

重 要 事 項 説 明 書

短期入所生活介護サービスを提供するに当たり、「指定居宅サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（厚生労働省令37号）に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は、次のとおりです。

1 事業者

事業所の名称	社会福祉法人 元気の会
主たる事務所の所在地	下松市大字山田256番地
法人の種別	社会福祉法人
代表者の氏名	奥村 三郎
電話番号	(0833) 47-1717

2 ご利用施設

施設の名称	地域密着型特別養護老人ホーム ほがらか
施設の所在地	下松市大字山田256番地
指定番号	3570701031
管理者の氏名	吉長 恭子
電話番号	(0833) 47-1717
FAX番号	(0833) 47-1718

3 ご利用施設が併せて実施する事業

事業の種類	指 定	指定年月日	指定番号	利用定員
指定地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	下松市	平成27年6月1日	3590700146	29名

4 施設の目的と運営方針

施設の目的	要介護の高齢者に対して、適切な短期入居生活介護サービスを提供します。
施設の運営方針	<p>① 利用者同士、職員とのなじみの関係の中で、入居者が要介護の状態にあっても、自分の生活リズムを大切にしながら、自分らしく自立した生活を送ることができるよう支援します。</p> <p>② 利用者の家族や地域との結びつきを重視した運営を行い、地域密着型の施設として家族が気軽に面会等ができる運営を行うとともに、地域の児童をはじめ住民との交流を推進します。</p> <p>③ 利用者の状態の変化や希望に応じた的確な支援ができるよう市、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・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。</p>

5 施設の概要

□地域密着型特別養護老人ホームほがらか短期入所生活介護（ショートステイ）

敷 地			2915.11 m ²		
建 物	構造		鉄骨造 4 階建 耐火構造 冷暖房完備		
	延床面積		1985.76 m ²		
	利用定員		10 名		
居 室	居室の種類		数	面積（壁の内側の面積）	
	1 人部屋	居室 A	2 室	11.64 m ²	
		居室 B	5 室	12.35 m ²	
		居室 C	1 室	12.06 m ²	
		居室 D	1 室	12.15 m ²	
		居室 E	1 室	11.04 m ²	
		計	10 室		
主な設備（特 別養護老人 ホームの設 備含む）	設備の種類		数	面 積	備 考
	共同生活室		4	38.44 m ²	壁の内側の面積 33.49 m ²
	ホール		1	48.81 m ²	
	浴室	特殊浴槽	1	18.46 m ²	
		介護浴	2	6.32 m ²	
		一般浴	2	6.32 m ²	
	医務室		1	11.17 m ²	

6 職員体制（特別養護老人ホームを含む）

（単位：人）

従業者の職種	従業者 の員数	区 分				常 勤 換 後 の 人 員	指 準 の 基 員 数	保有資格
		常 勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
施設長	1	1				1.0	1	社会福祉主事
医師	1				1		1	医師
生活相談員	1		1			1.0	1	介護支援専門員
介護職員	24	12	1	11		13.1	1 1	介護福祉士(4)
看護職員	4	3		1		3.3	1	正看(2) 准看(2)
管理栄養士	1	1				1.0	1	管理栄養士
機能訓練指導員	1	1				1.0	1	理学療法士
介護支援専門員	1	1				1.0	1	介護支援専門員

※日中については、1 ユニット毎に介護職員又は看護職員の常勤職員を常時 1 人以上、
夜間については、2 ユニット毎に 1 名以上を配置します。

7 職員の勤務体制

従業員の職種	勤務体制	休暇
施設長	勤務時間帯 8 : 30 ~ 17 : 30	1ヶ月変形労働時間制
医師	週1日（1日 3時間）	
生活相談員	勤務時間帯 8 : 30 ~ 17 : 30	1ヶ月変形労働時間制
介護職員	勤務時間帯 A 7 : 00 ~ 16 : 00	
	勤務時間帯 B 8 : 30 ~ 17 : 30	
	勤務時間帯 C 10 : 00 ~ 19 : 00	
	勤務時間帯 D 16 : 00 ~ 00 : 00	
	勤務時間帯 E 0 : 00 ~ 09 : 00 ※看護職員又は介護職員を、日勤勤務帯では1ユニットに1名以上、夜間勤務帯では2ユニットに1名以上配置します。 ※勤務のシフトは、各ユニットの入居者の状況により変更することがあります。	
看護職員	勤務時間帯 A 7 : 30 ~ 16 : 30 勤務時間帯 B 9 : 00 ~ 18 : 00	1ヶ月変形労働時間制
管理栄養士	勤務時間帯 8 : 30 ~ 17 : 30	
機能訓練指導員	勤務時間帯 8 : 30 ~ 17 : 30	
介護支援専門員	勤務時間帯 A 8 : 30 ~ 17 : 30 勤務時間帯 B 8 : 00 ~ 17 : 00	

