

ショートステイ真福の郷 重要事項説明書

(短期入所生活介護サービス・短期予防入所介護サービス)

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生労働省令第37号第125条に基づいて、事業所があなたに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 杏福会
事業者の所在地	〒444-2106 愛知県岡崎市真福寺町字神田100番地1
法人の種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 小 出 義 信
電話番号	(0564) 66-2212
ファクシミリ番号	(0564) 66-2170

2 ご利用施設

施設の名称	ショートステイ 真福の郷
施設の所在地	〒444-2106 愛知県岡崎市真福寺町字神田100番地1
施設長名 (管理者)	大 川 公 夫
電話番号	(0564) 66-2212
ファクシミリ番号	(0564) 66-2170

3 ご利用施設で併せて実施する事業

事業の種類	指定年月日	利用定員	備 考
事業所の名称	指定番号		
指定介護老人福祉施設	平成18年3月1日	100名	
特別養護老人ホーム真福の郷	岡崎市 2372102315 号		
指定短期入所生活介護	平成18年3月1日	20名	
ショートステイ真福の郷	岡崎市 2372102323 号		
指定通所介護	平成18年4月1日	25名	
デイサービスセンター真福の郷	岡崎市 2372102422 号		
居宅介護支援事業	平成18年4月1日		
ケアプランセンター真福の郷	岡崎市 2372102307 号		

4 事業の目的

事業の目的	指定短期入所生活介護は、介護保険法令に従い、ご契約者（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、ご契約者に、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。
-------	---

5 施設の概要

(1) 敷地及び建物 (特別養護老人ホームと共用)

敷地		5, 249. 34 m ²
建 物	構 造	鉄骨造（耐火建築）4階建て
	述べ床面積	7, 531. 20 m ²
	利用定員	20名（特別養護老人ホーム100名）

(2) 居室

居室の種類	室数	面積	備考
1人部屋	120室	13.2 m ² 以上	ユニット型個室、畳部屋含む

※各部屋の配置並びに構造については、別添のパンフレットを参照してください。

※居室の変更：ご契約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。その際は、ご契約者やご家族と協議のうえ決定するものとします。

(3) その他主な設備

設備の種類	数	面積	備考
共同生活室	12	平均 162.33 m ²	キッチン、リビング、食堂
機能訓練室	1	平行 56.41 m ²	平行棒・プラットホーム、ピアノ (音楽療法) 等
浴室	13		2階 特殊浴室
医務室	1	33.22 m ²	医務室
調理室	1	52.37 m ²	デイ併用
洗面所	132		各居室内に設置、他に共同生活室 (1) に1箇所
便所	138		各居室内に設置、各ユニットに1箇所、各フロア大通りに2箇所

6 職員体制 (主たる職員)

従業員の種類	員数	指定基準
管理者 (施設長)	1名	1
生活相談員	1名以上 (常勤換算)	1
介護職員	40名以上 (常勤換算)	
看護職員	3名以上 (常勤換算)	
機能訓練指導員	1名以上	1
管理栄養士	1名以上	1
医師	2名以上	2

7 職員の勤務体制

従業者の種類	勤 務 体 制				休 暇
施 設 長	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）、常勤で勤務				年間の土・ 日曜、祝日 と同数及び 夏季休暇・ 年末年始
生活相談員	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）、常勤で勤務				
介護職員	早番 7：00～16：00 8：00～17：00	日勤 9：00～18：00 10：00～19：00	遅番 12：00～21：00 13：00～22：00 13：30～22：30 14：00～23：00	夜勤(16時間) 16：00～翌9：00 夜勤(8時間) 22：00～翌7：00 22：30～翌7：30 23：00～翌8：00	
	・ 他に、パートタイマー勤務があります。 ・ 昼間における平均配置人数 2～3人（1ユニット） 夜間における最低配置人数 施設内に6人（2ユニットで1人）				
看護職員	・ 日勤 （9：00～18：00） ・ 原則1名以上勤務、夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。				年間の土・ 日曜、祝日 と同数及び 夏季休暇・ 年末年始
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）、常勤で勤務				
介護支援専門員	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）、常勤で勤務				
管理栄養士	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）、常勤で勤務				
管理宿直	18：00～翌9：00				

※上記の職員数は、常勤あるいは常勤換算したものです。

介護および看護職員は、ご利用者に対して2：1の割合で配置しています。

8 営業日およびご利用の予約

営 業 日	年中無休
ご予約の方法	ご利用の予約は、利用を希望される期間の初日の2ヶ月前から受け付けております。各居宅介護支援事業所又は直接当事業所へお申込み下さい。 ※緊急利用ご希望の場合は、当事業所の生活相談員又は各居宅介護支援事業所のケアマネージャーへご相談下さい。

9 当事業所が提供するサービスの概要と利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

（1）利用料金が介護保険から給付される場合

種 類	内 容
食 事	・栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養とご契約者の身体状況及び嗜好に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。 ・食事はできるだけ離床して各ユニット食堂で食べていただけるように配慮します。 （食事時間） 朝食 7：30～9：30 昼食 12：00～14：00 おやつ 15：00～ 夕食 18：00～20：00
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、ご契約者の状況に応じて、随時交換いたします。
入 浴	・ 週2回以上の入浴または清拭を行います。 ・ 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
日常生活上の世話	・ 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回実施します。
機能訓練	・ 職員によるご契約者の状況に適合した生活リハビリを中心とした機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。
送 迎	・ ご家族での入退所の送迎が困難な場合には、リフト付きの送迎車等で入退所の送迎を行います。 ・ ご家族様送迎の受付時間は午前9時～17時半までにお願いします。

