

社会福祉法人太田福祉記念会

特別養護老人ホーム玉川ホーム重要事項説明書

(ユニット型介護予防短期入所生活介護)

〈平成29年4月1日現在〉

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 024-984-3836 (午前8時30分～午後5時00分)
 ※ただし、土曜・日曜・祝祭日・年末年始(12月31日～1月3日)は除く。

担当者 生活相談員 青山 誠

2. 特別養護老人ホーム玉川ホーム(ユニット型介護予防短期入所生活介護)の概要

(1) 提供するサービスの種類

施設の名 称	社会福祉法人太田福祉記念会 特別養護老人ホーム玉川ホーム (ユニット型介護予防短期入所生活介護)
所 在 地	福島県郡山市熱海町玉川字阿曾沢11番地1
介護保険事業所番号	0770303915 (ユニット型介護予防短期入所生活介護)
通常の送迎の実施地域	郡山市、本宮市、猪苗代町、大玉村

(2) 当施設の職員体制

()内は男性再掲

	資 格	常 勤	非常勤	計	職務内容
管理者	社会福祉施設長 社会福祉主事	1名		1名	職員の管理、業務状況の把握及びその他の管理を行います。
事務職員		1名 (1)		1名 (1)	庶務、経理の事務を行います。
生活相談員	社会福祉士 介護支援専門員 社会福祉主事	1名		4名 (3)	利用者及び家族等との相談に応じるとともに、関係機関との連絡調整を行います。
	社会福祉主事 介護福祉士 (1人は介護支援専門 員及びあたまホームの 生活相談員を兼務)	2名 (2)			
	社会福祉主事	1名 (1)			
介護・看護職員	看護師	3名	1名	18名 (1)	利用者の保健衛生並びに看護業務を行います。
	准看護師	5名	1名		
	介護福祉士	7名 (1)			利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行います。
	介護職員初任者	1名			
機能訓練指導員	理学療法士 按摩マッサージ 指圧師	1名 (1)		2名 (1)	利用者の日常生活を営むために必要な機能改善及びその減退を防止するための機能訓練を行います。
	按摩マッサージ 指圧師	1名			
栄養士	管理栄養士	1名		1名	食事の献立作成、栄養計算及び栄養指導を行います。

	資格	常勤	非常勤	計	職務内容
調理員	栄養士 調理師	2名		8名	調理業務を行います。
	調理師	4名	1名		
	その他		1名		
施設員等	1級ボイラー技士 乙種4類危険物取扱者	1名 (1)		4名 (1)	施設内外の清掃及び諸設備の維持管理等を行います。
	その他		3名		
介護支援専門員	介護支援専門員 (1人は生活相談員 及びあたまホームの 生活相談員を兼務)	3名 (1)		3名 (1)	介護予防短期入所生活介護計画を作成します。
医師	医師免許		1名 (1)	1名 (1)	健康管理及び療養上の指導を行います。

※介護職員はユニット型地域密着型介護老人福祉施設（介護予防短期入所生活介護の空床利用）に必要な職員数です。

※介護職員以外は介護老人福祉施設・ユニット型地域密着型介護老人福祉施設・短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護に必要な職員数です。

(主な職種の勤務体制)

職種	勤務体制
医師	南棟：月・木曜日 午前10時00分～正午
介護職員	標準的な時間帯別の最低配置人員 午前7時30分～午前9時30分 1名 午前9時30分～午後6時00分 2名 午後6時00分～午後7時00分 1名 午後7時00分～午前7時30分 1名
看護職員	標準的な時間帯別の最低配置人員 午前8時30分～午前9時30分 4名 午前9時30分～午後5時00分 6名 午後5時00分～午後6時00分 2名
機能訓練指導員	標準的な時間帯別の最低配置人員 午前8時30分～午後5時00分 2名

(3) 当施設の設備の概要

【南棟】

定員	20名	静養室	1室
居室	1人部屋 ユニット型個室：20室 (1室13.69～14.06㎡)	医務室	1室
		食堂兼ダイニング	1室
		機能訓練室	1室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。	理美容室	1室

