

## 重要事項説明書

(短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービス)

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生省令第37号第125条に基づいて、当事業者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 北海道中央病院
法人所在地	〒0740012 深川市西町1番7号
電話番号	0164-22-2135
代表者氏名	大西道祥
設立年月日	昭和27年5月30日

### 2 ご利用施設

施設の名称	永福園短期入所生活介護事業所
施設の所在地	〒0740012 深川市西町1番13号
施設長名	及川秀洋
電話番号	0164-22-4401
ファクシミリ番号	0164-22-4483

### 3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		北海道知事（深川市）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11年12月13日	0177400108	50人
居宅	通所介護（地域密着）	平成18年4月1日		12人
	短期入所生活介護	平成12年3月7日		4人

### 4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため、要介護者又は要支援者に対し、適切な短期入所生活介護を提供します。
施設運営の方針	当施設にあつては、利用者が要介護状態又は要支援状態になった場合においても、可能な限りその居宅において、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、入浴、排泄、食事等の介護、その他必要な日常生活上のお世話をを行います。

## 5 施設の概要

### (1) 敷地および建物

敷 地		1, 0 5 5. 1 6 m <sup>2</sup>
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造陸屋根2階建(耐火建築)
	延べ床面積	2, 4 5 8. 5 2 m <sup>2</sup>
	利用定員	50名
	短期専用定員	4名

### (2) 居室

居室の種類	室 数	面 積	1人あたり面積
2 人 部 屋	3室	4 8. 0 5 m <sup>2</sup>	8. 0 0 m <sup>2</sup>
4 人 部 屋	1 1室	3 7 3. 8 7 m <sup>2</sup>	8. 4 9 m <sup>2</sup>
短期専用室1 (3人部屋)	1室	3 6. 4 0 m <sup>2</sup>	1 2. 1 3 m <sup>2</sup>
短期専用室2 (1人部屋)	1室	1 8. 4 0 m <sup>2</sup>	1 8. 4 0 m <sup>2</sup>

☆ 身体及び精神状況によっては、短期専用室をご利用いただけない場合があります。

☆ 短期専用室1は多床型、短期専用室2は従来型個室、空床室は多床型となります。

### (3) その他主な設備 (特別養護老人ホームと共用)

設備の種類	数	面 積	1人あたりの面積
食 堂	1室	1 7 1. 9 0 m <sup>2</sup>	3. 4 3 m <sup>2</sup>
機能訓練室	1室	1 1 0. 2 7 m <sup>2</sup>	2. 2 0 m <sup>2</sup>
一 般 浴 室	1室	5 3. 6 6 m <sup>2</sup>	
機 械 浴 室	特殊浴槽	2台	
医 務 室	1室	計79.96m <sup>2</sup>	
デイルーム	1箇所		

## 6 職員体制 (主たる職員)

従業者の職種	員 数	区分				常勤 換算 後の 人員	事業 者の 指定 基準	保有資格 (※印は特別養護 老人ホーム兼務)
		常勤		非常 勤				
		専 従	兼 務	専 従	兼 務			
施設長	1		1				1	社会福祉士1名※
生活相談員	1		1			1	1以上	社会福祉士1名※

介護職員	20		20			23	1以上	介護福祉士 13名 ※
看護職員	3		3					看護師1名・准看護師2名※
機能訓練指導員	1				1		1以上	マッサージ師1名 ※
医師	1				1		1以上	※
管理栄養士	1		1				1以上	※

## 7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務	4週8休
生活相談員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務	4週8休
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 早番1・2・3（7：30～16：30）</li> <li>・ 中番1・2（10：00～19：00）</li> <li>・ 遅番1・2（10：30～19：30）</li> <li>・ 日勤（8：30～17：30）</li> <li>・ 夜勤（17：00～9：30）</li> <li>・ 夜間（19：30～7：30）は、原則として職員2名体制でお世話をします。（特別養護老人ホームと一体で運用します。）</li> </ul>	原則として4週8休
看護職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 正規の勤務時間帯（8：30～17：30）、特別養護老人ホームと一体で運用します。通常1名以上体制で勤務します。</li> <li>・ 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。（夜間看護体制）</li> </ul>	4週8休
機能訓練指導	週3日（月、水、土曜日）、9：00～12：30まで勤務	
医師	週1日（火曜日）、14：00～15：00まで勤務	
管理栄養士	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤で勤務	4週8休

