日まで	付属契約書の個人 負担額

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	0573-26-1831
診療科	内科・皮膚科
入院設備	無し
救急指定の有無	無し
契約の概要	毎週1回、医師による回診。(救急の場合はこの限りではない)

1 2. 事故発生時及び非常災害時の対策

事故発生時の対策	事業者はサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族に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。			
損害賠償	サービスを提供する上で事業者の責に帰すべき事由により、利用者に損害を与えた場合には、事業者が加入する「社会福祉施設賠償責任保険」により、誠意を持って対応するものとします。			
非常災害時の対応	別途定める「消防計画書」に基づいて対応を行います。			
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「消防計画書」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。			
定期的に管轄消防署の立ち入り検査を受け、認定を受けています				

1 3. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面接	来訪者は面会カードに記入して下さい。
外出・外泊	入所者の外泊・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。
嘱託医以外の医療機関への受診	看護師等に申し出て、許可を受けて受診して下さい。(家族送迎)
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、賠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。
現金等の管理	現金等は事務所の金庫にて預けることができますのでご利用ください。利用者本人が保管している場合は、なるべく小額でお願いします。

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	月一度、菓子等の販売を行います。 特養玄関の売店にて菓子等の販売をしています。

契約をする場合は以下の確認をすること

平成 年 月 日

指定介護老人福祉施設 シクラメン ご利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基
づいて重要な事項を説明しました。

事業者

岐阜県中津川市阿木 2811-1

社会福祉法人敬愛会

特別養護老人ホーム シクラメン

説明者 所属 _____

氏名 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者から指定介護老人施設シクラメンについての重要事項
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