※特別養護老人ホーム（ユニット型地域密着型介護老人福祉施設）の空床利用となります。

3. サービス内容

①介護予防短期入所生活介護計画の立案	利用期間が4日以上継続する場合、事業者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、介護予防サービス計画に沿って介護予防短期入所生活介護計画を作成します。
②食事	朝食 午前7時30分～午前8時30分 昼食 正午～午後1時00分 夕食 午後6時00分～午後7時00分 ※事業者は医師の処方による療養食にも対応可能です。
③入浴	週に最低2回入浴していただけます。ただし、状態に応じ特別浴又は清拭となる場合があります。
④介護	介護予防短期入所生活介護計画に沿って下記の介護を行います。 *着替え・排泄・食事・入浴等の介助、体位交換、シーツ交換、事業所内の移動の付添い等
⑤機能訓練	必要に応じて訓練室又は居室等で機能訓練を行います。
⑥生活相談	常勤の生活相談員又は介護支援専門員に、介護・看護以外の日常生活に関することも含めて相談できます。
⑦健康管理	利用中の健康管理を行います。なお、利用初日には簡単な健康チェックを行います。
⑨レクリエーション	新年会、敬老会、年忘れ会、交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかるものもあります。
⑩洗濯サービス	事業者が有する設備で洗濯可能な衣類は無料で行います。
⑪理美容サービス	毎週3回（火・水・金曜日）に理美容サービス（有料）をご利用いただけます。

4. 料 金

(1) 基本料金

① 利用料（ユニット型介護予防短期入所生活介護費）

	【ユニット型個室】 301～325号（南棟）	
	1日当たりの自己負担額	介護保険適用時の1日当たりの自己負担額
要介護1	5,080円	508円
要介護2	6,310円	631円

② 加 算

算定要件を満たしている場合には、次の料金が加算（減算）されます。

※利用者負担（介護保険適用時）の割合 料金上段＝1割、料金下段＝2割

サービス内容	料 金			算定要件
	自己負担額	介護保険適用時		
機能訓練体制加算	1日 120円	12円 24円		機能訓練指導員を配置している。
個別機能訓練加算	1日 560円	56円 112円		機能訓練指導員等が機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行っている。
認知症行動・心理症状緊急対応加算	1日 2,000円	200円 400円		認知症の行動等のため在宅で生活が困難な方が、緊急に利用してから7日以内。
若年性認知症入所者受入加算	1日 1,200円	120円 240円		若年性認知症の方に対し、本人の希望を踏まえた介護サービスを行っている。
送迎加算	片道 1,840円	184円 368円		利用者の送迎を行っている。
療養食加算	1日 230円	23円 46円		食事せんに基づいた療養食が提供されている。

サービス内容	料 金			算定要件
	自己負担額	介護保険 適用時		
サービス提供体制強化加算	1日	180円	18円 36円	介護福祉士を一定割合以上配置している。
介護職員処遇改善加算	1月	①及び②の料金の8.3%		質の高いサービスを安定的に提供するため、介護職員の賃金改善に係る計画を作成・実践し、経営の安定化を図っている。

③ 食 費 1日当たり 1, 380円
(朝食300円・昼食540円・夕食540円)

④ 滞在費 1日当たり ユニット型個室 1, 880円

(2) その他の料金

① 日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等、利用者が負担することが適当と認められるものはご持参いただくか、その費用をご負担いただきます。

項 目	内 容
洗 濯 料	当事業所内で選択可能な衣類については無料です。クリーニングを必要とするものについては利用者負担となります。
衣 類	下着、パジャマ、普段着、タオル等についてはご持参いただく場合があります。
日 用 品	歯ブラシ、歯磨き粉、化粧品等、洗顔タオル、入浴時のバスタオル等はご持参いただくか、利用者負担となります。
嗜好品・趣味	利用者の趣味、嗜好品(菓子、お酒等)は利用者負担となります。
教養娯楽費	利用者の新聞、雑誌等は利用者負担となります。
通 信 費	利用者の電話代、郵送代は利用者負担となります。

② キャンセル料

利用者の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

利用予定日の前日午後5時00分までにご連絡をいただいた場合	無 料
利用予定日の前日午後5時00分までにご連絡がなかった場合	1日分の基本料金の半額

(3) 利用期間中の中止

以下の事由に該当する場合は、利用期間中でもサービスを中止する場合があります。この場合、事業者は、必要に応じ家族等又は緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。なお、料金は退所日までの日数を基準に計算されます。

