

「介護老人保健施設若杉の里 短期入所療養介護」 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(福岡県指定 第4050480070号)

介護老人保健施設「若杉の里」は、ご利用者に対して短期入所療養介護サービス(以下「短期入所サービス」という)を提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、利用にあたりご留意いただきたいことを次のとおり説明します。

◇◆目次◇◆

1. 経営法人	1
2. 施設の概要	2
3. サービスの概要	4
4. サービス利用料金	5
5. 入所中の医療の提供及び医療機関への受診について	10
6. 協力医療機関	10
7. 身体拘束の禁止	11
8. 虐待の防止	11
9. 秘密保持及び個人情報の保護	11
10. 事故発生時の対応	12
11. 苦情の受付	12
12. 衛生管理及び感染症の防止	12
13. 非常災害対策	13
14. 施設利用にあたっての留意事項	13
15. 当施設の併設事業等について	14
16. 請求書及び領収書の送付先	15
17. 緊急時及び事故発生時等の連絡先	15

1. 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 恵徳会
設立年月日	昭和 53 年 7 月 4 日
所在地	福岡県糟屋郡須恵町大字上須恵112番地の3
電話番号	092-933-1600
代表者氏名	理事長 森田 公一

2. 施設の概要

(1) 施設の名称等

施設の種類	指定短期入所療養介護事業所
施設名	介護老人保健施設 若杉の里
所在地	福岡県糟屋郡須恵町大字上須恵112番地の79
電話番号	092-933-1630
FAX番号	092-933-1633
施設管理者	管理者 森田 公一

(2) 建物について

構造	鉄筋コンクリート造 5階建
延べ床面積	5,403.84㎡

(3) 短期入所療養介護の目的と運営方針

短期入所療養介護は、要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス計画にもとづき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学的管理の下における介護及びリハビリテーション、その他必要な医療並びに日常生活上の援助を行うことにより、利用者の生活の質の向上及び利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的としたサービスです。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用下さい。

【運営方針】

- ◎当施設では、ご利用者の生活の質の向上及びご利用者のご家族の身体的・精神的負担軽減の為に、居宅サービス計画等にもとづき、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他日常的に必要とされる医療並びに日常生活上の援助を行います。
- ◎当施設では、ご利用者の自己決定を最大限に保障することを基本に生活全般において、専門的なサービスを提供いたします。
- ◎当施設は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設や保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(4)療養室等の概要

区 分	療 養 室				その他設備等種類
	合 計	従来型個室	2人部屋	4人部屋	
1 階	な し				<ul style="list-style-type: none"> ・管理者室 ・事務所 ・診察室、医局 ・厨房 ・スタッフルーム ・会議室兼家族相談室
2 階	17室	4室	8室	5室	認知症専門棟 <ul style="list-style-type: none"> ・食堂 ・談話室 ・レクリエーションルーム ・デイルーム ・浴室 ・宿直室
	(40名)	(4人)	(16人)	(20名)	
3 階	13室 (32名)	な し	10室 (20名)	3室 (12名)	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練室 ・ベランダ、テラス ・談話室 ・予備室 ・研修生宿泊室
4 階	13室 (28名)	な し	12室 (24名)	1室 (4名)	<ul style="list-style-type: none"> ・食堂(3, 4階利用者) ・談話室 ・薬局 ・特殊浴槽 ・会議室兼家族介護者教室
5 階	な し				<ul style="list-style-type: none"> ・展望浴室(浴槽・脱衣室)

(5)当施設の職員体制

当施設では、利用者に対して短期入所療養介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しております。

(介護老人保健施設若杉の里入所サービスも含んだ職員配置です。)

【主な職員の配置状況】

職 種	常 勤	兼 務	非常勤	業 務 内 容
施設管理者	1名			施設運営管理の総括
医 師	1名			利用者の健康管理、保健衛生上の指導及び適切な医療処置の措置
看護職員	10名		2名	利用者の看護、保健衛生指導、介護
介護職員	27名		4名	利用者の生活全般にわたる介護
支援相談員	1名	1名		入退所についての相談・調整、利用者の生活相談等
理学・作業療法士	2名	1名		利用者の機能訓練
介護支援専門員	1名	1名		利用者の施設サービス計画の作成
薬剤師			1名	利用者に対する調剤、服薬指導
管理栄養士	1名			利用者の栄養管理、献立作成、栄養計算、食品管理及び調理指導
事務職員	3名	1名		施設の庶務及び経理