摘要：介護職員、看護職員の勤務については常勤職員の時間帯を記載しています。

8 職員の遵守事項

事項	内容（運営規程第8条より抜粋）
秘密の保持	<p>① 本施設の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又は家族の秘密を漏らすことを禁じています。なお、本施設は、職員であった者に、業務上知り得た入所者又は家族の秘密を保持させるために、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持する旨を、職員との雇用契約の内容とします。</p> <p>② 本施設の職員は、サービス担当者会議等において、入所者の個人情報を用いる場合にはその入所者の同意を、入所者の家族の個人情報を用いる場合はその家族の同意を、あらかじめ文書により得るものとします。</p>

9 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付によるサービス

種 別	内 容
食 事	<p>【食事時間】</p> <p>朝 食 7 : 3 0 ~ 9 : 0 0</p> <p>昼 食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 3 0</p> <p>夕 食 1 7 : 2 0 ~ 1 8 : 5 0</p> <p>【食事場所】</p> <p>食事は、できる限り離床して共同生活室で食べていただくよう配慮します。</p> <p>【その他】</p> <p>食べられないものやアレルギーのある方は、事前にご相談ください。</p>
排 泄	<p>ご利用者の身体能力に応じて、トイレ誘導、ポータブルトイレの配置、オムツの使用など適切に排泄介助を行い、排泄の自立を援助します。</p>
入 浴	<p>【入浴日】</p> <p>毎週 月曜日、火曜日、水曜日、木曜日、金曜日、土曜日</p> <p>※入浴日は施設の行事その他の理由により変更する場合があります。</p> <p>※予定の入浴日に入浴できなかった方は、他の入浴日に入浴していただく、あるいは清拭を行うなどの方法により身体の清潔に努めます。</p>
離床 着替え 整容 その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・ 生活にリズムができるよう毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・ 適切な整容を行い、ご利用者お一人お一人の尊厳に配慮します。 ・ シーツの交換は週1回、寝具の消毒は定期的に行います。 ・ 衣類の洗濯は、当施設で随時行います。
機能訓練	<p>ご利用者の状態やご希望に応じて機能訓練を行い、身体機能や精神機能の低下防止に努めます。</p>
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康チェック（血圧、脈拍、体温等）を行います。 ・ 緊急必要な場合には、適切に協力医療機関等に引き継ぎます。
相談及び 援助	<p>行政機関への各種手続きなど、ご利用者本人、ご家族からの相談に応じ、可能な限り必要な援助を行います。</p> <p>※ショートステイ担当 佐伯 美由紀</p>

(2) 介護保険給付以外のサービス

種 別	内 容
理美容	定期的に来訪される「移動理美容」、施設行事の個別外出等の機会に理髪店又は美容院をご利用ください。 ※専門技術を必要としない髪の手入れにつきましては、ご要望により当施設の介護職員が行います。
教養娯楽等	生け花、音楽などのクラブ活動、季節行事、レクリエーションなど行い、施設での生活が実りあるものとなるように努めます。 ※本施設に設置した放課後児童クラブに通所する子どもたちとの交流行事も行い、事業所での生活がより生き生きとなるよう努めます。

10 利用料等

(1) 介護保険給付

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額 (施設介護サービス費の1割、2割又は3割) ※3割の取り扱いは平成30年8月1日より実施
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額 (施設介護サービスの基準額と同じ)

(摘要)

