

指定介護老人福祉施設玉井泉陽園
(短期入所生活介護)

重要事項説明書

社会福祉法人大泉会

当施設はご契約者に対して指定介護福祉施設サービス（短期入所生活介護）を提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1 施設経営法人

(1) 法人名	社会福祉法人 大泉会
(2) 法人所在地	大阪府阪南市下出371番地の1
(3) 電話番号	072-473-0001
FAX番号	072-473-3565
(4) 代表者氏名	理事長 玉井 敬人
(5) 設立年月日	昭和56年5月1日

2 ご利用施設

(1) 指定施設	指定介護老人福祉施設 平成12年4月1日指定 大阪府指定 2779500210号 併設型短期入所生活介護 平成12年4月1日指定 大阪府指定 2779500061号
(2) 施設の目的	身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難な方に対し指定介護福祉施設サービスを、提供する施設である
(3) 施設の名称	特別養護老人ホーム 玉井泉陽園
(4) 施設の所在地	大阪府阪南市下出371番地の1
(5) 電話番号	072-473-0001
FAX番号	072-473-3565
(6) 施設長(管理者)氏名	有岡 孝太郎
(7) 当施設の運営方針	施設サービス計画に基づき在宅生活への復帰を念頭において、利用者の意思及び人格を尊重し能力に応じた日常生活が営めるようサービスの提供に努める
(8) 開設年月日	昭和56年5月1日
(9) 入所定員	90人
短期入所定員	6人

3 居室設備の概要

(1) 建物の面積及び構造

鉄骨造 3 階建 延床面積 4,273.25 m²

(2) 居室設備の種類

居室・設備	室数	設置機器
ユニット個室	60 室	電動式 3 モーターキャッジベッド
4人部屋	7 室	〃
従来型個室	2 室	
静養室	1 室	従来型施設内 〃
短期入所室	6 室	〃
食堂ホール	7 室	高低調節機能付食卓
浴室	2 室	特殊浴槽、リフト浴
ユニットバス	3 室	2 ユニットに 1 室
医務室	1 室	各種医療機器

この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

4 職員体制

指定介護福祉施設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。※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

(1) 職員の職種および員数

施設・ユニット型施設に次の職員を置く。

- | | |
|------------|-----------|
| ① 施設長（管理者） | 1名 |
| ② 事務員 | 1名以上 |
| ③ 生活相談員 | 1名以上 |
| ④ 介護職員 | 29名以上 |
| ⑤ 看護職員 | 3名以上 |
| ⑥ 機能訓練指導員 | 1名以上 |
| ⑦ 介護支援専門員 | 1名以上 |
| ⑧ 医師 | 1名以上（非常勤） |
| ⑨ 管理栄養士 | 1名以上 |
| ⑩ 調理員 | 4名以上 |

(2) 職務の内容

主な職員の職務内容は次のとおりとする。

① 施設長（管理者）

施設の業務を統括し、職員に運営基準を遵守するための必要な指揮命令を行なう。

② 事務員

施設の庶務及び会計事務に従事する。

③ 生活相談員

利用者の入退所、生活相談及び援助の企画立案・実施に関する業務に従事する。

④ 介護職員

利用者の日常生活の介護、健康保持のための相談及び援助の業務に従事する。

⑤ 看護職員

利用者の健康管理、保健衛生、及び日常生活上の介護の業務に従事する。

⑥ 機能訓練指導員

利用者の機能改善、機能維持に必要な訓練及び指導に従事する。

⑦ 介護支援専門員

利用者の介護支援に関する業務に従事する。

⑧ 医師

利用者の健康管理及び療養上の指導、衛生管理指導の業務に従事する。

⑨ 管理栄養士

給食上の衛生管理、利用者に適切な食事の提供を行なうための指導に従事する。

⑩ 調理員

栄養士の指示を受けて給食業務に従事する。

(3) 主な職種の勤務体制

職種	勤務時間		
① 介護職員	[通常]	8：30～17：10	2名
	[早出]	7：40～16：20	6名
	[遅出]	9：40～18：20	8名
	[夜間]	17：00～翌9：30	5名 (ユニット3名・従来型2名)
② 看護職員	8：30～17：10		2名
	9：40～18：20		1名
③ 医師	10：00～11：00		1名
④ 機能訓練指導員	8：30～17：10		1名

〈但し、日曜日は上記と異なります〉

5 施設が提供するサービスと利用料

(1) サービスの概要

① 居室の提供

② 食事

- 当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ご契約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。

(食事時間)

[朝食] 8：00から [昼食] 11：45から [夕食] 17：00から

③ 入浴

- 入浴又は清拭を週2回以上行います。
- 入浴は身体状況に応じた入浴方法で行います。

④ 排泄

- 排泄の自立を促すため、ご契約者の身体的能力を最大限活用した援助を行います。

⑤ 機能訓練

- 機能訓練指導員により、ご契約者の日常生活に必要な機能の回復又は減退を防止するための訓練を行います。

⑥ 健康管理

- 医師や看護師が、健康管理を行います。

⑦ その他自立への支援

- 寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- 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。
- 清潔で快適な生活が遅れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

(2) サービス利用料金（別紙料金表による）

- ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と居住費、食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。
- ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。
償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

- 介護保険からの給付額、各加算の変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- 上記に定める利用料について、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、入所者に対して変更を行う 1 ヶ月前までに説明を行い、当該利用料を相当額に変更する。

