

ムーンシャドウ ショートステイサービス 重要事項説明書

1 事業所の概要

(1) 運営に関する事項

事業所名	ムーンシャドウ ショートステイサービス
所在地	福岡市南区柳瀬一丁目15番1号
介護保険事業所番号	福岡市指定 4071104436 号
サービス提供責任者及び連絡先	石井 祐司 (092) 558-2033
サービス提供地域	福岡市(南区・城南区・博多区・中央区)・春日市・那珂川市・大野城市及びその他の地域

(2) 利用人員および設備の概要

設備の概要	利用定員	～ 20名	浴室
	居室	～ 全室個室	一般浴完備
	トイレ・洗面	～ 居室内完備	特殊浴完備

2 事業所の職員体制

(1) 短期生活介護(施設基準に準ずる)

平成26年 9月 1日現在

	介護支援専門員		生活相談員		看護職員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤	1	0	2	0	6	0
非常勤	1	0	0	0	0	0

	介護職員		機能訓練指導員		(管理)栄養士	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤	46	0	1	1	1	1
非常勤	3	0	0	0	0	0

(2) 職務内容

○生活相談員 ～ 利用者の日常生活上の相談に応じ、支援を行います。

○看護職員 ～ その日一日の健康チェックから始まり、日常の健康管理を行っています。

○介護職員 ～ 送迎・入浴・食事・排泄・レクリエーションなどを業務としています。

○機能訓練指導員 ～ 個別リハビリから集団リハビリなどを中心に行っています。

○管理栄養士 ～ 食事の献立作成及び栄養ケアを担当します。

3 サービス提供時間及び事業実施地域

(1) 通常の事業の実施地域

福岡市《南区・城南区・博多区・中央区》・春日市・大野城市・那珂川市及びその他の地域

(2) 営業日及び営業時間

営 業 日	年中無休
受 付 時 間	日～土《祝日》 8：30～17：00
サービス提供時間	24時間

(3) 送迎時間【短期入所生活介護】

送迎コース及び居住地により送迎時間が異なりますので、担当職員と打ち合わせの上、お知らせいたします。

4 サービスの概要

(1) 食事

食事準備、介助を行います。又、当事業所では、管理栄養士の立てる献立により栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

○ 朝食 8：00～

○ 昼食 12：00～

○ 夕食 18：00～

※ ご利用者の心身状態等により、食事時間は前後することがあります。

(2) 介護

着替え介助・排泄介助・オムツ交換・体位交換・施設内移動の付き添い介助等の介護を行います。

(3) 機能訓練

機能訓練指導員によりご利用者の身心等の状況に応じて、日常生活を送る上で必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

(4) 入浴

入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴を使用した入浴が出来ます。

週2回を基本としています。身体状況に応じて特別浴又は清拭となる場合があります。

(5) レクリエーション

身体状況に応じてその方にあったグループレクリエーションを実施します。(歌・貼り絵・塗り絵・小物作り等)

5 当施設のサービスの方針等

- (1) お客様の人権とプライバシーを尊重した、福祉サービスの提供と質の向上に努める。
- (2) 地域ニーズにあった選ばれる施設として、安心で快適な生活を提供する。
- (3) 福祉の拠点として教育研修も出来る、質の高い人材育成を目指す。

6 非常災害時対策

事業者は、非常防止と入所者・利用者の安全を図る為、別に定める防災に関する規定に基づき、常に入所者・利用者の安全確保に努めるとともに、非常災害に備えるため、定期的に非難、救出その他の必要な訓練を行うものとします。

<災害時の対応>

別途定める「特別養護老人ホーム ムーンシャドウ 消防計画」にのっとり迅速に対応いたします。

(近隣との協力関係)

福岡市南区自衛消防隊連絡協議会と連絡・情報交換等を行っています。当苑理事、評議員(地域住民)により、消防計画等を地域住民の皆様へ周知・啓蒙を図っております。

(平常時の訓練)

別途定める「特別養護老人ホーム ムーンシャドウ 消防計画」にのっとり、毎月定期的に行う、職員消防自主防災訓練や入所者・在宅利用者の方々に参加していただき年2回以上所轄消防署指導による日昼・夜間の火災や非常事態を想定した総合防火訓練を実施しています。

7 相談窓口・苦情対応

- (1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 担 当 者； 石井 祐司
受 付 責 任 者； 林田 和幸
苦情解決責任者；管 理 者 上 志 羽 憲
TEL (092)558-2033 / FAX (092)558-2035

○第 三 者 委 員 草場 猛

特別養護老人ホーム 油山福祉の里

TEL (092)861-8788

廣田 一幸(福岡市老人福祉施設協議会副会長)