- 1 要介護区分に応じた介護保険の給付の1割が自己負担となります。送迎費は、当事業所が送迎した場合のみ、お支払いいただきます。要介護状態区分が変更された場合は、自己負担額も変更となります。
- 2 要介護認定を受けておられない場合又は居宅サービス計画が作成されていない場合は、利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。この場合、要介護認定を受けられた後又は居宅サービス計画を作成された後に、自己負担額を除く金額が介護保険の給付費から払い戻されます。なお、償還払いとなる場合、手続きに必要な「サービス提供証明書」を当事業所から交付します。
- 3 上記の表の金額は、変更される場合があります。

(2) 介護保険給付外のサービス

区 分	利 用 料										
食事費用	<p>1) 食事費（食材費＋調理費） 1日 1, 800円（おやつ代を含む） （朝食360円、昼食720円、夕食720円）</p> <p>2) ご利用者負担額</p> <table> <tr> <td>利用者負担第1段階の方</td><td>300円／日</td></tr> <tr> <td>利用者負担第2段階の方</td><td>600円／日</td></tr> <tr> <td>利用者負担第3段階①の方</td><td>1, 000円／日</td></tr> <tr> <td>利用者負担第3段階②の方</td><td>1, 300円／日</td></tr> <tr> <td>利用者負担第4段階の方</td><td>1, 800円／日</td></tr> </table> <p>※1) 食事費と2) ご利用者負担額の差額は、下松市から当施設に補足給付されます。</p>	利用者負担第1段階の方	300円／日	利用者負担第2段階の方	600円／日	利用者負担第3段階①の方	1, 000円／日	利用者負担第3段階②の方	1, 300円／日	利用者負担第4段階の方	1, 800円／日
利用者負担第1段階の方	300円／日										
利用者負担第2段階の方	600円／日										
利用者負担第3段階①の方	1, 000円／日										
利用者負担第3段階②の方	1, 300円／日										
利用者負担第4段階の方	1, 800円／日										
特別食の提供	通常の献立とは別に、特別な食事を希望された場合は、その食事の提供に係る実費をご負担願いますのでご了承ください。										
通常の事業実施区域外からの送迎費用	<p>当事業所の通常の事業の実施区域外（下松市以外）にお住いの方が、当事業所の送迎をご利用の際は、次の金額をお支払いただきます。</p> <table> <tr> <td>(1) 当事業所から片道概ね10km未満</td><td>無料</td></tr> <tr> <td>(2) 当事業所から片道10km以上20km未満</td><td>100円</td></tr> </table> <p>※5km毎に上記の金額に100円を加算</p>	(1) 当事業所から片道概ね10km未満	無料	(2) 当事業所から片道10km以上20km未満	100円						
(1) 当事業所から片道概ね10km未満	無料										
(2) 当事業所から片道10km以上20km未満	100円										
滞在費用	1日 2, 066円										
医療費	医療保険適用に係る経費は、自己負担となります。										
日常生活に係る費用	衣類の購入その他日常生活に必要な経費でご利用者本人に係るものは自己負担となります。										

（摘要）上記の金額は、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由が発生した場合は、相当な額に変更することがあります。

(3) その他の費用

介護保険支給限度額を超えた利用	介護保険給付費の支給限度額を超えて利用される場合は、介護保険給付費相当額（10 割の額）を、自己負担とさせていただきます。
キャンセル料	利用を中止される場合に、所定の日時までにはその旨を当事業所に連絡されずに利用を中止されたときは、キャンセル料（上記（1）介護保険の給付）の利用者自己負担額（基本単価の 1 割）×キャンセル日数をお支払いいただくことがあります。
記録のコピー代	提供しましたサービスの記録のコピーを求められた場合は、コピーの実費相当額をお支払いいただきます。

【利用料等のお支払い方法・支払い期日】

当施設に生活費等の出納管理を依頼されている方	山口銀行下松支店の口座から、当月分を翌月の口座引落日（毎月 20 日）に自動引落の方法によりお支払いいただきます。 ※山口銀行への自動引落の手続きが終了するまでは、ご本人の通帳から当施設の口座に振込の方法によりお支払いいただきます。
上記以外の方	当月分を翌月 20 日までに現金のご持参又は口座振込によりお支払いください。

