

社会福祉法人 つつじ会
特別養護老人ホーム つつじの郷
「指定（介護予防）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おります。
宮城県指定 第0470202284号
指定年月日 平成24年 9月 1日
- 当施設は、特別養護老人ホームアゼイリアを本体施設としたサテライト型施設です。
本体施設 特別養護老人ホームアゼイリア
所在地 宮城県石巻市蛇田字小斎61番地1
電話番号 0225-22-8261
宮城県指定 第0470200312号
指定年月日 平成13年4月2日
- 当施設は、原則として「要支援1」「要支援2」「要介護」と認定されたご契約者に指定（介護予防）短期入所生活介護サービスを提供いたします。
- 施設の概要や提供するサービスの内容及び契約上ご注意いただきたいことを次のとおりご説明いたします。

<目次>

第 1	施設・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3
第 2	施設の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3
第 3	職員の職種・職員数及び職務内容等・・・・・・	4
第 4	当施設が提供するサービス・・・・・・・・・・・・	5
第 5	サービス利用料金等・・・・・・・・・・・・・・・・	5
第 6	利用の中止、変更、追加・・・・・・・・・・・・	6
第 7	留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	7
第 8	協力医療機関等・・・・・・・・・・・・・・・・・・	8
第 9	守秘義務に関する対策・・・・・・・・・・・・・・	8
第 10	利用者の尊厳・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	8
第 11	身体拘束の禁止・・・・・・・・・・・・・・・・・・	8
第 12	非常災害対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	9
第 13	苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・	9
第 14	損害賠償について・・・・・・・・・・・・・・	10
第 15	第三者による評価の実施状況・・・・・・・・・・・・	10

第1 施設

- 1 法人名 社会福祉法人 つつじ会
- 2 法人住所 宮城県石巻市蛇田字小斎6 1 番地1
- 3 電話番号 0 2 2 5 - 2 2 - 8 2 6 1
- 4 代表者氏名 理事長 土井 一美

第2 施設の概要

- 1 施設の種類 指定（介護予防）短期入所生活介護事業所
- 2 施設の目的と運営方針

要介護又は要支援状態にある方に対し、適正な指定（介護予防）短期入所生活介護サービスを提供することにより要介護又は要支援状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

- 3 施設の名称 特別養護老人ホーム つつじの郷
- 4 施設の所在地 宮城県石巻市蛇田字小斎9 番地3
- 5 電話番号 0 2 2 5 - 2 1 - 5 5 3 1
- 6 施設長（管理者）氏名 庄司 勝彦
- 7 開所（指定）年月日 平成24年9月1日
- 8 利用定員 29名
ユニット数 3ユニット
ユニットごとの入所定員 いこいの里： 9名
ひなたの里：10名
ひよりの里：10名
- 9 前項に規定する特別養護老人ホームの空床を使用して、指定短期入所生活介護事業及び指定介護予防短期入所生活介護事業を行なうものとする。
- 10 居室等の概要
 - （1）当施設では以下の居室、設備をご用意しております。
 - （2）居室は、個室とし、ベッド等を備品として備えます。
 - （3）共同生活室は、ユニットごとに食事ができる十分な広さを備え、テーブル・いす・食器類などの備品を備えます。
 - （4）浴室は、各ユニット内に設置し、また要介護者のための特殊浴槽を設けます。
 - （5）身障者用トイレは1ユニットに3、4ヶ所を設置してあります。

第3 職員の職種・職員数及び職務内容等

1 主な職員の職種及び職員数

当施設では、利用者に対して指定（介護予防）短期入所生活介護サービスを提供する職員として、次表の職種の職員を配置しております。

職種	職員数	基準職員数
1 施設長（本体施設長兼務）	1名	1名
2 医師（嘱託医）	1名	1名
3 生活相談員	1名	1名以上
4 介護支援専門員	1名	1名以上
5 介護職員	17名	9名以上
6 介護補助員	2名	
7 看護職員（看護師若しくは准看護師）	2名	1名以上
8 機能訓練指導員（本体施設と兼務）	1名	1名
9 管理栄養士（栄養士）	1名	1名以上
10 調理員	2名	1名以上

2 職務の内容

- | | |
|-------------|---|
| (1) 施設長 | 施設の職員の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 |
| (2) 医師 | 入所者の診療・健康管理及び保健衛生指導を行います。 |
| (3) 生活相談員 | 入所者の生活相談、苦情への対応、処遇の企画や実施等を行います。 |
| (4) 介護支援専門員 | 施設サービス介護計画の作成等を行います。 |
| (5) 介護職員 | 入所者の日常生活全般にわたる介護業務を行います。 |
| (6) 介護補助員 | 主に入居者の居室の清掃やリネン交換等介護以外の業務を行います。 |
| (7) 看護職員 | 入所者の保健衛生管理及び看護業務を行います。 |
| (8) 機能訓練指導員 | 日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行います。 |
| (9) 管理栄養士 | 食事の献立作成、栄養計画、入所者に対する栄養指導等を行います。 |
| (10) 調理員 | 入所者の食事提供等の調理業務を行います。 |