【主な職種の勤務体制】

職 種	勤務形態	勤 務 時 間	職 種	勤務形態	勤 務 時 間
管 理 者	日 勤	8:45～17:45	看 護 職	早 出	7:30～16:30
医 師	日 勤	9:00～18:00		日 勤	9:30～18:30
理学療法士 作業療法士	日 勤	8:30～17:30		遅 出	10:15～19:15
支援相談員 事務員	日 勤	8:45～17:45	介 護 職	夜 勤	16:45～ (翌朝)9:45
	遅 出	9:30～18:30		管理栄養士	日 勤
			薬剤師	半 日	9:30～16:00

※業務スケジュール等により、上記以外の勤務時間になる場合もあります。

3. サービスの概要

当施設では、ご利用者が安全に快適に生活していただけるように、以下のとおり短期入所サービスを提供します。

短期入所療養介護サービス計画の作成等

◎当施設では、概ね4日以上継続して入所される場合は、ご利用者の心身の状況・日常生活全般の状況及びその意向をふまえたうえで、サービスの目標・内容・その提供における留意点等を盛り込んだサービス計画書を作成し、これに沿ってサービスを提供いたします。

送 迎

◎下記の地域の方につきましては、必要に応じ、入退所時にご自宅までの送迎を行います。

※送迎実施地域：須恵町、宇美町、志免町、粕屋町、篠栗町、久山町、福岡市(一部)

なお、それ以外の地域でも、状況により送迎可能な場合もありますので、その都度ご相談下さい。又、送迎時間はできる範囲でご相談に応じます。

◎ご利用者の身体状況によっては、リフト車での送迎も可能です。

食 事

◎当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養ならびにご利用者の身体の状況及び嗜好等を考慮した食事を提供します。

また、朝食については、パン食も提供しておりますのでご相談ください。なお、ご利用者の嚥下や咀嚼状況等によっては、提供できない場合もあります。

◎ご利用者の状態に応じて、施設医師の指示にもとづき、療養食・栄養強化食品等を提供します。

◎ご利用者のご希望により特別な食事を提供します。希望される場合は、前もってご相談ください。内容によっては、ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。(料金は自己負担となります。)

◎ご利用者の自立支援のため、離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。ただし、ご利用者の心身の状態や希望等によっては、療養室でお

とりいただくこともできます。

◎当事業所における食事時間は、原則として以下のとおりです。

朝食 7時30分から 昼食 12時から 夕食 17時30分から

入浴

◎入浴または清拭を週2回行います。

◎身体状況等に応じて、一般浴・特殊浴槽をご利用いただけます。

排泄

◎排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

医学的管理・看護

◎医師や看護職員が、健康管理及び適切な看護等を提供します。

◎関係職種が連携し、施設全体で褥瘡(床ずれ)の予防及び感染症・食中毒の予防対策を行います。

リハビリテーション

◎理学療法士または作業療法士が、ご利用者の心身の状況に応じたリハビリテーションを行い、生活機能維持・向上に努めます。

自立への支援

◎寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。

◎清潔で快適な生活が送れるよう、また適切な整容等が行われるよう援助します。

相談援助サービス

◎ご利用者及びご家族に対する相談援助、サービス利用にかかる相談・調整等を行います。

行事・レクリエーション・サークル活動

◎適宜、レクリエーション、行事、サークル活動を企画・実施しています。

(参加の際、材料代等の実費負担が必要な場合があります。)

理容・美容

◎定期的に、理・美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。

(料金は自己負担となります。)

4. サービス利用料金

(1) 基本料金及び食費・滞在費、各種加算

次に掲げる料金表によって、ご利用者の要介護度に応じた短期入所療養介護費のうち、「②自己負担額」「③滞在費」「④食費」の合計及び加算料金等の合計をお支払い下さい。ただし、食費についての請求は、実際に食された食数での請求となります。

