

短期入所重要事項説明書

当施設は、ご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供いたします。
施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1、施設経営法人

- ①法人名 社会福祉法人 添寿会
- ②法人所在地 福岡県田川郡添田町大字庄1134-1番地
- ③電話番号 0947-82-0100
- ④代表者氏名 崎山 宏
- ⑤設立年月 昭和58年12月19日

2、ご利用施設

- ①施設の種類 指定介護老人福祉施設(昭和59年4月10日)
- ②指定番号 福岡県 4079300010号
- ③施設の名称 特別養護老人ホーム 添寿園
- ④施設所在地 福岡県田川郡添田町大字庄1134-1番地
- ⑤電話番号 0947-82-2122 FAX番号 0947-82-2055
- ⑥施設長名 崎山 亮

3、事業の目的と運営方針

①事業の目的

この事業は、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、利用者に対し、必要な居室及び共用施設を使用し、サービスを提供するものとする。

②施設運営の方針

当施設にあたっては、利用者に対して、入浴、排泄、食事、口腔ケア等の介護、相談等の精神的ケア、生活上の便宜、日常生活上の支援、機能訓練、健康管理及び療養上の支援などを提供するものとする。

4、居室等の概要

居室の種類	室 数	備 考
1人部屋	4	多床室
2人部屋	3	多床室
4人部屋	10	多床室
静養室	2	18.50㎡
食 堂	1	190.8㎡
機能訓練室	1	32.22㎡
浴 室	1	19.04㎡
機械浴室	1	25.42㎡
脱衣室	1	18.74㎡
医務室	1	11.82㎡
WC	1	22.03㎡
個室WC	4	

5、職員の配置状況

職 種	員数	常勤	非常勤	備 考
施設長	1	1		兼 任
生活相談員	1 以上	1		社会福祉主事
介護支援専門員	1 以上	1		ケアマネジャー資格
介護職員	15 以上	15 以上		介護福祉士・ヘルパー2級・認知症介護基礎研修終了
看護職員	2 以上	2 以上		看護師・准看護師
機能訓練指導員	1 以上		1 以上	理学・作業療法士
医 師	1 以上		1 以上	診療内科
栄養士	1 以上	1 以上		管理栄養士・栄養士

◎職員の配置について、指定基準を遵守しています。

職 種	勤 務 体 制
医 師	毎週 木曜・土曜 14:00～16:00
介 護	早出 6:30～15:30
	日勤 9:00～18:00
	遅出 10:00～19:00
	夜勤 16:30～ 9:30
看 護	日勤 9:00～18:00
機能訓練指導員	毎週金曜日 8:30～17:30

6、当施設が提供するサービスと料金

当施設では、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
- ②利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合

(1)当施設が提供する介護サービス(契約書第3条参照)

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常9割が介護保険から給付されます。

(サービスの概要)

①居室の提供

②食事

○当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

○ご契約者の自立支援のため離床して食事をとっていただくことを原則としていますが、ご契約者の希望食事時間、場所等の変更はご自由にできます。

○食事時間 朝食 8:00～、昼食 12:00～、夕食 18:00～ となっています。

③入浴

○入浴又は清拭を週2回以上行います。

○寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

④排泄

○排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を活用した援助を行います。

⑤機能訓練

○機能指導訓練指導員により、ご契約者の心身状態に応じて、日常生活を送るのに必要な機能回復又は減退防止するための訓練を実施します。

⑥健康管理

○医師や看護職員が、健康、服薬管理を行います。

7、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。
- 生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行えるよう配慮します。
- 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行えるよう援助します。

(サービス利用料金 1日あたり)

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担金)と食事・居住費に係わる標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。(サービスの利用料金は、ご契約者の要介護に応じて異なります。)

ご契約者の要介護	要支援1	要支援2	自己負担金額合計 A+B+C		
サービス利用料金	4,510	5,610			
介護保険給付額	4,059	5,049			
利用自己負担額 A	451	561			
ご契約者の要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用料金	6,030	6,720	7,450	8,150	8,840
介護保険給付額	5,427	6,048	6,705	7,335	7,956
利用自己負担額 A	603	672	745	815	884
居室利用負担額 B	第一段階	第二段階	第三段階 ^a	第三段階 ^a	左記以外
	0	430	430	530	915
食事利用負担額 C	第一段階	第二段階	第三段階 ^a	第三段階 ^a	第四段階
	300	600	1,030	1,360	1,545

○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金額をいったんお支払いいただきます。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(償還扱い)。償還扱いとなる場合、ご契約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、ご契約者の負担限度額を変更します。

○居室と食事にかかる費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定書に記載している負担額とします。