11 苦情等受付窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、下記にお申し付けください。

受付窓口	〈受付担当者〉 相談員 竹中光子 〈連絡先〉 電話番号 (0833) 47-1717 FAX 番号 (0833) 47-1718 ※緊急の場合以外は、月～金曜日の午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分までの間にお問い合わせください。
------	--

【当施設以外の苦情受付機関】

機 関 名	所 在 地	電 話 番 号
下松市長寿社会課 介護保険係	下松市大手町 3-3-3	(0833) 45-1831
山口県国民健康保険団体連合会	山口市朝田 1980-7	(083) 995-1010
山口県福祉サービス運営適正化委員会（福祉サービス苦情解決委員会）	山口市大手町 9-6	(083) 924-2837

【当施設における苦情処理手順】

手 順	内 容
苦情の受付	<ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情受付担当者は、ご利用者からの苦情を随時受け付けます。 ・ 受付に際して、苦情の内容等を書面に記録し、その内容について苦情申し出ご本人に確認します。
苦情の報告と確認	<ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情受付担当者は、受け付けた苦情を苦情解決責任者及び第三者委員に報告します。（ただし、苦情申し出ご本人が第三者員への報告を明確に拒否する意思表示をされた場合を除く。）
苦情解決に向けての話し合い	<ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情解決責任者は、苦情申し出ご本人との話し合いによる解決に努めます。 ・ 話し合いにおいて、苦情申し出ご本人は第三者委員に助言又は立ち会いを求めることができるものとし、苦情解決責任者もまた同様とします。
苦情解決の記録・報告	<ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情解決の記録・報告は次により行います。 <ol style="list-style-type: none"> ① 苦情受付担当者は、苦情受付から解決・改善までの経過と結果について書面に記録します。 ② 苦情解決責任者は、一定期間内毎に苦情解決の結果について第三者委員に報告し必要な助言を受けます。 ③ 苦情解決責任者は、苦情申し出ご本人及び第三者委員に対して一定期間経過した後報告します。
解決結果の公表	<ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情解決責任者は、個人情報に関するものを除き、解決結果を事業報告書等に掲載し公表します。
解決困難な苦情の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 解決困難な苦情の解決は、山口県福祉サービス利用援助事業等運営適正化委員会に委ねます。

12 緊急時の対応

当事業所においてサービスを提供しているとき、ご利用者に病状が急変するなど緊急の状態が発生した場合は、速やかに主治医又は協力医療機関へ連絡を行う等必要な措置を講じます。

13 事故発生時の対応・損害賠償

(1) 事故発生時の対応

項 目	内 容
利用者の状態確認	事故の発見者は、ご利用者の状態（意識、呼吸、脈の有無、顔色、けがの有無及び程度、その他）を確認するとともに、周辺の職員及び看護職員を呼び、ご利用者の生命及び身体の安全を最優先して必要な臨機の処置を行います。
医療処置	看護職員は、主治医の指示に基づいて医療処置を行います。
責任者への連絡	施設長に事故の発生を速やかに報告し、以後職員は管理者の指示に従います。
家族への連絡	施設長は、主治医の確認又は指示のもと、施設長自ら又は事故が発生した部門の責任者又は看護職員を通じて、ご利用者の家族に連絡し、そのご利用者の様態その他を明らかにしている範囲で事故の状況を説明します。
関係者への報告	施設長は、必要に応じて管理者自ら又は事故が発生した部門の苦情受付担当者等を通じ、次の関係者に報告します。 ・理事長・下松市長寿社会課介護保険係

(2) 事後処理

項 目	内 容
事故報告書の作成	事故が発生した部門の責任者及び事故の発見者は、事故の態様、概況、対応、原因分析等を記載した事故報告書を作成し、施設長及びその部門の苦情受付担当者に報告します。
家族への事故の詳細報告	施設長及び苦情受付担当者は、事故報告書に基づいて、ご利用者の家族に事故に至った経緯その他の事情など事故の詳細を説明します。
理事長への報告	施設長は、事故報告書に基づいて、事故に至った経緯その他の事情など事故の詳細、利用者ご本人及び家族の申し立てについて理事長に報告の上、以後の処理方針に関する指示を仰ぎます。
介護事故予防対策委員会の開催	施設長は、理事長の指示のもと、介護事故予防対策委員会を開催し、事故の原因に応じた再発防止対策及び今後の事後処理を検討します。
損害賠償	短期入所生活介護サービスの提供により、ご利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。 ・加入保険会社：損保ジャパン日本興亜 ・保険代理店：損保プランニング周南有限公司

14 虐待防止について

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修を定期的実施し、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備をします。
 - (3) 虐待の防止のための指針を整備します。
 - (4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置きます。
 - (5) その他虐待防止のために必要な措置
- 2 事業所はサービスの提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかに、これを市町村に通用するものとします。

15 身体拘束の適正化について

業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、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を記録するものとします。また、身体拘束適正化のために次の措置を講ずるものとします。

- (1) 身体拘束等の適正化の為委員会を3か月に1回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。
- (2) 身体拘束等の適正化の為に指針を整備します。
- (3) 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

16 協力医療機関

医療機関の名称	周南記念病院
院長名	橋谷田 博
所在地	下松市生野屋南1丁目10番1号
電話番号	0833-45-3330
診療科	内科
入院設備	あり

17 協力歯科医療機関

医療機関の名称	かねしげ歯科クリニック
院長名	兼重 順一
所在地	下松市東陽4丁目21番6号
電話番号	0833-41-1130

18 非常災害時の対策

項 目	内 容			
非常時の対応	別に定める「社会福祉法人元気の会ほがらか消防計画書」により対応します。			
平常時の訓練	別に定める「社会福祉法人元気の会ほがらか消防計画書」により夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。			
防災設備	設備名称	箇所数等	設備名称	箇所数等
	消火器		非常通報装置	有
	消火器ボックス	11 ヶ所	誘導灯	16 ヶ所
	その他の場所	7 本	避難階段	3 ヶ所
	自動火災報知器 ※全館スプリンクラー対応	有	避難口	18 ヶ所
消防計画等	(最終届出日) 令和 元 年 7 月 10 日 (防火管理者) 奥村研太			

19 施設ご利用の際の留意事項

項 目	ご留意いただく事項
来訪・面会	<ul style="list-style-type: none"> ・面会時間（午前 8：30 時～午後 5：30 時）の遵守をお願いします。また、面会の際には面会簿にご記入ください。 ・来訪された方が宿泊される場合は、必ず許可をお取りください。
外泊・外出	<ul style="list-style-type: none"> ・外出、外泊の際は、必ず行き先と帰宅時間を職員にお申し出ください。
設備器具等の利用	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内の居室や設備、器具は本来の用法でご利用ください。用法に反したご利用により破損等が生じた場合は、修理費等を実費負担していただくことがあります。
喫煙・飲酒	<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙は決められた場所をお願いいたします。 ・飲酒は、健康管理上支障ない方に限り、誕生会等の許可させていただいた場合のみできます。
迷惑行為等	<ul style="list-style-type: none"> ・騒音等他のご入居者の迷惑となる行為はご遠慮願います。また、むやみに他のご入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
貴重品等の管理	<ul style="list-style-type: none"> ・所持品の管理は各居室の台等をご利用ください。 ・貴重品は施設にお預けください。品物によっては、お預かりできな

	い場合もありますのでご了承ください。
宗教その他の活動	・施設内での他のご入居者への宗教活動・政治活動・販売活動等のご遠慮ください。
ペットの飼育	・施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

（摘要）

- ・ご利用者の短期入所生活介護計画を作成いたします。
- ・サービスに関する変更、追加等のご希望がありましたら、ご連絡ください。
- ・適切なサービスを提供するため、当サービスの開始時又は必要に応じて、主治医等の診断書を提出していただく場合があります。
- ・サービスの提供に当たっては、ご利用者に健康チェック等を行い、利用が不適当と判断した場合には、サービスの提供を中止することがあります。
- ・ご利用者のご都合により、サービスの利用を中止される場合には、遅くとも「ご利用予定日当日の午前8時30分」までにご連絡ください。
- ・ご利用者の利用申込日が利用定員を超えている等の理由により、利用が困難な場合には、他の日にご利用いただくよう協議させていただくことがあります。
- ・ご利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けられたときは、当事業所にご連絡ください。

【説明同意】

私は重要事項説明書について説明を受け、内容に同意しました。	
令和 年 月 日	氏名
＜署名代行者＞	氏名

【説明者】