

「指定短期入所生活介護」「指定介護予防短期入所生活介護」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。
(介護保険指定番号3370300455)

当事業所はご利用者に対して指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※ 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サービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1)法人名 社会福祉法人 津山福祉会
- (2)法人所在地 岡山県津山市下高倉西1581番地1
- (3)電話番号 0868-29-0115
- (4)代表者氏名 理事長 高山 科子
- (5)設立年月 昭和55年7月7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事業所
平成12年12月1日指定 介護保険指定番号 3370300455
指定介護予防短期入所生活介護事業所
平成18年4月1日指定 介護保険指定番号 3370300455

※当事業所は特別養護老人ホーム高寿園に併設されています。

(2)事業所の目的 指定短期入所生活介護および指定介護予防短期入所生活介護は、介護保険法令に従い、ご利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご利用者に、日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、短期入所生活介護サービスを提供します。

(3)事業所の名称 特別養護老人ホーム高寿園

(4)事業所の所在地 岡山県津山市下高倉西1581番地1

(5)電話番号 0868-29-0115

(6)事業所管理者 氏名 仁木 則子

(7)当事業所の運営方針 要介護状態等の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限り居宅において、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、さらに利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話および機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。また、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(8)開設年月日 平成12年4月1日

(9)営業日及び営業時間

営業日	年中無休
-----	------

受 付 時 間	8 時 3 0 分 ～ 1 7 時 3 0 分
---------	-------------------------

(10) 通常の事業及び送迎の実施地域 津山市全域

・通常の送迎の実施地域を越えて行う送迎については、利用者の同意を得てから実費の支払いを受けます。

自動車を使用した場合 津山市から片道 1 kmにつき 1 0 0 円

(11)利 用 定 員 1 9 人

(12)居 室 の 概 要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室 数	備 考
個室（1人部屋）	1 9	ユニット型個室 (各居室にトイレ・洗面台完備)
リ ビ ン グ	2	
浴 室	2	
機 械 浴 室	2	1 階（チェアインバス）・2 階（特浴）
サ ン ル ー ム	3	1・2 階
医 務 室	1	1 階
理 容 室	1	1 階
地域交流ホール	1	1 階

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所および指定介護予防短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。

☆ 居室の変更：ご利用者から居室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、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

す。その際には、ご利用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

当事業所では、ご利用者に対して指定短期入所生活介護および指定介護予防短期入所生活介護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、指定基準を遵守しています。

職 種	常 勤 換 算	指 定 基 準
1. 事業所長(管理者)	1 名	1 名
2. 介 護 職 員	30 名以上	27 名
3. 生 活 相 談 員	1 名以上	1 名
4. 看 護 職 員	3 名以上	3 名
5. 機能訓練指導員	(1) 名以上	(1) 名
6. 介護支援専門員	1 名以上	1 名
7. 医 師	1 名 以 上 (嘱託)	必 要 数
8. 管 理 栄 養 士	1 名以上	1 名

※ () 内の数字は事業所内の兼務の職員です。

※ 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における

常勤職員の所定勤務時間数（週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、1 名

（8 時間× 5 名÷ 40 時間＝ 1 名）となります。

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
1. 医 師	松下医師第 2・4 火 曜 日 14：00～15：00 大海医師第 2・4 水 曜 日 14：00～15：00 平井医師第 2・4 土 曜 日 13：30～14：30
2. 介 護 職 員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中： 7：00 ～ 16：00 4 名 10：00 ～ 19：00 4 名 夜間： 17：00 ～ 9：00 4 名
3. 看 護 職 員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中： 7：30 ～ 16：30 1 名 9：30 ～ 18：30 1 名

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者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利用者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 当施設が提供する介護保険給付対象サービス（契約書第 4 条参照）

以下のサービスについては、居住費、食費を除き介護保険負担割合証に記載の割合に応じて介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

- ① 食事(ただし、食事に係る費用は別途いただきます。)

- ・当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の心身の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

- ・ご利用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。

(標準的な食事時間)

朝食： 8 : 0 0

昼食： 1 2 : 0 0

夕食： 1 8 : 0 0

② 入浴

- ・入浴を週 2 回以上、清拭は必要時行います。
- ・寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

③ 排泄

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

④ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご利用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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ その他自立への支援

- ・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配慮します。
- ・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に援助します。

〈サービス利用料金(1日あたり)〉(契約書第 9 条参照)