3 主な職員の勤務体制

職種	職務体制
1 施設長・看護職員 生活相談員・介護支援専門員 管理栄養士・事務員	8 : 3 0 ～ 1 7 : 3 0
2 介護職員	早番 7 : 0 0 ～ 1 6 : 0 0 日勤1 8 : 0 0 ～ 1 7 : 0 0 日勤2 9 : 0 0 ～ 1 8 : 0 0 遅番1 1 1 : 0 0 ～ 2 0 : 0 0 遅番2 1 3 : 0 0 ～ 2 2 : 0 0 夜勤1 1 6 : 0 0 ～ 1 0 : 0 0 (翌朝) 夜勤2 2 2 : 0 0 ～ 7 : 0 0 (翌朝)
3 介護補助員	8 : 3 0 ～ 1 2 : 3 0 9 : 3 0 ～ 1 6 : 3 0
3 調理員	日勤 5 : 3 0 ～ 1 5 : 0 0 遅番 1 0 : 0 0 ～ 1 9 : 0 0

第4 当施設が提供するサービス

1 食事

- (1) 当施設では管理栄養士のたてる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供いたします。
- (2) 利用者の自立支援のため離床して共同生活室にて食事をとっていただくことを原則としています。

食事時間は概ね以下の通りです

朝食 8 : 0 0 ～ 昼食 1 2 : 0 0 ～ おやつ 1 5 : 0 0 ～ 夕食 1 7 : 3 0 ～

2 入浴

- (1) 入浴又は清拭を週2回行います。
- (2) 寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

3 排泄

排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

4 機能訓練

機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに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。

5 その他自立への支援

- (1) 寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- (2) 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- (3) 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
- (4) 口腔衛生に気を配り、毎食後歯磨きを行います。

- (5) シーツの交換は週 1 回行い、汚れている場合は随時交換いたします。

第5 サービス利用料金等

1 介護保険給付対象の使用料金等

- (1) 指定（介護予防）短期入所生活介護サービスの料金の額は、介護保険法に基づく厚生労働大臣が定める基準額によるものとし、別表 1 に掲げる料金表のとおりとさせていただきます。
- (2) 介護保険法改正により給付額に変更があった場合は、変更額に合わせて、その額をお支払いいただきます。
- (3) 送迎実施地域

送迎地域は、別紙（石巻圏域町名・字名一覧表）に掲げる地域のうち○印を付した地域とさせていただきます。

※ 土日祝日及び年末年始(12 月 29 日～1 月 3 日)の送迎はお休みさせていただきます。

2 介護保険給付対象外の利用料金等

(1) 食費及び居住費

別表 1 に掲げる料金表のとおりとさせていただきます。

(2) 理容・美容

ご希望により、美容師の出張による調髪のサービスをご利用いただけます。利用料金は実費となります。

(3) レクリエーション、クラブ活動

利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。ただし、材料費等の実費をご負担していただくことがあります。

(4) 複写物（コピー）の交付

利用者はサービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費（1 枚 10 円）をご負担いただきます。

(5) 日常生活上必要となる諸費用

日常生活に要する費用で利用者にご負担いただくことが適当であるとおもわれる費用をご負担いただきます。

なお、利用者が共通して使用する日常生活に要する身の回り品については、施設で準備・提供いたします。ただし、個人が使用するものについては、購入代行をいたしますが、この場合、購入品は実費負担となります。

(6) 居室の電気使用料

ご契約者のご希望により、居室内で以下の電気機器を使用する場合、電気料金を負担していただきます。

対象電気機器：テレビ、ラジオ、電気毛布等、負担いただく事が適当であるもの。

利用料金：1 日 100 円

(7) 外出等の届出

ア 利用者及びその家族の希望により外出等をする場合、施設での送迎は行っておりませんので介護タクシー等をご利用下さい。なお、これらにかかる費用は実費となります。

イ 外出等につきましては、次に掲げる届け出を提出していただきます。

(ア) 外出 外出届書

3 利用料金の支払い方法

1 及び 2 に掲げる利用料金は、サービス利用終了時に、ご利用期間分の合計金額をお支払いください。なお、ご家族がお迎えにいらして退所する際は、施設窓口でのお支払いとなります。施設送迎でのお帰りの際は、送迎時担当職員へお支払ください。

(事前に料金を知りたい方は、施設までお問い合わせください。)

第6 利用の中止、変更、追加

1 利用予定期間の前に、ご利用者の都合により、(介護予防)短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービス実施日前日までに事業所にお申し出ください。

2 利用予定日の前日にまでに申し出がなく、当日になって利用中止を申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の 100% (自己負担相当額)

3 サービス利用の変更、追加のお申し出に対して、施設の空室状況により入所者の希望する期間にサービスが提供できない場合、他の利用可能な日時を提示して協議いたします。

4 利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

第7 留意事項

1 日課の励行

入所者は、管理者や医師、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員などの指導による日課を励行し、共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めることとします。

