

# 「特別養護老人ホーム作東寮（予防）短期入所生活介護」

## 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。  
(岡山県指定 3373700883号)

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」もしくは「要支援」と認定された方が対象となります。

### 1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある利用者に対し、適正な（予防）短期入所生活介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービス提供します。また、関係市町村、保健・医療・福祉サービスと連携を図り総合的なサービス提供に努めます。

### 2. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 幸輝会
- (2) 法人所在地 岡山県岡山市中区国府市場 9 8 5 - 1
- (3) 電話番号 0 8 6 - 2 7 5 - 0 2 2 0
- (4) 代表者氏名 理事長 國富 隆夫
- (5) 設立年月 昭和 4 7 年 4 月 1 日

### 3. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定（予防）短期入所生活介護事業所・平成 2 9 年 1 0 月 1 日指定  
岡山県 3373700883 号  
※当事業所は特別養護老人ホーム作東寮に併設されています。
- (2) 事業所の名称 特別養護老人ホーム作東寮
- (3) 事業所の所在地 岡山県美作市川北 1 0 8 9
- (4) 電話番号 0 8 6 8 - 7 5 - 0 0 4 1
- (5) 事業所長氏名 芦田 誠
- (6) 開設年月 平成 2 9 年 1 0 月 1 日
- (7) 営業日及び営業時間

|      |                      |
|------|----------------------|
| 営業日  | 年中無休（日曜は事務所が閉まっています） |
| 受付時間 | 8：30～17：30           |

- (8) 利用定員 3 人
- (9) 通常の事業実施地域 美作市

#### (10) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。

| 居室・設備の種類 | 室数   | 備考        |
|----------|------|-----------|
| 2 人部屋    | 1 室  |           |
| 1 人部屋    | 1 室  |           |
| 合 計      | 2 室  |           |
| 食堂       | 1 ヶ所 |           |
| 機能訓練室    | 1 ヶ所 |           |
| 浴室       | 1 室  | 機械浴槽・普通浴槽 |
| 医務室      | 1 室  |           |

#### (11) 従業者の体制

事業所では、利用者に対して（予防）短期入所生活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います。

| 職種           | 常勤換算    | 指定基準 |
|--------------|---------|------|
| 1. 事業所長（管理者） | 1 名     | 1 名  |
| 2. 介護職員      | 1 4 名以上 | 1 名  |
| 3. 生活相談員     | 1 名以上   | 1 名  |
| 4. 機能訓練指導員   | 1 名     | 1 名  |
| 5. 介護支援専門員   | 1 名以上   | 1 名  |
| 6. 医師        | 嘱託 1 名  | 必要数  |
| 7. 栄養士       | 1 名     | 1 名  |

#### 4. サービスの内容

##### (1) 基本サービス

###### ① （予防）短期入所生活介護計画の作成

利用期間が 4 日間以上の場合、利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、（予防）短期入所生活介護計画を作成し、その内容を利用者及びその家族に説明、交付し同意を得ます。