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

- ① 居住費 従来型個室 1,231 円／日 空床時多床室 915 円／日
- ② 食 事 (1 日 1,660 円) 朝 食 204 円 昼 食 722 円
夕 食 590 円 おやつ 144 円

サービス利用期間中の食数に応じて計算します。

- ③ ご希望に基づいて特別な食事を提供したときは実費負担となります。
(酒類、消費税込)
- ④ 理容・美容

施設では利用者の希望により、訪問理美容院を利用されたときは実費負担となります。

- ⑤ レクリエーション、クラブ活動

ご契約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くただきますが、特別な材料等を希望されたときは実費をいただきます。

- ⑥ 日常生活上必要となる諸費用実費

身の回り品として日常生活に必要なものの購入代金はご契約者の負担となります。

但し、おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

(4) 利用料金のお支払い方法

利用料金および諸費用は 1 カ月利用延べ日数ごとに計算しご請求しますので、最終利用日にお支払いいただくか、翌月 20 日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- | |
|-----------------------|
| (ア) 施設受付窓口へ支払 |
| (イ) 下記指定口座への振り込み |
| 紀陽銀行 尾崎支店 普通預金 603572 |
| 口座名義 社会福祉法人大泉会 |
| (ウ) ご家族・利用者様口座振替 |

(5) 入所中の医療の提供について

利用者の病状の急変に備え、下記協力病院を定めています。

① 協力医療機関

医療機関の名称	玉井病院
所 在 地	阪南市下出492 (TEL 471-1691)
診 療 科	内科、外科、整形外科

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	ねごろ歯科医院
所 在 地	阪南市鳥取中 209-6 (TEL 473-6480)

6 事故発生時の対応について

- (1) 利用者に対する短期入所生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村、居宅介護支援事業所に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対する短期入所生活介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。
当施設における苦情やご相談は事務所窓口で受け付けます。

7 苦情の受付について

- (3) 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事務所窓口で受け付けます。

☆ 受付時間 : 毎週月曜日～土曜日

9:00～17:00

☆ 受付電話番号 072-473-0001

また、苦情受付ボックスを1階エレベーター前に設置しています。

上記時間外は、施設管理宿直者、当直者にて受付します。

苦情解決責任者 施設長 担当職員 事務員

- (4) 行政機関その他苦情受付機関

阪南市役所介護保険課	所在地 阪南市尾崎町35-1 電話番号 072-471-5678
大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪市中央区常磐町1-3-8 電話番号 06-6949-5418
大阪府福祉部高齢介護室 介護事業者課	所在地 大阪市中央区大手前2丁目 電話番号 06-6944-7106
泉南市役所介護保険課	所在地 泉南市樽井1丁目1-1 電話番号 072-483-0001
岬町役場介護保険課	所在地 岬町深日200-1 電話番号 072-492-2001

8 個人情報について

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、居宅サービスを円滑に実施するため、サービス担当者会議において、又は利用する他のサービス事業者と情報の共有が必要な場合に使用します。

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もれることのないよう細心の注意を払います。守秘義務は本契約終了後も継続します。

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最小限必要な利用者や家族個人に関する情報です。

9 身体拘束等原則禁止

1. 施設は、指定介護老人福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者または他の入所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、身体拘束その他入所者の行動を制限する行為を行なわない。
2. 施設は、前項の身体拘束等を行なう場合には、次の手続きにより行なう。
 - (1) 身体拘束廃止委員会を設置する。
 - (2) 「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかつた理由を記録する。
 - (3) 入所者又は家族に説明し、その他方法がなかつたか改善方法を検討する。

10 虐待の防止について

施設は、入所者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

1. 虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者 施設長 有岡 孝太郎
2. 成年後見制度の利用を支援します。
3. 虐待等に関する苦情解決体制を整備しています。
4. 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
5. 第三者委員・行政機関の連絡先を事務所前へ掲示しています。

11 非常災害対策

1. 非常災害に備えて避難、救出、夜間想定を含め、その他必要な訓練を年2回以上実施する。
2. 消防法に準拠して防災計画を別に定める。

12 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されているご利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項を厳守願うものとする。

1. 外出について
外出をされる場合は、なるべく利用初日に（緊急やむを得ない事情を除く）届け出ること。
2. 面会・食品その他の持込みについて
面会時間は原則として10時～16時退館とする（緊急時はその限りではない）。
食品その他を持ち込まれる場合は、必ず職員に相談のこと。
3. 持ち込み制限について
入所にあたり、刃物、ライター、マッチ、高額な品物、イヤホン機能のないラジオ・プレーヤー等。
4. 喫煙・飲酒について
敷地内は禁煙となっています。
居室内での飲酒と時間的観念のない飲酒は、ご遠慮していただきます。
5. 施設・設備の使用上の注意
居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用願うこと。
故意に、施設、設備を重大な過失により滅失、破損、汚損した場合には、ご利用者に自己の費用により原状に復するか、又は相当の代価を支払うものとします。

13 通常の送迎地域

1. 通常の送迎の実施地域は、阪南市、泉南市、岬町とする。

14 第三者評価の実施状況

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 実施している | 2. 実施していない |
|-----------|------------|
- 【実施日：平成28年1月21日】 【評価機関名：特定非営利活動法人カラア】
【開示状況：ワムネット掲載 平成28年3月31日～平成31年3月31日】

短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

介護老人福祉施設 玉井泉陽園

説明職者 施設長 有岡 孝太郎 印

私は、本書面に基づいて事業者から説明を受け、短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者 氏名 印

代理人 氏名 印