※利用者が中途退所を希望した場合

※利用日の健康チェックの結果、体調が優れないと判断された場合

※利用中に体調に変化があった場合

※利用者が、事業者やサービス従業者又は他の利用者等に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。

(4) お支払方法

ユニット型介護予防短期入所生活介護サービス（以下「介護予防短期入所生活介護サービス」という。）の利用月ごとに請求をいたしますので、請求日より30日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、事業者は領収証を発行いたします。お支払い方法は、現金又は銀行口座振込の2通りの中からご契約の際に選べます。

- | |
|---------------------------------------|
| 1. 窓口での現金支払い |
| 2. 下記指定口座への振込（振込手数料については振込者の負担となります。） |
| 金融機関 郡山信用金庫 熱海支店 普通預金0067726 |
| 名 義 社会福祉法人太田福祉記念会 |
| 特別養護老人ホーム玉川ホーム園長 猪腰久子 |

※保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合は、当該月の費用を全額お支払いいただきます。お支払いいただきますと、事業者はサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を市町村の窓口に提出しますと自己負担額(保険料の負担割合分、居住費、食費)を除く金額が払い戻しされます(償還払い)。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用申込み

まずは、お電話等でお申込みください。利用期間の決定後、契約を締結します。なお、利用の予約は2ヶ月前から受け付けします。

※介護予防サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に担当の介護予防支援事業者とご相談ください。

(2) サービス利用契約の終了

① 利用者の都合でサービス利用契約を終了する場合

介護予防短期入所生活介護サービス利用中を除き、文書での申し出によりいつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効になります。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了します。この場合、その後の予約は無効になります。

※利用者が介護保険施設に入所した場合

※利用者が死亡した場合

※介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)又は要介護と認定された場合(この場合予約を有効にしたまま、契約条件を変更して再度契約することができます。)

③ その他

利用者がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず30日以内に支払われない場合、又は利用者が事業者やサービス従業者もしくは他の利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、契約を終了させていただく場合があります。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。なお、契約終了後の予約は無効となります。

又、やむを得ない事情により、当事業所を閉鎖または縮小する場合、契約を終了させていただく場合があります。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

6. 利用に当たっての留意事項

(1) 面会

午前8時30分～午後8時00分を目安にお願いいたします。なお、玄関の自動ドアは午後7時00分～午前7時00分まで施錠されます。ご面会の方はお手数でも、備え付けのインターホンでご連絡ください。

(2) 外出

食事を準備する関係がありますので、前日までにご連絡ください。

(3) 飲酒

基本的には自己管理できる方は自由となっております。

※自己管理できない方は、お預かりさせていただき、利用者の希望により提供いたします。

(4) 敷地内禁煙

敷地内終日禁煙となっております。

(5) 所持品の持ち込みについて

所持品については保管場所が限られていますので、衣類・日用品等に限定させていただきます。又、可燃物、刃物、劇薬指定物等、利用者の共同生活の場として不適切なものについては一切の持ち込みをお断りいたします。

※ライター、果物ナイフ等については利用者の心身の状態により届け出にて許可する場合があります。

(6) 施設設備の使用上の注意

① 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。

② 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設設備を壊したり、汚したりした場合には、利用者の自己負担により原状に戻していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

③ 利用者に対する介護予防短期入所生活介護サービスの実施及び安全衛生等の管理上必要があると認められる場合には、利用者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。ただし、その場合、利用者のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。

④ 当事業所の職員や他の利用者等に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、営利活動を行うことはできません。

7. 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

要支援状態にある利用者に対し、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、適切な介護予防短期入所生活介護サービスを提供し、利用者の心身機能の維持増進並びにご家族等の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

(2) 運営の方針

① 提供する介護予防短期入所生活介護サービスは、介護保険法並びに関係する厚生労働省令等の内容に沿ったものとします。

② 利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用中の生活が連続したものになるよう配慮しながら、利用者が相互に社会的関係を築き自律的な日常生活を営むことができるよう支援する。

- ③ 人権を尊重し、常に利用者の立場に立った介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。又、4日間以上継続して利用する場合、利用者及び家族等のニーズを的確に捉えた個別の介護予防短期入所生活介護計画を作成いたします。
- ④ 関係市町村、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス・福祉サービスの提供者との綿密な連携に努めます。