☐ サービス提供体制強化加算 (I)	22円/日	☐ 在宅中重度受入加算	
☐ 看護体制加算 (I)	4円/日	☐ 看護体制加算 (I)又は(III)を算	421円/日
☐ 看護体制加算 (II)	8円/日	☐ 看護体制加算 (II)又は(IV)を算	417円/日
☐ 看護体制加算 (III)	6円/日	☐ 看護体制加算 (I、III)及び	413円/日
☐ 看護体制加算 (IV)	13円/日	☐ (II)(IV)を算定	
☐ 機能訓練指導員配置加算	12円/日	☐ 看護体制加算を算定しない	425円/日
☐ 個別機能訓練加算	56円/日	☐ 生活機能向上連携加算 (I)	100円/月
☐ 医療連携強化加算	58円/日	☐ 生活機能向上連携加算 (II)	200円/月
☐ 認知症行動・心理症状緊急対応加算	200円/日	☐ 認知症専門ケア (I)	3円/日
☐ 若年性認知症入所者受入加算	120円/日	☐ 認知症専門ケア (II)	4円/日
☐ 送迎加算 (片道1回)	184円/回	☐ 看取り連携体制加算	64円/日
☐ 緊急短期入所受入加算	90円/日	☐ 口腔連携強化加算	50円/月
☐ 療養食加算	8円/日	☐ 長期利用減算	
☐ 生産性向上推進体制加算 (I)	100円/月	要介護 1	573円/日
☐ 生産性向上推進体制加算 (II)	10円/月	要介護 2	642円/日
		要介護 3	715円/日
		要介護 4	785円/日
		要介護 5	854円/日
		要支援 1	要介護1の75%
		要支援 2	要介護1の93%

○介護職員処遇改善加算、サービス利用額及び加算の合計の17.6%が加算

(2) (1)以外のサービス

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

(サービスの概要と理容方法)

○理髪店及び美容院との契約により当施設内において、利用することができます。ご希望の方は前日までにお申し込み下さい。

○施設外買い物及び特定病院受診については施設より片道20km以上の地域については一回につき300円の負担になります。

○施設外活動参加費については実費となります。(日帰り旅行等)

(3)利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月15日までに下記の方法でお支払い下さい。

ア、窓口での現金支払い

イ、本人様名義、ご家族様名義の金融機関口座からの引き落とし

ウ、当施設の金融機関口座への振込

(4)入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記の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。(但し、下記医療機関での優先的な治療・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察・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	所在地	診療科
川崎町立病院	川崎町大字川崎2430	内科 外科 眼科
上野病院	福智町大字上野3420	精神内科

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	所在地
丸の内歯科医院	大任町大字今任原3077

7、施設を退所していただく場合(契約の終了について)

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めてはいません。

従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくことになります。

①要介護認定によりご契約者様の心身の自立又は要支援と判定された場合。

②事業所が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合。

③施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合。

④当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合。

⑤ご契約者からの退所の申し出があった場合。

⑥事業所から退所の申し出を行った場合。

⑦正当な理由なく利用者、その他支払うべき費用1ヶ月以上滞納し、その支払いを督促したにも係わらず、10日間以内に支払わない場合。

⑧故意に施設の規則・事業所の指示に従わず重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき。

8、身元引受人(残置物品引取人)

契約締結にあたり、身元引受人をお願いいたします。これを、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者自身が引き取れない場合に備えて「身元引受人」に連絡の上、所持品を引き取っていただきます。

①当施設における苦情の受付

○苦情受付窓口（担当者 事務長）

○受付時間 毎週 月曜日～金曜日 午前9時～午後5時

○電話番号 0947-82-2122

○第三者委員会

福岡県認知介護指導員 大庭 健司郎 090-4358-4444

川崎町地域包括支援センター 主任介護支援専門員 木本 美枝 0947-72-3155

添田町民生児童委員会会長 鈴見 聡 090-9576-1929

また、苦情受付ボックス施設内2箇所を設置しています。

苦情受付機関名	所在地	電話番号	FAX番号
福岡県介護保険広域連合 田川支部	田川市新町18-7	0947-491093	0947-49-1097
福岡県国民健康保険団体連合会	博多区吉塚本町13-47	092-642-7859	092-642-7856
福岡県社会福祉協議会	春日市原町3丁目1-7	092-584-3377	092-584-3377

第三者による評価の実施状況	あり	実施日	平成30年11月8日
		評価機関名称	福岡県保健医療介護保険部
		結果の開示	なし

施設は、非常防止と利用者の安全を図るため、別に定める「添寿園消防計画」に基づき、常に利用者の安全確保に努めるとともに、非常災害に備える、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。

令和 年 月 日

指定介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項説明を行いました。

特別養護老人ホーム 添寿園

説明者職種 _____ 氏名 _____ 印 _____

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 _____

利用者氏名 _____ 印 _____

この重要事項説明書は、厚生省令第39条第4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。