###### ② 食事

食事は利用者の摂取状況、医師の指示等に応じて提供いたします。

###### ③ 入浴

週に 2 回入浴していただけます。ただし、利用者の体調等により、回数減又は清拭となる場合があります。

###### ④ 介護

（予防）短期入所生活介護計画に沿った介護を行います。

- ・ 更衣、排泄、食事、入浴等の介助
- ・ 体位変換、シーツ交換、事業所内の移動の付き添い等

###### ⑤ 機能訓練 日常生活動作の維持又は向上に努めます。

###### ⑥ 生活相談 生活相談員をはじめ従業員が日常生活等の相談に応じます。

⑦ 健康管理

利用中の医療機関の受診は、基本的にご家族に対応していただきます。ただし、ご利用中必要に応じて嘱託医に受診する場合があります。

⑧ 送迎

ご希望に応じて原則、月～金曜日（土曜日、日曜日は除く）の間に自宅、事業所間の送迎を行います。12/28～1/3・悪天候・職員研修時には送迎を行っておりません。

(2) その他のサービス

① 理美容

1ヶ月に2回程度、理美容の機会を設けております。利用期間中に行われる場合で、ご希望の方は申出ください。（理美容代金が必要です）

② レクリエーション

事業所での行事、レクリエーションに参加いただけます。（自己負担がかかるものもあります。）

5. 利用料金

(1) 基本料金・加算・食費・滞在費については別紙参照

(2) 事業実施地域をこえた送迎費

実施地域を越えて、片道1キロメートルあたり50円を実費として徴収します。

(3) 理美容代 実費（理美容事業者へ支払い）

(4) 行事、レクリエーション費：実費

6. サービス利用に当たっての留意事項

① 利用者の体調に変化があった際には事業所へお知らせください。

② ご利用前に、身体状況に不安があり、医師からの指示等がある方は事前に担当介護支援専門員にご相談してからご利用下さい。

③ 利用者は、事業所内の器具等を利用される際には職員へお知らせください。

④ 常備薬については、個人で管理できない場合は施設で管理いたします。

⑤ メガネ、補聴器等は基本的に身に付けている物なので、施設では管理出来かねます。

⑥ 義歯については、夕食後に口腔ケアでお預かり致しますが、それ以外は個人の管理とさせていただきます。

⑦ 利用中の急変、転倒、受診等については、ご家族・代理人に連絡は入れますが、19時～翌朝7時までの間については、看護職員が不在のため、緊急事以外は様子観察となりますので、連絡等は翌朝になります。

⑧ 定期的に施設をご利用の予定がある方は、施設利用料金の支払いについては、毎月口座から引き落としをさせていただきますので、口座振替申込書を提出して下さい。

⑨ 窓口での受付、現金取り扱いは月曜日から金曜日まで、8時30分～17時30分までです。（原則現金については小口現金のみ）

⑩ 面会日時は毎日ですが、8時30分～17時30分までです。

⑪ ご利用者同士の金銭、食べ物等のやりとりは、ご遠慮ください。

## 7. 緊急時の対応について

利用者の体調急変などの緊急時には、主治医、家族、各関係機関への連絡等、適切な対応をいたします。連絡方法については、第一にキーパーソン（最優先連絡先）の方にご連絡を入れます。（連絡がつかない場合には次のキーパーソンの方にご連絡を入れます）キーパーソンの方と協議の上、主治医・医療機関へ連絡を入れます。キーパーソンの何方ともご連絡がつかない場合は、主治医に連絡し指示を仰ぎます。キーパーソンの方に変更があった場合は速やかに事業所へご連絡ください。

## 8. 非常災害時対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、計画に基づき年2回利用者及び従業員の訓練を行います。

## 9. 事故発生時の対応について

- （1）利用時、送迎時に事故発生の場合には、介護者（ご家族）、主治医、各関係機関と連携を取りながら速やかな対応をいたします。
- （2）利用者の家族、関係する居宅介護支援事業所、市町村に対して速やかに連絡等を行います。
- （3）事故発生時の状況を調査分析し、再発防止策を講じるものとする。
- （4）施設内外では、安全に関して最善の注意を払っておりますが、ご自分での転倒、骨折、頭蓋内損傷、外傷等、又は加齢や認知症により、水分や食べ物を飲み込む力が低下しての誤嚥、誤飲、窒息等、脳や心臓の疾患等による急変、急死等については損害賠償の対象外になります。
- （5）事後対応等で双方の了解が得られない場合は、法人・施設・事業所は、利用者本人と代理人を窓口として対応させていただきます。

## 10. 守秘義務に関する対策

（予防）短期入所介護サービスを提供する上で知り得た情報は、医療上、緊急の必要性がある場合、もしくは提供サービスの向上のための担当者会議及び適切な介護サービスを行ううえで必要となる情報交換等を除き、正当な理由なく第三者に個人情報を漏らすことはありません。また、退職後に漏らす事はありません。

## 11. 身体拘束の禁止および適正化の推進

原則として、入居者様の自由を制限するような身体的拘束を行なわないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には、その適正化を図るため、以下に掲げる措置を講じます。

- ①身体的拘束等を行う場合には、事前に入所者様及びそのご家族様へご説明をし、同意を得ることとします。
- ②身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者様の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

- ③身体的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、介護職員その他従業者に周知徹底を図ります。
- ④身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
- ⑤介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

## 12. 苦情の受付について

### (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）                      平田 健      （生活相談員）
- 苦情解決責任者                                  芦田 誠      （施設長）
- 第三者委員                                      菊池 毅      （社会福祉法人幸輝会監事）

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

|                         |                                                                         |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 美作保健センター<br>介護保険担当課     | 所在地    美作市未来1番地<br>電話番号   0868-72-7701<br>受付時間   月～金   8:30～17:15       |
| 岡山県国民健康保険<br>団体連合会（国保連） | 所在地    岡山市北区桑田町17番地5号<br>電話番    086-223-8811<br>受付時間   月～金   8:30～17:00 |

☆ 苦情・意見・相談は面接、電話・書面などにより担当者または第三者委員に申出ください。

☆ 当事業所で解決できないときは岡山県社会福祉協議会に設置されている『岡山県運営適正化委員会』に申し立てることが出来ます。

◎受付時間                      毎週月曜日～金曜日                      9:30～17:30

## 14. 協力医療機関との連携

急変や早期発見等の為、看護職員による定期的な巡視を行いますが、主治医と連絡が取れない場合に備えて、協力医療機関を定めているので、緊急やむを得ない場合には協力医療機関の医師に従います。

- 協力医療機関
  - ・ 美作中央病院（内科）

## 15. 虐待の防止のための措置に関する事項

- (1) 入所者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるものとする。
- (2) 虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講ずるものとする。
  - ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

- ② 虐待防止のための指針を整備すること。
- ③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施すること。
- ④ 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

#### 16. サービスの質の評価について

提供されたサービスについて、目標達成の度合いや入所者及び家族の満足度について、常に評価を行う。サービスの質の評価は、第三者評価など外部の者による評価など、多様な評価方法を広く用い、様々な視点から客観的にサービスの質の評価を実施することとする。

- ① サービスの質の評価として、毎年度美作市へ「指定管理業務の実施状況点検シート」にて自己点検を実施して提出する。点検内容について、美作市より評価をして頂く。

また、家族の満足度についてのアンケートを定期的実施する。

- ② 開示方法として、施設内で自由閲覧ファイルに掲載する。

但し、第三者評価機関による評価は未実施である。

令和元年10月1日改定（消費税に伴う単価改定）

令和2年4月1日改定（管理者等変更）

令和3年2月1日改定（生活相談員変更及び身体拘束の禁止）

令和3年4月1日改定（虐待の防止のための措置に関する事項）  
（提供するサービスの第三者評価の実施方法について）

令和4年8月1日改定（従業員の体制の変更）

令和6年4月1日改定（管理者等変更）

令和7年4月1日改定（苦情受付窓口等変更）

令和7年5月7日改定（行政機関その他苦情受付機関、美作市役所住所変更）

## 同意書

指定（予防）短期入所生活介護サービスのご利用に際し、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

岡山県美作市川北1089  
特別養護老人ホーム作東寮

職 名 生活相談員

職員氏名 平田 健 印

\*居室等への名前等の掲示について

居室前に、ご自分の居室であることが分かるように名前を掲示してもよろしいか

☐ 同意する

☐ 同意しない

\*写真の掲示について

施設内、ホームページ上にご自分の写真、名前が分かるものを掲載してよろしいか

☐ 同意する

☐ 同意しない

\*同意を頂けない項目については最善の努力を致します。

私は、本書面に基づき上記重要事項の説明を受け、内容を理解し同意しました。

<ご利用者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住所 \_\_\_\_\_

代理人 氏名 \_\_\_\_\_ 印