なお、「②自己負担額」及び各種加算は、負担割合(原則、1割から3割)に応じた金額となります。負担割合につきましては、負担割合証にてご確認ください。

【基本料金及び食費・居住費】

《多床室入所の場合》

単位：円

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
短期入所療養介護費 ※1日あたり	①サービス費(全額)	8,130	8,630	9,250	9,770	10,310	
	②自己負担額	負担割合1割の場合	813	863	925	977	1,031
		負担割合2割の場合	1,626	1,726	1,850	1,954	2,062
		負担割合3割の場合	2,439	2,589	2,775	2,931	3,093
③滞在費/1日		437					
④食費/1日		1,600 (朝:430 昼:580 夕:590)					
⑤自己負担額合計 (②+③+④) ※1日あたり	負担割合1割の場合	2,850	2,900	2,962	3,014	3,068	
	負担割合2割の場合	3,663	3,763	3,887	3,991	4,099	
	負担割合3割の場合	4,476	4,626	4,812	4,968	5,130	

《従来型個室入所の場合》

単位：円

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
短期入所療養介護費 ※1日あたり	①サービス費(全額)	7,380	7,840	8,480	9,010	9,530	
	②自己負担額	負担割合1割の場合	738	784	848	901	953
		負担割合2割の場合	1,476	1,568	1,696	1,802	1,906
		負担割合3割の場合	2,214	2,352	2,544	2,703	2,859
③滞在費/1日		1,728					
④食費/1日		1,600 (朝:430 昼:580 夕:590)					
⑤自己負担額合計 (②+③+④) ※1日あたり	負担割合1割の場合	4,066	4,112	4,176	4,229	4,281	
	負担割合2割の場合	4,804	4,896	5,024	5,130	5,234	
	負担割合3割の場合	5,542	5,680	5,872	6,031	6,187	

《特定介護老人保健施設短期入所療養介護の場合》

常時看護職員による観察を必要とする難病等を有する重度者又はがん末期の方の
日帰りによる短期入所サービス利用の場合

単位:円

		3時間以上 4時間未満	4時間以上 6時間未満	6時間以上 8時間未満	
短期 入所 療養 介護 費 ※1日あたり	①サービス費(全額)	6,640	9,270	12,960	
	②自己負担額	負担割合 1割の場合	664	927	1,296
		負担割合 2割の場合	1,328	1,854	2,592
		負担割合 3割の場合	1,992	2,781	3,888
③滞在費/1日		多床室	437		
		従来型個室	1,728		
④食費/1日		1,600 (朝:430 昼:580 夕:590)			
⑤自己負担額合計 (②+③+④) ※1日あたり	負担割合 1割の場合	多床室	2,701	2,964	3,333
		従来型個室	3,992	4,255	4,624
	負担割合 2割の場合	多床室	3,365	3,891	4,629
		従来型個室	4,656	5,182	5,920
	負担割合 3割の場合	多床室	4,029	4,818	5,925
		従来型個室	5,320	6,109	7,216

《備考》

以下の厚生労働省が定めた理由に該当する場合は、従来型個室入所であっても多床室での請求となります。

- ①感染症等により、従来型個室の利用が必要であると医師が判断した場合。
- ②著しい精神症状等により、同室の他の利用者の心身の状況に重大な影響を及ぼす恐れがあり、従来型個室の利用が必要と医師が判断した場合。

【各種加算(日額)】

《基本加算》

項 目	自己負担額			適 用
	1割負担	2割負担	3割負担	
サービス提供体制 強化加算 ※1項目のみ加算	22 円	44 円	66 円	介護福祉士80%または勤続10年以上の介護福祉士35%以上
	18 円	36 円	54 円	介護福祉士60%以上
	6 円	12 円	18 円	介護福祉士50%以上、常勤職員75%以上、勤続7年以上30%のいずれかに該当
夜勤職員配置加算	24 円	48 円	72 円	利用者20名に対して1名以上の夜勤職員配置による加算
介護職員等処遇 改善加算 ※加算要件を満たした場 合にいずれか1項目のみ	(I)	7.5%		介護職員及びその他の職員の 処遇改善に伴う加算 ※介護報酬単位数の合計数に乗じます。
	(II)	7.1%		
	(III)	5.4%		
	(IV)	4.4%		

