

重要事項説明書

(短期入所生活介護 予防短期入所生活介護花ざかり)

1、当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話：03-6806-4888 (午前9:00～午後17:00まで)

担当：生活相談員 岩倉 大輔

2、法人概要

法人名	社会福祉法人 光塩会
法人所在地	群馬県前橋市上増田町 600 番地
代表者	理事長 村上 泰宏

3、事業所概要

施設名	特別養護老人ホーム 花ざかり
施設所在地	東京都足立区中央本町 2 丁目 24 番 11 号
電話番号	03-6806-4888
管理者	施設長 村上 泰宏
介護保険事業者番号	短期入所生活介護 (1372113512)

4、当施設の理念および方針

(1)基本理念

すべての利用者様が主役のサービスを提供します。

○人権を守り、個人の尊厳を尊重します

○良質で安心なサービスを提供します

○衛生的な生活環境を提供します

○常に笑顔で、親切・丁寧に対応します

○地域包括ケアを推進します

(2)花ざかり 運営方針

○一人ひとりの個別性を大切にした支援を行います。

5、職員体制

職名	資格	配置人数	
管理者	社会福祉主事・介護支援専門員	1 名	従業員の管理、業務実施状況の把握、その他管理、規定遵守の指揮命令
生活相談員(兼務) ※	社会福祉士・社会福祉主事	1 名以上	入居者またはその家族の相談に応じるとともに必要な助言・援助を行う。
介護支援専門員	介護支援専門員	1 名以上	施設サービス計画作成

(兼務)※			
介護職員	介護福祉士・初任者研修・実務者研修など	31名以上	食事・入浴・排泄などの日常生活の介護、コミュニケーション等
看護職員	看護師（正・准）	3名以上	入居者の健康管理、施設の保健衛生業務
栄養士	管理栄養士	1名	入居者に提供する食事の管理、栄養指導
事務職員		適当数	庶務、会計事務
嘱託医師	配置医	1名以上	入居者の健康管理、療養上の指導

6、施設の設備等の概要 【ショート定員：10名】

種類	室数	備考
居室	1ユニット10室 (全室個室)	ベッド、エアコン、洗面台
共同生活室	1室	食堂、キッチンを含む
共同トイレ	3か所	
浴室	個浴1室/機械浴5室	機械浴は特養と共用
地域交流室	1室	特養と共用
相談室	1室	特養と共用

7、サービス内容

項目	サービス内容
食事の提供	施設の栄養士がご利用者の年齢や心身の状況によって適切な栄養量及び内容のバラエティーに富んだ献立の食事を提供します。できる限り離床して食事が摂れるように味や彩、盛り付け、季節感なども工夫をして支援します。 朝食：8：00～10：00 昼食 12：00～14：00 夕食 18：00～20：00 ※時間内でご希望の時間に召し上がって頂く事ができます。
入浴	週2回以上入浴が規定です。個室での入浴が困難な方は機械浴室を利用して入浴して頂く事ができます。体調不良などで入浴ができない場合には代替えや清拭をさせていただきます。
介護サービス	居宅サービス計画に沿って、着替え・排泄・入浴・体位変換、施設内の移動の付き添いなどの介助を行います。
健康管理	看護職員がご利用者の利用期間中の健康チェックを行います。
生活相談	ご利用者の日常の生活に関する相談ができます。 ご利用に関することで不明点があれば、相談ができます。
教養娯楽	行事・クラブ活動・ユニット間の交流などを通じて個々に応じた趣味の活

	動が行えるように支援します。
機能訓練	ご利用者様の心身などの状況に応じて、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為の訓練を行います。

8、サービスの利用料、その他の費用

- (1)食費・居住費 (別表 利用料金一覧表 参照)
 (2)介護保険サービス費 (別表 利用料金一覧表 参照)

9、保険外サービス費

特別な食事	ご利用者様の希望に基づいて特別な食事の提供をします。	実費
理美容料	訪問理美容を利用された場合	実費
教養娯楽費	レクリエーションやクラブ活動の際に、材料代費などが発生した場合。	実費
複写物の交付	サービス提供についての記録物の複写を希望する場合はコピー代として実費をご負担頂きます。	実費
予防接種費	インフルエンザ・肺炎球菌ワクチン予防接種	実費
エンゼルケア	施設内で看取られた場合の死後の処置	実費
その他	日常生活に要する費用でお契約者に負担頂くことが適当であるもの	実費

10、支払方法

お支払いは当施設指定の金融機関からの口座振替とさせていただきます。

利用月末締め、翌月20日までに請求書を郵送致します。利用月の翌月28日が引き落とし日(指定銀行が休日の場合は翌営業日)となります。

11、サービスの利用方法

(1)利用申し込み

- ① 担当ケアマネージャーから電話又はFAXでの申し込みとなります。
 ② 利用期間の決定後、契約を締結します。
 ※ご家族様からの直接の申込はお控えください。

(2)利用の中止

① 利用予定前の中止

利用前日の午後4時までにご連絡下さい。

※キャンセル料は発生しません

② 利用期間中の中止

以下の事由に該当する場合は、利用期間中であってもサービスを中止し退所となる場合があります。

- ・利用者が中途退所を希望した場合
- ・健康チェックを行った結果、体温が 37.5℃を超えるなど明らかな体調不良を認める場合
- ・他利用者の生命または健康に重大な影響をあたえる行為があった場合

上記の場合、必要な場合は、ご家族また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などの必要な措置を講じます。

また、利用料金は退所日までの日数を基準に計算します。

(3) 利用契約の終了

① 利用者都合でサービス利用契約を終了する場合

利用期間中以外は文書等での申し出によりいつでも解約できます、その後の予約は無効となります。

② 自動終了

以下の場合自動的に契約を終了し以降の予約は無効となります。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・利用者が死去した場合
- ・利用者の介護保険認定区分が非該当(自立)と認定された場合

③ その他

利用者が、サービス利用料金の支払いを3カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払いが無い場合、利用者やご家族等が当該施設の従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、または、やむを得ない事情により施設を閉鎖もしくは縮小する場合は、60日前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させて頂くことがあります。この場合、契約終了後の予約は無効となります。

(4) 施設利用に当たっての留意事項

(別紙 ショートステイ利用案内 参照)

12、 緊急時の対応方法

サービス提供に際し、事故や体調の急変等が生じた場合は、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

指定医療機関	病院名 () 主治医 () 電話番号 ()
緊急連絡先 ①	氏名： (続柄：) 住所： 電話番号：
緊急連絡先 ②	氏名： (続柄：) 住所： 電話番号：

13、 非常災害対策

災害時の対応	防災計画による
防災設備	自動通報システム・スプリンクラー・避難階段・防火扉・非常用電源・屋内消火栓・消火器設置等
防災訓練	年2回以上
防火責任者	村上 泰宏

14、 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、ご家族、足立区、東京都に速やかに連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、その事故が当事業所の過失による場合であって、賠償すべき事象が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業所は保険会社との損害賠償保険契約を締結しております。

15、 守秘義務

- ① 施設及び同職員は、サービス提供上知り得たご利用者様・代理人及びそのご家族に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- ② ご利用者様・代理人及びご家族は、ご利用者様の施設サービス計画作成のため、および退所時の居宅介護計画書作成のため、他の居宅介護事業者・サービス提供者・サービス担当者会議においてご利用者様・代理人及びその他のご家族の個人情報を用いる場合はあらかじめ同意を得るものとします。

16、 苦情・相談窓口

◎サービスに関する相談・苦情については次の窓口で対応いたします。

相談窓口	代表番号：03-03-6808-4888 受付時間：午前9時から午後5時まで 苦情相談受付窓口：(生活相談員) 岩倉 大輔 苦情解決責任者：(管理者) 村上 泰宏
------	--

◎公的機関においても、苦情等の申し出ができます。

足立区高齢者施策推進室介護保険課事業者指導係	03-3880-5746
東京都国民健康保険団体連合会	03-6238-0177
東京都社会福祉協議会運営適正化委員会	03-5283-7020

17、 その他

契約期間中、介護保険法をはじめとする関係諸法令改正、食費、居住費、加算の単価の変更および加算種別の追加により、ご利用者の負担金に変更が生じることになった場合には、速やかに入居者ならびにご家族に対し、変更の施行時期および変更後の金額を説明し、本契約の継続について確認するものとします。

利用契約の締結にあたり、ご利用者に対して契約書及び本書面において重要事項を説明いたしました。

年 月 日

[事業者]

所在地 東京都足立区中央本町2丁目24番11号

名称 社会福祉法人 光塩会

特別養護老人ホーム 花ざかり(短期入所生活介護)

説明者 生活相談員 氏名：

印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受けました。

年 月 日

[入居者]

住所

氏名

印

[代理人]

住所

氏名

印

[身元引受人]

住所

氏名

印

[連帯保証人]

住所

氏名

印