〒814-0143 福岡市城南区南片江四丁目14番1号

TEL (092)861-3111

○受 付 時 間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

博多区保健福祉センター 福祉・介護保険課	所 在 地 福岡市博多区博多駅前二丁目19-24 電話番号 (092)419-1081 FAX (092)441-1455
中央区保健福祉センター 福祉・介護保険課	所 在 地 福岡市中央区大名二丁目 5-31 電話番号 (092)718-1102 FAX (092)771-4955
南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	所 在 地 福岡市南区塩原三丁目 25-3 電話番号 (092)559-5125 FAX (092)512-8811
城南区保険福祉センター 福祉・介護保険課	所 在 地 福岡市城南区鳥飼六丁目 1-1 電話番号 (092)833-4102 FAX (092)822-2133
春日市役所高齢課	所 在 地 福岡県春日市原町三丁目 1-5 電話番号 (092)584-1111 FAX (092)584-3090
大野城市役所 健康福祉部介護サービス課	所 在 地 福岡県大野城市曙町二丁目2-1 電話番号 (092)580-1860 FAX (092)573-8083
那珂川市役所 高齢者支援課	所 在 地 福岡県那珂川市西隈一丁目 1-1 電話番号 (092)953-2211 FAX (092)953-0688
太宰府市役所 健康福祉部介護保険課	所 在 地 福岡県太宰府市観世音寺一丁目 1-1 電話番号 (092)921-2121 FAX (092)921-1601
筑紫野市役所 健康福祉部高齢者支援課	所 在 地 福岡県二日市西一丁目 1-1 電話番号 (092)923-1111 FAX (092)923-5391
福岡県国民健康保険 団体連合会	所 在 地 福岡市博多区吉塚本町 3 番 47 号 電話番号 (092)642-7859 FAX (092)642-7857
福岡県社会福祉協議会 (福岡県高齢者総合相談センター)	所 在 地 春日市原町三丁目1番7号 電話番号 (092)935-3521 FAX (092)915-3512

(3) 養介護施設における虐待に関する行政の相談窓口

福岡市保健福祉局 事業者指導課	所在地 福岡市中央区天神一丁目8-1 電話番号 (092) 711-4257
--------------------	---

(4) 苦情解決の手順

- 施設内の掲示やパンフレット等の配布により入所者に対し、苦情解決の仕組みについて周知します。
- 苦情受付窓口担当者は、入所者からの苦情受付に際し、書面に記録し、その内容について苦情申出人に確認します。

(5) 苦情受付の報告確認と対応

- 申出人が第三者委員への報告を拒否される場合以外は、苦情受付窓口担当者は、第三者委員に報告し必要な対応を行います。

8 個人情報に使用について

(1) 使用する目的

- 事業者が介護保険法に関する法令に基づき私に行う短期入所介護サービスを円滑に実施する為、担当者会議において、又は私が利用する他のサービス事業者等と情報の共有が必要な場合に使用いたします。

(2) 使用にあたっての条件

- 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で、必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れる事のないよう細心の注意を払います。
- 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等を記録いたします。

(3) 個人情報の内容

- 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、事業者がサービスを提供するために必要最小限な利用者や家族個人に関する情報
- その他の情報

9 当法人・事業所の概要

(1) 法人（事業者）概要

法人名 社会福祉法人 徳和会

法人所在地 福岡市南区和田四丁目16番1号
電話番号 (092) 512-0668
代表者氏名 理事長 村松 和彦
設立年月 平成 3年10月18日

(2) 事業所

事業所名 ムーンシャドウ ショートステイサービス
事業所の所在地 福岡県福岡市南区柳瀬一丁目15番1号
電話番号 (092) 558-2033
事業所長(管理者)氏名 上 志 羽 憲
開設年月 平成26年 9月 1日
その他の事業 介護老人福祉施設
居宅介護支援事業所

10 緊急時の対応

- (1) サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、緊急機関、居宅介護支援事業者・市町村に連絡します。

医療機関等	病 院 名	
	主 治 医	
	電話番号	() -
緊 急 時 連絡先①	氏 名	【続柄 】
	住 所	
	電話番号	() -
緊 急 時 連絡先②	氏 名	【続柄 】
	住 所	
	電話番号	() -

- (2) 緊急を要する時、家族又は上記の機関に連絡が取れなかった場合は、以下の協力病院に連絡を行い対応させていただきます。

医療機関	病 院 名	: 福岡徳洲会病院
	所 在 地	: 福岡県春日市須玖北四丁目5番地
	電話番号	: (092) 573-6622

11 その他

- (1) 当契約書及び介護保険法などの関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重して、利用者と事業者・事業所の協議により定めます。
- (2) 当契約書は、介護保険法に基づくサービス及び同一種類の介護保険外サービス(利用限度額を超えるサービス)を対象としたものであるため、利用者がこれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約するものとします。
- (3) 第三者評価の実施状況について

第三者による評価の実地状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

当事業者は、利用者及び代筆者【代理人】に対して、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の内容及び重要事項についてご説明しました。

令和 年 月 日

<事業者>

住 所 福岡市南区柳瀬一丁目15番1号
法 人 名 社会福祉法人 徳和会
事業所名 ムーンシャドウ ショートステイサービス
事業所番号 福岡市指定 第4071104436号
代表者名 理事長 村 松 和 彦 印

<説明者>

役職（職種） :
氏 名 : 印

私は、短期入所生活介護を利用するにあたり、サービス内容説明書・重要事項説明書に基づいて、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の内容及び重要事項の説明を受け、これらを十分理解した上で、その内容に同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

氏名 印

※ 利用者代理人による代筆の場合、代理人の氏名を併記すること。

<代理人>

氏名 印