《個別加算》

※療養食加算は1回あたり、送迎加算は片道あたりの額

項 目	自己負担額			適 用
	1割負担	2割負担	3割負担	
認知症ケア加算(※1)	76 円	152 円	228 円	認知症専門棟入所でのグループケア実施に伴う加算
療養食加算 ※1日に3回を限度とする	8 円	16 円	24 円	施設医師の指示により、療養食を提供した場合
緊急時治療管理加算 ※1月に1回(連続する3日間まで)	518 円	1,036 円	1,554 円	施設内での緊急時対応(投薬・検査・注射・処置等)
送迎加算	184 円	368 円	552 円	入退所時に施設にて自宅までの送迎を行った場合
緊急短期入所受入加算(※2) ※開始日より7日間まで	90 円	180 円	270 円	居宅介護支援事業所が必要と認めた場合の緊急時の短期入所受入れ

・(※1)の加算は、特定介護老人保健施設短期入所療養介護には該当しません。

《備考》

- ・各加算は、事業所が厚生労働省の定める加算要件を満たした場合に加算されます。
 - ・サービス利用料金表の滞在費(③)及び食費(④)について、負担限度額認定を受けている場合は、認定証に記載された負担限度額が実際の負担額となります。
- なお、負担限度額認定を受けるには、お住まいの市町村介護保険担当窓口への申請が必要です。

【負担限度額認定を受けている場合の負担額(日額)】

負担段階	収入等の要件	資産要件(預貯金等)	負担限度額(日額)		
			滞在費		食費
			多床室	従来型個室	
第1段階	<ul style="list-style-type: none"> ・生活保護受給者 ・住民税非課税世帯(別世帯の配偶者・内縁の配 ・偶者も非課税であること) ・老齢福祉年金受給者 	<ul style="list-style-type: none"> ・単身:1,000万円以下 ・夫婦合計:2,000万円以下 	0円	550円	300円
第2段階	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の合計所得金額+年金収入額が80万円以下 	<ul style="list-style-type: none"> ・単身:650万円以下 ・夫婦合計:1,650万円以下 	430円	550円	600円
第3段階①	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の合計所得金額+年金収入額が80万円超120万円以下の方 	<ul style="list-style-type: none"> ・単身:550万円以下 ・夫婦合計:1,550万円以下 	430円	1,370円	1,000円
第3段階②	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の合計所得金額+年金収入額が120万円超の方 	<ul style="list-style-type: none"> ・単身:500万円以下 ・夫婦合計:1,500万円以下 	430円	1,370円	1,300円

(2) その他の料金

項目	金額	適用
教養娯楽費	100円/日	クラブ活動の一環として行う諸活動の材料費など
日用品費	50円/日	ティッシュペーパー、歯磨き粉、歯ブラシ、電池、イヤホン等をご希望の場合。 ※その他、個人用として新聞、雑誌等の購入をご希望の場合は、別途実費徴収となります。
私物の洗濯代	実費	利用者のご希望により、衣類等の洗濯を行う場合。 ※衣類1kgあたり363円(税込) ただし、クリーニングは、別途実費となります。
貸テレビ使用料	50円/日	利用者のご希望により、テレビを貸し出した場合。 ※テレビにかかる電気代含む。
特別な食事代	実費	個人の希望で特別な食事を提供する場合の食事代
理・美容代	実費	800円～5,600円程度 (丸刈り800円、パーマ5,600円、カット1,600円～等)
電気使用料	50円/日	暖房器具(電気あんか、電気毛布)等使用される場合
健康管理費	実費	インフルエンザ予防接種等をご希望された場合
行事費	実費	ショッピング、バス外出等の際にかかる費用

※その他、買い物、医療機関受診にともなう自己負担金が発生した場合も、利用料と一緒に請求させていただきます。

(3) 支払いについて

◎計算方法等

- ・前記の(1)(2)の料金を1ヶ月ごとに計算し、当該合計額を翌月10日までにご請求しますので、その月の末日(口座引落しの場合は原則22日)までにお支払い下さい。
- ・請求書及び領収書は、ご利用者及び身元引受人が指定された方(重要事項説明書第16項に記載された方)に対して送付いたします。

◎支払いの方法

①事務所窓口での現金払い

- ・時間:8:45～17:45 ※365日支払可能です。

②銀行振込による支払い

- ・振込先は、西日本シティ銀行の指定口座となります。口座番号等は、請求書に記載していますのでご確認の上、お振込みください。
- ・振込の場合は、ご利用者名がわかるように明記してください。
- ・振込にかかる手数料等は、ご利用者の方の負担となりますのでご了承下さい。