## 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か月前から受け付けております。

## 9 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
<p>栄養管理や食事の介助</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士を配置し、ご契約者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ献立表により食事を提供します。食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるように配慮します。また、ご契約者が希望された場所や時間で提供することもできます。</li> </ul> <p>(食事時間)</p> <p>朝食 7:50～8:30 又は 8:30～9:30            昼食 11:30～12:30 又は12:30～13:30            夕食 17:30～18:15 又は18:15～19:00</p>
<p>排せつの介助</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・おむつを使用する方に対しては、1日4回の交換を行うとともに、必要な場合はこれを超えて交換を行います。</li> </ul>
<p>入浴の介助</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・週2回の入浴または清拭を行います。</li> <li>・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。</li> </ul>
<p>着替え等の介助</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・シーツ交換は週1回実施します。</li> </ul>
<p>機能訓練</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・機能訓練指導員等による入所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つとめます。</li> </ul>
<p>健康管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・嘱託医師により、週1回診察日を設けて健康管理に努めます。また、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。</li> <li>・入所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できるだけ配慮します。</li> </ul> <p>(当施設の嘱託医師)</p> <p>氏名：荒木明夫            診療科：内科            (所属病院 北海道中央病院)            診察日：毎週火曜日 14:00～15:00</p>

相談および援助	・当施設は、入所者およ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ます。
送迎	・身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付きの送迎車で入退所の送迎を行います。

(利用料金) 介護保険給付サービス

要介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. 介護度別サービス料金	従来型個室	6,210円	6,920円	7,620円	8,330円	9,030円
	多床型	7,030円	7,740円	8,440円	9,150円	9,850円
2. うち、介護保険から給付される金額	従来型個室	5,589円	6,228円	6,858円	7,497円	8,127円
	多床型	6,327円	6,966円	7,596円	8,235円	8,865円
3. サービス利用に係る自己負担額	従来型個室	621円	692円	762円	833円	903円
	多床型	703円	774円	844円	915円	985円

短期入所生活サービス提供加算Ⅱ	60円
うち、介護保険から給付される金額	54円
自己負担金	6円

(利用料金) 介護予防保険給付サービス

要介護度		要支援1	要支援2
1. 介護度別サービス料金	従来型個室	4,640円	5,770円
	多床型	5,140円	6,330円
2. うち、介護保険から給付される金額	従来型個室	4,176円	5,193円
	多床型	4,626円	5,697円
3. サービス利用に係る自己負担額	従来型個室	464円	577円
	多床型	514円	633円

予防短期入所生活サービス提供加算Ⅱ	60円
うち、介護保険から給付される金額	54円
自己負担金	6円

☆送迎を行う場合は片道につき次の負担が必要となります。

送迎加算	1,840円
------	--------

うち、介護保険から給付される金額	1,656 円
自己負担金	184 円

- ☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金を全額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。
- ☆ ご契約者に提供する食費や滞在費の費用は別途いただきます。（下記（2）参照）
- ☆ 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。
- ☆ 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度を超える場合を含む。）には全額自己負担となります。金額は上記料金表にある介護度に応じた金額とします。但し、介護保険外サービスとなる場合には居宅サービス計画を作成する介護支援専門員から詳しく説明を受けてください。

## (2) 介護保険給付外サービス

種類	内 容	利用料
食費	・食費は1日1,380円、朝食400円、昼食450円、夕食530円とします。ただし、食費について保険者（市町村）から介護保険負担限度額認定※を受けている場合には、認定証に記載している食費の負担限度額となります	1日負担限度額は、第1段階300円、第2段階390円、第3段階650円、第4段階1,380円
滞在費 （利用される部屋が多床型か従来型個室かによって違います）	・居住費は多床室の場合1日320円、従来型個室の場合1日1,150円とします。ただし、居住費について保険者（市町村）から介護保険負担限度額認定※を受けている場合には、認定証に記載している居住費の負担限度額となります。	1日負担限度額は、多床室の場合に第1段階0円、第2～4段階320円 従来型個室の場合に第1段階320円、第2段階420円、第3段階820円、第4段階1,150円
特別な送迎	・当施設の事業実施区域外の方、	・実費

	あるいは実施区域内で特に送迎をご希望の方にリフト付きの送迎車で送迎を実施します。	1 k m毎 20 円
理美容サービス	・毎月1回程度理髪店の出張による理髪サービスをご利用いただけます。また、美容院の出張サービス（カット・パーマ・髪染め）も同様です。	・理容代 カット(調髪)・襟剃り・顔剃り 2,000 円 カット(調髪)・襟剃り 1,800 円 カット(丸刈)・襟剃り・顔剃り／顔剃りのみ 1,500 円 ・美容代 実費
その他の生活用品	・日常生活用品の購入代金等、日常生活に要する品物も実費で購入いただけます。	・実費
レクリエーション行事	・当施設では、施設行事計画にそってレクリエーション行事を企画します。	・施設外レクリエーションについて実費（交通費・入場料等）
テレビ代 冷蔵庫代	・利用者が居室に持ち込んで使用する場合があります。	・テレビ代 1日 20 円 (※) ・冷蔵庫代 1日 20 円 (※)
謄写物の交付	・サービス提供についての記録の謄写を交付することができます	・実費 1枚 20 円 (※)

(※) の金額には別途消費税がかかります。

☆食費・居住費の「介護保険負担限度額」は保険者（市町村）から金額が設定されます。国が示した「基準費用額」と「負担限度額」の差額は特定介護サービス費（補足的給付）として施設が保険者から受けることとなります。（平成17年10月1日より）

☆食費・居住費の特定介護サービス費は、ご契約者の保険料段階に応じて異なります。

☆当施設では上質の紙オムツを使用していますが、その紙オムツ以外の品物の利用を希望する場合は、持参いただくこととなります。

### (3) 利用料金のお支払方法

ア、窓口での現金支払い イ、下記金融機関への振込み 北空知信用金庫 西支店 普通預金 0083823 名義人 永福園短期入所生活介護事業所 施設長 及川秀洋 (オウカビデヒロ)
--

☆料金は1ヶ月ごとに計算しご請求します。翌月10日までに請求書を発行しますので同月20日までに上記のいずれかの方法でお支払ください。

## 10 キャンセル料

キャンセル日	キャンセル料
利用期間中	実費相当額
利用開始当日	実費相当額

## 11 苦情等申立先

### 法人苦情解決体制

苦情受付担当者	担 当 者 生活相談員 星 野 樹 子 ご利用時間 毎週月～金曜日 (祝祭日を除く) 午前9時～午後5時 ご利用方法 面接のほか電話にても受けます (22-4401) 苦情箱 (2階1号室前に設置)
苦情解決責任者	担 当 者 理事長 大 西 道 祥 施設長 及 川 秀 洋 責任をもって苦情処理にあたります。
第三者委員への申立	第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。 ①法人監事、②家族会代表者で構成されています。具体的氏名連絡先は別紙でお知らせ致します。

### 行政機関その他苦情受付機関

深川市介護保険担当課	所在地 深川市2条17番17号 電話番号 0164-26-2152 受付時間 8:45～17:15 (土日祝祭日を除く)
国民健康保険団体連合 総務部介護保険 企画・苦情係	所在地 札幌市中央区南2条14丁目 電話番号 011-231-5161 (内線6111) 受付時間 9:00～17:00 (土日祝祭日を除く)
北海道サービス運営適 正化委員会	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 (北海道社会福祉協議会内)

	電話番号 011-204-6310 受付時間 9:00~17:00 (土日祝祭日を除く)
--	---

## 12 協力医療機関

医療機関の名称	北海道中央病院
院長名	大西 道祥
所在地	深川市西町1番7号
電話番号	0164-22-2135
診療科	内科、精神神経科

## 13 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永福園 消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	併設の北海道中央病院と、非常時の相互の応援を約束しています。また、職員の非常召集体制も法人宿舎を近隣に設け確立しています。			
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永福園 消防計画」にのっとり年2回夜間およ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	
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	15個所
	避難階段	3個所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	20個所	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源スプリンクラー	あり
	消火器	24個所	非常用照明	あり
		防災設備は消防法により年2回の保守点検を行います。カーテン布団等は防煙性能のあるものを使用しております。		
消防計画等	消防署への届出日：平成18年4月17日 防火管理者：越 宣人			

## 14 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(8:00~19:00)を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
嘱託医師以外	嘱託医師以外の医療機関の受診は、その必要性によって行いますが、場合によってはご家族の協力を得ることもありま

の医療機関への受診	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。飲酒はできません。
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。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
喧嘩・口論・暴力行為等	他の入所者に迷惑を及ぼすような喧嘩、口論、暴力行為はご遠慮願います。
所持品の管理	所持品に対する紛失（盗難を含む）については責任を負いかねますので、高価な所持品は持ち込まないようにしてください。
現金等の管理	所持されている現金の紛失には責任を負いかねますので、多額の現金所持はご遠慮ください。また、入所者同士の金銭の貸し借りはしないようにしてください。また、原則金銭管理は行ってません。
安全衛生等の管理	本人および施設の安全衛生等に管理上の措置を講じる必要があると認められた場合は、居室等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。但し、プライバシーの保護に十分配慮いたします。
宗教活動・政治活動・営利活動	当施設の職員や他の入居者に対する宗教活動、政治活動および営利活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名 相談員 氏名 星野 樹子）  
から上記重要な事項の説明を受けたことを確認します。

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

利用者

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_ 印

利用者の家族等

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_ 印

続柄

\_\_\_\_\_