(2) 利用料金

【法定給付】

区分	利用料
法定代理受領の場合	介護報酬告示上の額 (短期入所介護サービス費・短期予防入所費の利用者負担割合分)
法定代理受領でない場合	介護報酬告示上の額 (短期入所介護サービス費・短期予防入所費の基準額に同じ)

※詳細については別紙料金表をご覧ください。

【法定外給付】

区分	利用料
食費	・ 1日あたり 1,445 円 内訳 (朝食 398 円 昼食 576 円 夕食 471 円) ・ 食事に係る自己負担額は、1食単位のお支払いとします。 ・ 負担限度認定を受けている場合には、認定証に記載している食費の負担限度額と実費との低いほうの金額とします。
滞在費	・ 1日につき 2,066 円 ・ 滞在費は負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。
理美容のサービス	・ 出張による理容サービスをご利用いただけます。
特別な送迎	・ 当事業所の通常の事業の実施地域以外の方が、送迎を希望された場合の送迎サービス利用料金です。 ・ 約5km未満 500円、約5km以上 1,000円 (いずれも片道料金)
特別な食事	・ 要した実費
各種行事・趣味活動	・ 要した実費
※ 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1ヶ月前までにご説明します。 ※ 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。

10 利用料のお支払い方法

利用料のお支払いは、ご利用月の翌月20日までに請求書を送付させていただきます。
SMB C三井住友カード株式会社による振替代行により、お引き落としさせていただきます。
振替が出来なかった場合は、銀行振り込みにてお支払いをお願いします。なお、その際にかかる手数料は、利用者負担となります。

11 キャンセル料

キャンセル日	キャンセル料
利用期間中	実費相当分（自己負担相当額）
利用開始当日	実費相当額（自己負担相当額）
利用開始予定前日まで	無料

※ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル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。ただし、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

12 苦情等申立先

当事業所苦情相談窓口	苦情解決責任者 施設長 大川 公夫 窓口担当者 生活相談員 大須賀 嵩佳 ご利用時間 毎日午前9時00分～午後18時00分 電 話 (0564) 66-2212 ファクシミリ (0564) 66-2170 苦 情 箱 1階事務所横に設置
保険者相談窓口	岡崎市 福祉部介護保険課 (0564) 23-6682 幸田町 健康福祉部福祉課 (0564) 56-6218 その他各市町村介護保険相談窓口
国民健康保険団体連合会	愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情調査係 名古屋市東区泉1丁目6番5号 TEL (052) 971-4165 FAX (052) 963-8870

13 身体的拘束等の廃止

ご契約者又は、他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ないません。

14 協力医療機関

医療機関の名称	愛知医科大学メディカルセンター
病院長名	羽生田 正行
所在地	岡崎市仁木町字川越 17 番地 33
電話番号	(0564) 66-2811
診療科	総合診療科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、神経内科、腎臓・リウマチ膠原病内科、血液内科、糖尿病内科、整形外科、リハビリテーション科、皮膚科、泌尿器科、脳神経外科、形成外科
入院設備	ベッド数 270 床
救急指定の有無	有

1.5 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム 真福の郷 消防計画」にのっとり対応を行います。			
平常時の訓練等防災設備	別途定める「特別養護老人ホーム 真福の郷 消防計画」にのっとり定期的に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。			
防計画等設備	設備名称	個数等	設備名称	個別等
防災設備	スプリンクラー施設	あり	避難すべり台	2 個所
	避難階段	2 個所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知設備	あり	火災通報装置	2 個所
	誘導灯	73	非常放送設備	あり
	自家発電設備	あり	消火器	28
	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。			
消防計画等	防火管理者	渡邊淳二		

1.6 事故発生時における対応

急病・急変時の場合	ご契約者の事故及び急変時
損害賠償責任	介護サービスの提供により、ご契約者に賠償すべき事故が発生した場合には、天変地異等不可抗力による場合を除き、速やかに対応させていただきます。
損害賠償保険	万一の事故に備えて、社会福祉施設総合損害補償制度による損害保険に加入しています。

1.7 提供するサービスの第三者評価について 当事業所では実施しておりません。

1.8 高齢者虐待の防止、尊厳の保持

利用者の人権の擁護、虐待の防止のために、研修等を通して従業員の人権意識や知識の向上に努め、利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
利用者の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います

19 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を厳守し、必ずその都度職員に届け出てください。 来訪者の宿泊は原則できませんが、やむを得ない事業等により宿泊される場合には必ず施設長の許可を得てください。 面会時間午前9：00～午後8：00
外出・外泊	外泊、外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
嘱託医師以外の医療機関への受診	ご契約者の容体に異常がでた場合には、直ちに連絡させていただきますのでよろしくお願いいたします。 受診については、その介添えにはできるだけ配慮はいたしますが、ご家族での対応をお願いします。
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ございます。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。なお、喫煙量や飲酒量は、アドバイスはしますが、制限はしませんので、ご了承ください。 (喫煙場所 施設前駐車場脇)
迷惑行為等	騒動等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
貴重品の管理	紛失や盗難のおそれがありますので、できる限り居室内への持ち込みはお控えください。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮下さい。
動物飼育	施設内でのペットの飼育はお断りします。
その他	ご家族等の連絡先や緊急連絡先が変わった時は至急お知らせ下さい。

私は、本書面に基づいて事業者の職員（職名 生活相談員 氏名 ）から
上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

年 月 日

契 約 者 住所 _____
氏名 _____ 印

私は、下記の理由により、契約者の意思を確認したうえ、上記署名をしました。

署名代行者 住所 _____
氏名 _____ 印

署名を代行した理由 _____

身元引受人 住所 _____
氏名 _____ 印

契約者との続柄 _____

注 施設利用契約における、施設利用の際の留意事項を含む。