③口座引落し

- ・あらかじめお手続きいただいた口座より自動引落としとなります。引落日が22日(土日祝日等、金融機関が休みの場合は翌営業日)となりますので、前日までにご入金をお願い致します。

◎領収書について

利用料のお支払をされますと領収書を発行します。領収書は、高額介護サービス費、高額介護合算療養費等の申請に必要な場合がありますので、大切に保管して下さい。

(4) 利用料の滞納について

ご利用者及び身元引受人が、前記(1)(2)の料金・を滞納された場合、当施設は、ご利用者、または身元引受人に対しその支払いを督促します。なお、3ヶ月分以上の料金を滞納され、その支払いを督促したにもかかわらず、7日間以内に支払っていただけない場合は、以後、当施設のご利用をお断りさせていただくことがありますのでご注意ください。

なお、身元引受人の負担は、極度額100万円を限度とします。

(5) 利用料の減額または免除

当施設は、社会福祉法人で経営していますので、低所得の方でサービス利用料金の支払いが困難な場合は、サービス利用料金の減額、または免除の制度があります。詳細は、支援相談員までご相談下さい。

5. 入所中の医療の提供及び医療機関受診について

介護老人保健施設は、医療機関での入院治療を必要としない病状安定期にある要介護者の方に入所していただく施設です。従って、その間の日常的な医学的管理(投薬、健康管理等)は当施設で対応しますので、原則として、医療機関へ受診することはできません。

ただし、病状が悪化された場合等施設での対応が困難な場合は、当施設医師の判断にて医療機関へ受診あるいは入院していただく場合があります。その際、ご家族の付き添いをお願いする場合がありますのでご協力下さい。

なお、医療機関に入院された場合、入院された時点で短期入所療養介護の利用は終了となりますのでご了承下さい。また、その場合は、担当の居宅介護支援事業所の介護支援専門員にもご連絡下さい。

6. 協力医療機関

当施設は、下記の医療機関にご協力いただいております。

《協力医療機関》

医療機関名	医療法人 栄光病院
所在地/TEL番号	糟屋郡志免町別府西3丁目8番15号 / 092-935-0147

医療機関名	医療法人 福岡青洲会病院
所在地/TEL番号	糟屋郡粕屋町大字長者原800番地の1 / 092-939-0010

医療機関名	医療法人 篠栗病院
所在地/TEL番号	糟屋郡篠栗町大字尾仲94番地 / 092-947-0711

《協力歯科》

医療機関名	吉川歯科医院
所在地/TEL番号	糟屋郡須恵町大字須恵337番地 / 092-933-0158

《協力訪問歯科》

医療機関名	ミント歯科クリニック 大野城
所在地/TEL番号	大野城市錦町4-4-1 大野城サティ2F / 092-573-8111

7. 身体拘束の禁止

当施設は、原則として、サービスの提供にあたり「身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為」を行いません。但し、ご利用者または他ご利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない状況においては、一時的にご利用者の行動を制限させていただく場合がありますのでご了承下さい。

◎当施設では、「身体拘束廃止マニュアル」「身体拘束等の適正化のための指針」を整備・活用し、常に「身体拘束ゼロ」を目指して努力します。

◎身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。

◎緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の対応

- ・自傷他害等の緊急やむを得ない状況に陥ることが予見される場合は、ご利用者またはご家族にその状況を事前に説明し理解を得ます。
また、その後実際に身体拘束が必要となった場合は、ご利用者またはご家族に対して説明を行い承諾を得ます。その際、日時、態様、心身の状況、緊急やむを得ないと判断した理由等をきちんと記録します。
- ・身体拘束を行っている期間も、常にご利用者の心身状況を把握し、適宜その必要性について検討します。その結果、必要性がなくなると判断した場合は、速やかに身体拘束を解除します。

8. 虐待の防止

当施設は、虐待の発生またはその再発を防止するため、下記に掲げる措置を講じることとします。

◎虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。

◎虐待の防止のための指針を整備します。

◎介護職員その他の従業者に対し、定期的な虐待の防止のための研修を実施します。

◎上記を適切に実施するための担当者を定めます。

◎当施設は、サービス提供中に、当該施設職員又は養護者(ご利用者のご家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村(介護保険者)に通報します。