2 面会時間と閉館時間

面会時間は原則 9 時～19 時までとします。また、閉館時間は、19 時とします。

3 喫煙

施設内は、全面禁煙となります。

4 飲酒

飲酒は、施設内の所定の場所及び時間に限ります。それ以外は禁酒となります。

5 外出

入所者が外出を希望する場合には、所定の手続きが必要となります。

6 健康保持

入所者は、健康に留意するものとし、体調不良等により受診等の必要がある場合は、特別の理由がない限り受診し、医療機関への受診は、原則として家族対応とするものとする。

7 衛生保持

入所者は、生活環境の保全のため、施設内の清潔、整頓、その他環境衛生の保持にご協力いただきます。

8 禁止行為

入所者は、施設で次の行為をしてはいけません。

- (1) 宗教や信条の相違等で他人を攻撃、又は自己の利益のために他人の自由を侵すこと。
- (2) けんか、口論、泥酔などで他の入所者等に迷惑を及ぼすこと。
- (3) 施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
- (4) 指定した場所以外で火気を用いること。
- (5) 故意に施設もしくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと。

9 入所者に関する市町村への通知

入所者が次の各号のいずれかに該当する場合には、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知します。

- (1) 正当な理由なしにサービス利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。
- (2) 偽りその他不正行為によって保険給付を受け、又は受けようとしているとき。

第8 医療機関

1 医療機関の対応

- (1) 入所中に診療が必要になった場合は、かかりつけ医の主治医又は嘱託医と相談のうえ、主治医の診療又は嘱託病院（以下「病院」という。）において診療を受けていただきます。ただし、病院での最優先的な診療や入院治療が保障されるものではありません。また、その診療内容によっては、その他の医療機関の受診となる場合もあります。
- (2) 医療受診が必要な際には、ご家族対応をお願いします。

2 緊急時の対応

- (1) サービス提供時に利用者の病状が急変した場合には、速やかに主治医又は協力医療機関等に連絡を行うなど必要な措置を講じます。
- (2) 夜間や休日等に利用者の心身状態に急変が生じた場合は、救急車を要請いたします。なお、緊急連絡先に変更が生じたり、旅行等で留守にする際はその都度お知らせください。

3 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

第9 守秘義務に関する対策

- 1 施設及び職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密の保持いたします。
- 2 施設は、居宅介護支援事業所等に対して、利用者の個人情報を用いる場合はあらかじめ文書により同意をいただきます。

第 10 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

第 11 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行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をせざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者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。

第 12 非常災害対策

施設は、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、防災計画に基づき、年 2 回利用者及び従業者等の訓練を行います。

第 13 苦情の受付について

1 当施設における苦情の受付については「社会福祉法人つつじ会苦情解決要領」に基づき、受け付けます。その主な内容は次のとおりです。

(1) 苦情受付担当者

生活相談員	佐藤 美樹
介護ユニット主任	佐々木 史子

(2) 苦情解決責任者

施設長	庄司 勝彦
-----	-------

特別養護老人ホーム つつじの郷

宮城県石巻市蛇田字小斎 9-3

電話番号 0225-21-5531 FAX 0225-23-2528

受付時間：午前 9 時 00 分から午後 6 時 00 分まで（土日、祝日を除く）

(3) 苦情解決第三者委員

渡邊 末男

住所 石巻市向陽町二丁目 22-17	電話番号 0225-94-3040
--------------------	-------------------

笹川 伊津子

住所 石巻市向陽町一丁目 16-4	電話番号 0225-93-0335
-------------------	-------------------

木村 百合子

住所 石巻市あけぼの三丁目 4-5	電話番号 0225-95-7253
-------------------	-------------------

※公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

2 行政機関の苦情受付機関

<p>石巻市介護保険課（市役所内）</p> <p>所在地：宮城県石巻市穀町14番地1号</p> <p>電話番号：0225-95-1111 FAX番号：0225-92-5791</p> <p>受付時間：午前8時30分から午後5時00分まで（土日、祝日を除く）</p>
<p>国民健康保険団体連合会</p> <p>所在地：宮城仙台市青葉区上杉一丁目2番3号</p> <p>電話番号：022-222-7700 FAX番号：022-222-7260</p> <p>受付時間：午前9時00分から午後4時00分まで（土日、祝日を除く）</p>
<p>宮城県社会福祉協議会</p> <p>所在地：宮城県仙台市青葉区本三丁目7番4号</p> <p>電話番号：022-225-8476 FAX番号：022-265-4469</p> <p>受付時間：午前8時30分から午後4時00分まで（土日、祝日を除く）</p>

第14 損害賠償について

当施設において、施設の責任により入所者に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。ただし、損害の発生について、入所者に故意又は過失が認められた場合には、入所者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

第15 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	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		

同意書

令和 年 月 日

指定（介護予防）短期入所生活介護の開始に当たり、利用者に対し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。

<事業者>

事業所名 社会福祉法人 つつじ会
特別養護老人ホームつつじの郷

管理者名 施設長 庄 司 勝 彦 印

説明者 職 _____

氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、施設から指定（介護予防）短期入所生活介護サービスについて重要事項の説明を受け、同意しました。

<利用者>

住所 _____

氏名 _____ 印

<利用者の代理人（選任した場合）>

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄（ ）