

介護老人福祉施設サービス重要事項説明書

〈令和 6 年 8 月 1 日現在〉

1. 利用者(被保険者)

氏名	様
被保険者番号	
要介護認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
要介護認定区分	要介護

2. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 菅生会 シャカイ フクジ ホウジン グカン カイ
法人所在地	北九州市小倉南区大字春吉463-1
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	ヤマガ シゲル 山家 滋
電話番号	093-452-1351

3. ご利用施設

施設名称	特別養護老人ホーム 春吉園
施設所在地	北九州市小倉南区大字春吉463-1
施設長名	中溝 明弘
電話番号	093-452-1351
FAX番号	093-452-1352

令和6年8月1日より適用

4. 事業の目的と運営方針等

(1) 事業の目的

施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことにより、入居者が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することを目指すものとする。

(2) 運営方針

1. 入所者の意志及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って指定介護福祉施設サービスを提供するように努めるものとする。
2. 明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

(3) サービスの特徴

春吉園は、周囲を緑と閑静な住宅地に囲まれた豊かな環境のなかにあり、昭和56年4月に開設して以来、介護を必要とされる高齢者のために、安心して楽しい毎日を過ごしていただけるよう、積み重ねてきた経験を生かし、より良い介護サービスの提供を行っています。また、入居者の皆様の個性を尊重し、その視点に立った介護サービスの公平性を重視し、人と人との信頼の輪が大きく広がり、生きる喜びを与えるられる真の福祉を念頭においています。

5. ご利用施設で実施する事業

事業の種類		県知事の事業者指定		定員	備考
		指定年月日	指定番号		
施設	特別養護老人ホーム	平成26年 4月 1日	福岡 県 4070500410号	50人	
居宅	通所介護	平成 年 月 日	県 号	人	
	短期入所生活介護	平成26年 4月 1日	福岡 県 4070500410号	3人	空床型
居宅介護支援事業		平成 年 月 日	県 号	人	

6. 施設の概要

特別養護老人ホーム

敷地	2, 035 m ²
建物	構造 鉄筋コンクリート 2階建(耐火建築)
	延べ床面積 1, 516. 26 m ²
	利用定員 50 人

(1) 居室

居室の種類	室数	面積	1人あたりの面積
1人部屋	()室	m ²	m ²
2人部屋	1 ()室	21. 81 m ²	10. 905 m ²
4人部屋	12 ()室	33 m ²	8. 25 m ²
人部屋	()室	m ²	m ²

※ 指定基準は、居室1人あたり10. 65 m²

※ 上記()内は、認知症専用分

(2) 主な設備

設備の種類	室数等	面 積	1人あたりの面積
食 堂	1 室	77. 76 m ²	1. 56 m ²
機能訓練室	1 室	65. 30 m ²	1. 30 m ²
一般浴室	1 室	55. 79 m ²	1. 12 m ²
機械浴室	1 室	1 台	(一般浴室と兼用)
医務 室	1 室	26. 19 m ²	0. 52 m ²
デイルーム	箇 所	m ²	m ²

※ 食堂の指定基準は、1人あたり3 m²

7. 職員の体制及び勤務体制

職種	勤務体制	休暇
施設長	正規の勤務時間帯 (9:00 ~ 18:00) 常勤で勤務 1名	4週 8休
生活相談員	正規の勤務時間帯 (9:00 ~ 18:00) 常勤で勤務 1名	4週 8休
介護職員	○早出 (6:00 ~ 15:00) 日勤 (9:00 ~ 18:00) 遅出 (10:00 ~ 19:00) 夜勤 (15:30 ~ 翌9:30) 14名以上	4週8休
看護職員	○早出 (7:30 ~ 16:30) 日勤 (9:00 ~ 18:00) ○夜間帯については、交代で自宅待機を行い、緊急時 に備えます。(オンコール体制)	週休2日制
機能訓練指導員	○ 毎週土曜日 10:00から15:00	原則として 4 週 8休
機能訓練士	正規の勤務時間帯 (9:00 ~ 18:00) 常勤で勤務 1名	
介護支援専門員	正規の勤務時間帯 (9:00 ~ 18:00) 常勤で勤務 1名	4 週 8 休
医師	週 1日以上 (火・金・土曜日) 火曜日 午後 金曜日 午後 土曜日 午前	1回2時間程度
管理栄養士	正規の勤務時間帯 (9:00 ~ 18:00) 常勤で勤務 1名	4 週 8 休

※ 上記の職員数は、常勤あるいは常勤換算をしたものです。

8. サービス内容(介護保険)