9. 秘密保持及び個人情報の保護

当施設及び職員は、業務上知り得たご利用者、身元引受人またはそのご家族等の個人情報については、利用者または第三者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、第三者に漏らすことはありませんのでご安心ください。また、この取扱いは、契約終了後も同様とします。

なお、別途、「個人情報の使用にかかる同意書」によりあらかじめ同意を得たうえで、市町村や居宅支援事業者等との連絡調整等のため、必要最小限の範囲内で個人情報を使用、提供、収集する必要がある場合があります。

10. 事故発生時の対応

- (1) 当施設では、サービスの提供による事故が発生した場合は、速やかにご利用者及び身元引受人が指定された方(重要事項説明書第17項に記載された方)に連絡をします。また、事故の内容、状況によって、ご利用者の保険者が指定する行政機関等に対して連絡する場合があります。
- (2) 当施設では、事故発生時の対応及び事故発生防止のための指針を整備します。
- (3) 当施設では、事故が発生した場合は、速やかに発生の要因等を分析し、その改善策を講じ、職員に周知徹底させます。
- (4) 当施設は、事故防止のための定期的な委員会及び研修を行います。

11. 苦情の受付

当施設では、受け付けた苦情・要望に対して、迅速かつ誠実な対応をし、ご利用者が快適な短期入所サービスを受けることができるように努めます。

(1) 当施設における苦情の受付

◎当施設における苦情やご要望等の相談は、下記の職員が受け付けます。

- ・苦情受付担当者 杷野 恵理子(支援相談員)
- ・若杉の里 Tel/fax 092-933-1630/092-933-1633

◎その他、当施設は、各階に「意見箱」を設置していますのでご利用下さい。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

◎当施設以外にも下記行政機関等でも苦情等のお申し出ができます。

広域連合粕屋支部	(所在地) 福岡県糟屋郡久山町大字久原3168-1 (Tel番号) 092-652-3111 (fax番号) 092-652-3106
国民健康保険団体連合会 (介護サービス相談窓口)	(所在地) 福岡県福岡市博多区吉塚本町13-47 (Tel番号) 092-642-7859 (fax番号) 092-642-7857
福岡県運営適正化委員会 (福岡県社会福祉協議会)	(所在地) 福岡県春日市原町3丁目1番地7 (Tel番号) 092-584-3377 (fax番号) 092-584-3790

◎また、管轄の保険者(市区町村の介護保険担当窓口)にご相談することもできます。

管轄の市区町村及びその連絡先は以下のとおりです。

須恵町役場 福祉課	(所在地) 糟屋郡須恵町大字須恵771番地 (Tel番号) 092-933-6579
--------------	---

12. 衛生管理及び感染症の防止

- (1) 当施設は、食中毒や感染症の発生防止に万全を期し、ご利用者の使用する施設、設備等に対する衛生管理に努め、医薬品や医療用具の管理を適切に行います。
- (2) 万が一、感染症等が発生した場合は、「感染症防止マニュアル」に沿って対策を講じ、蔓延防止に努めます。
- (3) 当施設では、感染症の発生予防及び蔓延防止のための定期的な委員会及び研修を行います。

13. 非常災害対策

当施設は、規定にもとづき、非常災害の防止とご利用者の安全確保に努めます。また非常災害に備えるため、定期的に避難・救出、その他必要な訓練を行います。

14. 当施設利用にあたっての留意事項

当施設のご利用にあたり、施設に入所されている利用者の療養生活の場としての快適性、安全性を確保するために、下記の事項をお守り下さい。

(1) 面会

- 面会時間は、原則として8:45～20:30までとなっています。
- 面会の際は、各階に備えつけの面会簿にご記入ください。
- 他の利用者の妨げとなるような多人数、飲酒後の面会はお断りいたします。
- 飲食物の持ち込みについては、食中毒や誤嚥(誤ってものを飲み込むこと)等の恐れがありますので、下記の点についてご協力下さい。
 - ・飲食物をご持参された場合は、必ず職員までお声かけ下さい。
 - ・お刺身等の生ものは、ご遠慮下さい。
 - ・いたみやすい食品(果物、生菓子など)が残った場合は、必ずお持ち帰りください。

(2) 施設・設備の使用上の注意

- 療養室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、弁償していただく場合がありますのでご了承下さい。