8. 緊急時の対応方法

利用者の体調に変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずる他、家族等に速やかに連絡いたします。

9. 事故発生時の対応方法

万が一利用者に事故等が発生した場合は、事故対応マニュアルに沿って必要な措置を講ずるほか、ご家族や市町村等に速やかに連絡いたします。

10. 損害賠償

介護予防短期入所生活介護サービスの提供にともなって、事業者の責に帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対して速やかにその損害を賠償します。

11. 非常災害対策

- *災害時の対応・・・防災マニュアルに沿った避難を行う
- *防災設備・・・・・・スプリンクラー設備、屋内消火栓、防火扉、消火器
- *防災訓練・・・・・・避難訓練 年2回実施
- *防火管理者・・・・・・園長 猪 腰 久 子

12. サービス内容に関する苦情

(1) 当施設苦情受付担当者

苦情解決責任者 園 長 猪 腰 久 子
苦情受付担当者 主任生活相談員 中 越 友 勝
電 話 024-984-3836

(受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時00分)

※みんなの声(苦情箱)を玄関受付に設置しています。

(2) 苦情解決第三者委員

直接施設に申し出できない場合は、当法人苦情解決第三者委員へお申し出下さい。

苦情解決第三者委員 伊 藤 清 郷 電話024-922-2215
齋 藤 ちづ子 電話024-984-4281

(3) その他

上記以外に、市町村等の苦情・相談窓口等でも受け付けております。

(福祉サービスの苦情・相談について)

福島県社会福祉協議会内 福島県運営適正化委員会事務局 電話024-523-2943

(介護保険サービスの苦情について)

福島県国民健康保険団体連合会 電話024-528-0040

(介護保険全般に関するお問い合わせ)

郡山市保健福祉部介護保険課 電話0120-65-3736

13. その他運営に関する重要事項

- (1) 職員の資質向上を図るため、研修の機会を設け、各種資格取得を推奨しております。

(2) 利用者のニーズに適切に応えるため、サービスの自己評価を実施しています。

(3) 各種ボランティア等を積極的に受け入れ交流の場を提供するとともに、地域住民等との連携を図り、利用者の地域参加を促します。

(4) この他、運営に関する重要事項は、社会福祉法人太田福祉記念会の理事会・評議員会で定めます。

1 4. 当法人の概要

〈法人名称〉 社会福祉法人 太田福祉記念会
〈代表者名〉 理事長 太 田 宏
〈法人所在地〉 福島県郡山市熱海町玉川字阿曾沢 1 1 番地 1
〈電話番号〉 024-994-0888
〈インターネット〉 URL <http://www.ohta-fukushi.or.jp>
〈定款の目的に定めた事業〉

- (1) 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）
- (2) 短期入所生活介護事業
- (3) 地域支援・介護予防支援事業
- (4) 居宅介護支援事業
- (5) 訪問介護事業
- (6) 通所介護事業
- (7) ケアハウス事業
- (8) その他これに付随する事業

〈施設・事業所〉

- | | |
|-------------------------|-----|
| (1) 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設） | 2カ所 |
| (2) 短期入所生活介護事業所 | 2カ所 |
| (3) 地域包括支援センター | 1カ所 |
| (4) 居宅介護支援事業所 | 1カ所 |
| (5) 訪問介護事業所 | 1カ所 |
| (6) 通所介護事業所 | 3カ所 |
| (7) ケアハウス | 1カ所 |

平成 年 月 日

介護予防短期入所生活介護サービスの利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

〈事業者〉所在地 福島県郡山市熱海町玉川字阿曾沢 1 1 番地 1
名称 社会福祉法人 太田福祉記念会
特別養護老人ホーム玉川ホーム
(ユニット型介護予防短期入所生活介護)

代表者名 園 長 猪 腰 久 子 印

〈説明者〉職 氏 名 生活相談員 青 山 誠 印

私は契約書及び本書面により、事業者から介護予防短期入所生活介護サービスについて、重要事項の説明を受けました。

〈利用申込者〉 氏 名 _____ 印

〈家族・代理人〉 氏 名 _____ 印