短期入所生活介護重要事項説明書

１．当事業所が提供できるサービスについての相談窓口

担　　当　　生活相談員　　吉川勇一

電話番号　　０７７６－４１－７５００（受付時間：午前９時～午後４時）

※ ご不明な点は何でもお尋ねください。

２．事業所の概要

（１）名称・所在地及びサービスの種類

名　　称	文　　珠　　苑
所　在　地	福井市北山町３５－５－１
サービスの種類	短期入所生活介護（予防を含む）
指定番号	１８７０１００１６９

（２）事業所の職員体制（介護老人福祉施設文珠苑と一体化して配置）

職種	員数
管理者	１名
医師	１名（非常勤）
生活相談員	２名以上
管理栄養士	１名以上
機能訓練指導員	１．２１名以上
介護支援専門員	１名以上
介護職員	４１名以上（常勤換算）
看護職員	５．２４名以上（常勤換算）
調理員	７名以上（常勤換算）
運転手	１名以上

（３）事業所の設備概要

定　員	３１名		浴　室	一般浴
居　室	６人部屋	１室		中間浴
	４人部屋	１室		特殊浴
	３人部屋	１室	食堂兼機能訓練室	２室
	２人部屋	５室		
	従来型個室	８室		

（４）サービスの内容

① 食事　② 入浴　③ 排泄　④ 機能訓練

⑤ 相談援助　⑥ 送迎（諸条件により出来ない場合あり）

３．利用料金

（１）介護保険から給付される場合（契約書別紙参照）

① 基本サービス利用料：利用者の介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額（要介護度によって異なります。）

② 送迎費　：利用者の介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額（片道）　184 単位

＊通常の送迎の実施地域は、福井市（上文殊、文殊、東郷、六条、一乗、清明、麻生津、木田地区）鯖江市です。（但し、利用者の状況、利用日時によっては送迎できない場合があります。）

（2）その他の料金（介護保険適用外料金　全額自己負担）
※ (別表―3)　「介護保険対象外サービス料金」　参照

（3）利用料金はサービス終了時に現金、口座引き落とし、振込みにてお支払いください。

4．サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

先ずは、居宅介護サービス計画の作成を依頼している事業所とご相談ください。その事業所と計画がなされた上で当事業所と契約を結び、サービスの提供を開始します。２回目以降からは、上記の事業所に連絡した上で、当事業所にお申し込みください。

（2）サービスの終了

① 利用者の都合でサービスを終了される場合

サービスの終了を希望される１日前にお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

流感その他やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。
その場合、前もってご相談させていただきます。

③ その他

当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者及びその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合など、利用者は解約を通知することによって、サービスを中止することができます。
事業所が利用者に対してサービス利用料金を催告したにもかかわらず、利用者が１０日以内に支払わない場合、利用者や家族などが当事業所や従事者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、契約を終了させていただくことがあります。

5．事業所の運営方針

① 利用者の要支援または要介護状態の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活が出来るよう、入浴・排泄・食事の介護など日常生活上必要なお世話及び機能回復訓練を行います。

② 明るく家庭的な雰囲気の中で、利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

③ 関係市町村及び地域の保険、医療、福祉サービスを提供する他の事業所とも密な連携を図り、総合的なサービスに努めます。

6．緊急時の対応方法

サービスの提供中に様態の変化などがあった場合は、主治医、ご家族、居宅介護支援事業所へ連絡します。

主　治　医	主治医氏名	
	連　絡　先	
ご　家　族	氏　　名	
	連　絡　先	
居宅介護支援事業所・担当者	事業者名	
	担当者名	
	連　絡　先	

7．事故発生時の対応

事業所内においてサービスを提供している際に、利用者に事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族又は緊急連絡先、関係市町村、居宅介護支援事業所へ速やかに連絡するとともに、必要に応じて主治医に連絡する等必要に応じた措置を講じます。

８．非常災害対策

防災時の対応　　事業所で火災及び地震等の災害が発生した場合は、利用者の避難誘導を行い、火災の場合は初期消火に努めます。

防 災 訓 練　　防災計画を立てるとともに、協力機関との連携のもとに、年２回は避難訓練、その他必要な訓練を行います。

９．サービス内容に関する苦情の対応

１　サービス内容についての苦情の窓口は次のとおりです。

当事業所苦情受付担当　生活相談員　　吉川　勇一	０７７６－４１－７５００
福井市介護保険課	０７７６－２０－５７１５
鯖江市長寿福祉課	０７７８－５３－２２１８
福井県国民健康保険団体連合会　介護保険係	０７７６－５７－１６１４
福井県社会福祉協議会　ハート支援室	０７７６－２４－２３４７

２　苦情処理の体制、手順は次のとおりです。

担当職員が利用者及びその家族からサービス内容に関する疑問、不安、苦情の申出を受けた場合、速やかに情受付担当者に報告する。　→　苦情受付担当者は、その内容、事実関係を精査し、苦情解決責任者に報告し苦情の解決を行う。利用者及びその家族が希望される場合、第三者委員を交えて、苦情の解決にあたる。→　苦情受付担当者は、担当部署に対して改善策などの対策を指示し、解決、改善までの経過と結果を記録し、利用者及びその家族、場合によっては第三者委員に報告する。

１０．事 業 者

法　人　名	社会福祉法人　文珠福祉会
代表者名	理事長　諏訪英樹
所在地	福井県福井市北山町３５－５－１
電話番号	０７７６－４１－７５００
設立年月日	昭和５９年７月３日
定款に定めた事業	１．介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ２．短期入所生活介護（ショートステイ） ３．通所介護（デイサービス） ４．居宅介護支援事業 ５．訪問介護事業(ホームヘルプサービス) ６．サービス付き高齢者向け住宅（リリーブ東郷）

令和　　年　　月　　日

短期入所生活介護の提供に際し、本書面に基づき重要事項説明書に記載する重要事項の説明を行いました。

〈事業所〉

所在地　　福井市北山町３５－５－１

名　称　　短期入所生活介護事業所　文珠苑　　印

説明者　　印

私たちは、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、短期入所サービスの提供開始に同意しました。

(契約者)

住　所

氏　名　　印

(身元引受人　契約者との関係　　)

住　所

氏　名　　印

私は、契約者が事業所からの重要事項の説明を受け、指定短期入所サービス提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者の代理人として署名いたします。

(署名者　　契約者との関係　　)

住　所

氏　名　　印