(3) 施設利用上の利用者及びご家族等の義務

ご利用者及びご家族等は、施設を利用する上で次のことを遵守していただきます。

○ご利用者及びご家族の禁止事項

- ①職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)
例) コップを投げつける／蹴る／唾を吐く
- ②職員に対する精神的暴力(個人の尊厳や人格を、言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為)
例) 大声を発する／怒鳴る／特定の職員に嫌がらせをする
「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する
- ③職員に対するセクシャルハラスメント(意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的いやがらせ行為)
例) 必要もなく手や腕を触る／抱きしめる／あからさまに性的な話をする
- ④職員又は他の利用者に対するハラスメントその他の迷惑行為、宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑤決められた場所以外での喫煙
- ⑥決められた以外の物の持ち込み

(4) 所持品の持ち込み、管理

- 所持品には必ず名前(フルネーム)を記入してください。
- ナイフ、刃物等の危険な品物は持ち込まないでください。

○金銭・貴重品の持ち込みはできるだけお控え下さい。

なお、ご利用者の不注意により、所持品が紛失・破損した場合には、一切の責任を負いませんのでご了承ください。

(5) 飲酒

○飲酒は、誕生会等の諸行事の時に限られます。

(6) 保険証の管理等

○ご利用の際は、介護保険被保険者証、負担割合証のご提示をお願い致します。

○滞在費・食費の負担限度額認定証をお持ちの方は、事務所にご提示下さい。ご提示がない場合、負担限度額の確認ができず、通常のコストをお支払いいただくこととなりますのでご注意ください。

○服用中のお薬について

利用期間中は、医療機関からお薬をもらうことができません。従って、服用中のお薬がきれた場合は、原則として、施設医師の処方により、施設に準備しているお薬をお出しすることとなりますのでご了承ください。また、服用中のお薬の名前・内容等がわかる書類がありましたら、入所の際にご持参下さい。

○短期入所サービスを繰り返しご利用される場合で、ご利用者の心身等の状況やご家族状況（連絡先等）が前回までと変わった場合などは、その都度お知らせ下さい。

15. 当施設の併設事業等

当施設を運営する法人では、併せて次の事業を実施しています。

事業の種類	事業所の名称
介護予防短期入所・短期入所療養介護	介護老人保健施設 若杉の里(福岡県指定 第4050480070号)
介護老人保健施設(入所)	介護老人保健施設 若杉の里(福岡県指定 第4050480071号)
指定介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム 恵昭園(福岡県指定 第4074100043号)
短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護	特別養護老人ホーム 恵昭園(福岡県指定 第4074100043号)
指定地域密着型介護老人福祉施設	アネックス 恵昭園 (第4094100031号)
地域密着型短期入所生活介護	アネックス 恵昭園
地域密着型介護予防短期入所生活介護	(第4074100316号)
養護老人ホーム	双 葉
指定介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム なの国(福岡市指定 第4071203220号)
短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護	特別養護老人ホーム なの国(福岡市指定 第4071203220号)
短期入所生活介護/介護予防短期入所生活介護	ショートステイ なのくに(福岡市指定 第4071203220号)
通所介護・介護予防通所介護	デイサービスセンター なのくに(福岡市指定 第4071203238号)
訪問介護事業	ホームヘルパーステーション なのくに
介護予防訪問介護	(福岡市指定 第4071203253号)
居宅介護支援事業	ケアプランセンター なのくに(福岡市指定 第4071203246号)
サービス付き高齢者住宅	まほろばの里 なの国

16. 請求書及び領収書の送付先

当施設は、短期入所サービス利用料金の請求書及び領収書を下記の方に送付いたします。

氏名(続柄)	()
住 所	〒
電話番号	

17. 緊急時及び事故発生時の連絡先

当施設は、短期入所サービスを提供中、ご利用者に事故が発生した、あるいは状態が急変された場合等は、下記の方に連絡します。

【第一連絡先】

氏名(続柄)	()
住 所	〒
電話番号	

【第二連絡先】

氏名(続柄)	()
住 所	〒
電話番号	

【説明確認欄】

年 月 日

本契約締結にあたり、本書面にもとづき重要事項の説明を行いました。

介護老人保健施設 若杉の里

説 明 者 所 属

氏 名

印

本契約締結にあたり、本書面にもとづき重要事項の説明を受け、内容を理解のうえ同意します。

利 用 者 氏 名

印

身元引受人(続柄) 氏 名

()印