種類	内 容														
食事	<ul style="list-style-type: none"> ○管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供いたします。 行事食 月1回 ○食事は出来るだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 (食事時間) 朝食 8:00 ~ 8:30 昼食 12:00 ~ 12:30 夕食 17:00 ~ 17:30 														
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ○利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 														
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ○年間を通じて週2回の入浴又は清拭を行います。 ○寝たきり等で座位がとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。 														
離床、着替え 整容等	<ul style="list-style-type: none"> ○寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ○生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うように配慮します。 ○個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助をします。 ○シーツ交換は週1回 寝具の消毒は月4回 実施します。 														
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ○機能訓練指導員(作業療法士・理学療法士または看護師)による利用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努めます。 ○当施設の保有するリハビリ器具 <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td>歩行器</td><td>15 機</td></tr> <tr><td>車椅子</td><td>30 機</td></tr> <tr><td>牽引器</td><td>機</td></tr> <tr><td>平行棒</td><td>1 台</td></tr> <tr><td>肋木</td><td>1 台</td></tr> <tr><td>リハビリ台</td><td>1 台</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">等</td></tr> </table> 	歩行器	15 機	車椅子	30 機	牽引器	機	平行棒	1 台	肋木	1 台	リハビリ台	1 台	等	
歩行器	15 機														
車椅子	30 機														
牽引器	機														
平行棒	1 台														
肋木	1 台														
リハビリ台	1 台														
等															
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ○嘱託医師により週1回以上火曜日・土曜日 診察日とし、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持って引き継ぎます。 ○利用者が外部の医療機関に通院する場合は、できるだけご家族に協力ををお願いいたします。 (当施設の嘱託医師) <p style="margin-left: 20px;">氏 名 : 山家 滋 診 療 科 : 内科 (所属病院: 徳力団地診療所) 診 察 日 : 毎週 火曜日 隔週 金曜日 土曜日 診療時間 : 火曜日 午後 金曜日 午前 土曜日 午前</p> 														

種類	内 容
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ○当施設は、利用者及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に努めます。 相談窓口　生活相談員 ○利用者の施設介護サービスが作成されるまでの間についても、当然利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活が送れるように適切な各種介護サービスを提供します。
社会生活上の 便宜	<ul style="list-style-type: none"> ○当施設では、必要な教養娯楽設備を備えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 ○主な娯楽設備(カラオケ・楽器等) ○季節に応じた1回/月程度のレクリエーション

9. サービス内容(介護保険外)

サービスの種別	内 容
特別な居室	な し
特別な食事	外食の場合は事前にご相談いたします。 毎月の行事食 :500円
理 髪	毎月 1 回 美容師の出張により理髪サービスを利用します。 第2水曜日(状況により変更します)
クリーニング代	施設にて洗濯できない物 (毛の物 毛50%以上)
医療費	処方される薬代 受診費用

10. サービス提供記録に関するサービス

サービス提供記録の保管	この契約終了後5年間保管します。
サービス提供記録の閲覧	土・日・祝祭日を除く毎日 9 時 ~ 17 時
サービス提供記録の複写物の交付	複数ある場合のみ、実費相当額を負担して頂きます。(1枚20円)

※サービスに対する料金は 11 の利用者負担金にて確認してください。

11. 施設サービス計画作成までのサービス

施設サービス計画が作成されるまでの間、日常生活が送れるように暫定の計画作成し
適切な各種介護サービスを 提供します。

12、利用者負担金

別紙1
別紙2

- (1)介護保険料の滞納などにより、上記の『利用者負担金』で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額(10割)をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。
- (2)必要に応じて初期加算など関係法令に基づいた費用が、別途利用者負担金に加算されることがあります。
- (3)利用料は介護保険負担割合証、食費・居住費は介護保険負担限度額認定証に基づきお支払いして頂きます。(負担限度額認定証の金額は1日1回を、請求させて頂きます)
介護保険負担限度額認定証のない方に対しては、基本額をお支払いして頂きます。
また、入院中は、居室を確保しているので居住費(入院中の介護保険対象外は全額自己負担となります)は頂きます。
- (4)お支払いは、利用者負担金(利用料+加算+食費+居室+介護職員等処遇改善加算Ⅰ)
及び、立替金の合計をお支払いして頂きます。

(5)利用者負担金のお支払い方法

事業者は、当月の利用者負担金の請求書に明細を付して、翌月 10 日までに利用者に対し郵送し利用者は、翌月 末 月までに次のいずれかの方法により支払います。

ア、自動口座引き落し(本人名義で 福岡 銀行の通帳が必要です。)

イ、金融機関振込み

福岡 銀行 徳力 支店

普通 預金口座(口座番号 1449135)

口座名義 社会福祉法人 菅生会 特別養護老人ホーム 春吉園

※ 手数料は 利用者 の負担となります。

(6)領収書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

(7)居室の明け渡し

契約が終了するときは、利用者負担金を支払いの上、契約終了日までに居室を明け渡して頂きます。契約終了日までに居室を明け渡さない場合、本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る所定の利用者負担金をお支払いいただきます。

13、非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム 春吉園 消防計画」にのっとり対応を行います。		
近隣との協力関係	町内会(地域 消防団)と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束します。		
平常時の訓練等	別途定める「消防計画」にのっとり、年2回夜間及び昼間を想定した非難訓練を、入所者の方も参加して実施します。		
防災設備	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
	避難階段	2 箇所	屋内消火栓
	自動火災報知機	あり	非常通報装置
	誘導灯	5 箇所	漏電火災報知機
	ガス漏れ報知器	あり	非常用電源
	カーテン 等は防炎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 22 年 8 月 13 日 防火管理者: 小野 聰		