別紙 1 料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)と居室に要する費用と食事の提供に要する費用の額の合計金額をお支払い下さい。(下記(2)①②参照。また、サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度、負担割合に応じて異なります。)

ご利用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。要支援また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、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用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、ご利用者の負担額を変更します。

☆ 居室と食事に係る費用について、介護保険負担限度額認定証の発行を受けられている方につきましては、その認定証に記載された金額（1日当たり）のご負担となります。

（２）（１）以外のサービス（契約書第５条、第９条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービス概要と利用料金〉

① 居室の提供

ご利用者に提供する居室に係る費用です。

利用料金：別紙１料金表参照

② 食事の提供

ご利用者に提供する食事に係る費用です。

利用料金：別紙１料金表参照

③ 特別な食事

ご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

④ 理容・美容

〔理髪サービス〕

月に 1 回、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪）をご利用いただけます。

利用料金：要した費用の実費

〔美容サービス〕

ご利用者のご希望により、美容師の出張による美容サービス（調髪、パーマ、毛染め等）をご利用いただけます。

利用料金：要した費用の実費

⑤ レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：要した費用の実費

⑥ 複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。また、複写物を必要とする場合にはお申し出により交付いたします。

利用料金：無料

⑦ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担いただくことが適当であるものに係る費用をご負担いただきます。

※おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の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（契約書第9条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は、下記のいずれかの方法でお支払下さい。

ア. ご契約者名義の口座からの自動引落

ご利用できる金融機関　：　中国銀行・津山農協・津山信用金庫

イ. 下記指定口座への振込み

中国銀行　津山東支店　普通　№1068189

津山農協　津山東支店　普通　№1876351

ゆうちょ銀行　記号15430　番号17807951

※他金融機関からゆうちょ銀行への振込みの場合

店名五四八　店番号548　普通　番号1780795

ウ. 窓口での現金支払い

※ ア. による場合は、利用日の属する月の、翌月15日（金融機関の休業日にあたるときはその翌営業日）に振替させていただきます。

※ イ. による場合は、請求日から10日以内に指定口座へお振込みください。

※ ウ. による場合は、ご利用の最終の日又は請求日から10日以内に高寿園窓口にてお支払いください。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第10条参照）

♪利用予定日の前に、ご利用者の都合により、短期入所生活介護および指定介護予防短期入所生活介護サービスの利用を中止または変更、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実施日の前日までに事業者に出して下さい。

♪サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働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。

・ご利用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、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

(5) サービス利用中の医療の提供について

- ・ご利用者の病状急変などで、緊急の医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

① 協力医療機関

医療機関の名称	積善病院
所在地	津山市一方 140
診療科	精神科 神経科 内科 歯科
医療機関の名称	津山第一病院
所在地	津山市中島 438
診療科	消化器科 循環器科 整形外科等
医療機関の名称	近光整形外科
所在地	津山市椿高下 127-1
診療科	整形外科 リハビリテーション科
医療機関の名称	日本原病院
所在地	津山市日本原 352
診療科	内科 神経内科 循環器内科等

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	内田歯科クリニック
所在地	津山市河辺 945-17

③施設の医療体制

嘱託医師名	回診日
松下 明	第2・4 火曜日
大海 庸 世	第2・4 水曜日
平井 龍 三	第2・4 土曜日

5. 苦情の受付について（契約書第24条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

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。

⌘苦情受付窓口 （担当者）

[職・氏名] 事務局長 仁木 潤

⌘受付時間 毎週 月曜日 ～ 金曜日

8：30 ～ 17：30

・電話番号 0868－29－0115

(2) 行政機関その他苦情受付機関

津山市役所高齢介護課	所在地	津山市山北 520
	電話番号	0868－32－2070
	受付時間	8:30 ～ 17:00
国民健康保険団体連合会	所在地	岡山市北区桑田町 17 番 5 号

	電話番号 086－223－8811 受付時間 9:00 ～ 17:00
岡山県社会福祉協議会 介護サービス苦情相談窓口	所在地 岡山市北区南方 2 丁目 13-1 電話番号 086－226－2822（代表） 受付時間 8:30 ～ 17:00

平成 年 月 日

指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護サービス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。

指定短期入所生活介護事業者

特別養護老人ホーム高寿園

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の重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護・指定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。

利用者名 住所

氏名

印

署名代行者 住所

氏名

印

※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、入所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。