14、協力医療機関

医療機関の名称	健和会大手町病院	徳力団地診療所
院長名	西中 徳治	山家 滋
所在地	北九州市小倉北区大手町15番1号	北九州市小倉南区徳力団地2番10号
電話番号	093-592-5511	093-961-3774
診療科	総合診療科・救急科・整形外科・外科・精神科・形成外科 ・脳神経外科・小児科・泌尿器科皮膚科・産婦人科・耳鼻科 ・眼科・血管外科・麻酔科・循環器科	内科・小児科
入院設備	ベット数 499床	なし
救急指定の有無	あり	なし
契約の概要	当施設と病院とは、利用者に病状の急変があった場合、入院(健和会大手町病院)・受診ができるよう出来るだけ配慮いたします。 (入院・受診の場合 病院・施設・家族との話し合いの上、決定します。)	

15、協力歯科医療機関

名称	あべやま歯科クリニック
院長名	細川 ふき子
所在地	〒800-0257 北九州市小倉南区湯川1-9-7
電話番号	093-931-4188

16、身体拘束・その他行動制限について

身体拘束について	ご利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為は行いません。 ただし、ご利用者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために、緊急やむを得ない場合には、非代替性、一時性、切迫性の検討を行い、適正な手続きにより、身体を拘束する場合があります。
----------	---

17、相談窓口・苦情対応

★サービスに関する相談や苦情について

苦情対応者	苦情解決責任者 中溝 明弘 (施設長)
	苦情受付け担当 宮田 里美 (生活相談員)
	第三者委員宿理 政子 (連絡先 090-7958-9158) 小川 有希子 (連絡先 093-742-2520)
当施設ご利用 相談室	窓口担当 山口美樹 (連絡先 093-452-1351) ご利用時間 平日 9 時 ~ 17時 日曜・祝祭日・12/30 ~ 1/3はお休みいたします。 ご利用方法 電話・面接・意見箱(玄関カウンター に設置)

★公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

小倉南区役所 保健福祉課 介護保険係	所在地 北九州市小倉南区若園5-1-2 電話番号 093-951-4111 (内線 472) フリーダイヤル 0120-268-218 対応時間 平日 8 時 30 分 ~ 17 時
福岡県国民 健康保険団体 連合会(国保連) 介護サービス相談係り	所在地 福岡市博多区吉塚本町13-47(国保会館) 電話番号 092-642-7859 FAX 092-642-7857 対応時間 平日 9 時 ~ 17 時
福岡県社会福祉協議会 福岡県運営化適正 委員会事務局	所在地 春日市原町3-1-7 クローバーフラザ4F 電話番号 092-915-3511 FAX 092-584-3354 対応時間 火 ~ 日 曜日 9 時 ~ 17 時 30 分

18、損害賠償責任保険

保険会社	あいおい損害保険(保険)
保険内容	(1) 対人賠償 1名 1億円 1事故 10億円

19、事故発生時の対応

対応について	ご家族様・保健者へ必ず連絡いたします。 事故発生前後から解決までに採った処置を記録致します。 入所者に対し、賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。 ※ただし、事業者に故意過失がなかった事を証明した場合は、この限りではありません。
保険会社	あいおい損害保険(株) 代理店 (株)宝清インターナショナル 電話 093-551-3200

20、当施設ご利用の際に留意して頂く事項

来訪・面会	面会方法は感染症の状況に応じて変更しますので、予約時にご確認ください (面会時間 9時～17時 15分程度 事前にお申し込みください)
外出・外泊	外泊・外出は感染症の状況により対応を変更しておりますので、事前にご相談ください。 (契約者、又は代理人により外泊・外出届けに記入をお願いします。)
嘱託医師以外の医療機関への受診	原則として、家族の付き添いをお願いします。(費用は実費) 家族の付き添いが困難な場合は、施設との話し合いで決定します。
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従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償して頂くことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りいたします。飲酒は出来ません。 (誕生会等の行事には、施設側で用意致します。)
迷惑行為等	騒音等他の入園者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	原則として、利用者及びご家族の管理と致します。(衣替え等) (利用者及びご家族の管理が困難な場合、施設との話し合いで決定します。)
現金の管理	原則として、利用者及びご家族の管理と致します。 (利用者及びご家族の管理が困難な場合、施設との話し合いで決定します。)
宗教活動 政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りいたします。
個人情報の 利用目的	本人及びご家族の個人情報に關しましては、ケアプラン会議・ご家族への連絡・協力医療機関との調節・行政との連携・他施設の連携・介護保険による申請・変更手続き・その他応じて利用させて頂くことに同意して頂きます。 (退所された地点で個人情報の利用は致しません。)
第三者評価	第三者評価は、実施してません。

令和 年 月 日

介護老人福祉施設サービスの開始にあたり、入居者に対して、重要事項を説明しました。

事業者

所在地 北九州市小倉南区大字春吉463番1

事業者名 特別養護老人ホーム 春吉園

代表者 中溝 明弘 ㊞

説明者 氏名 _____ 自筆

私は、施設サービスについての重要事項説明書の説明を受けました。

氏名 _____ 自筆

代理人 _____ 続柄() 自筆