

地域密着型特別養護老人ホームたまゆの杜 重要事項説明書

1. 事業者

事業者名 社会福祉法人 隠岐共生学園
 代表者氏名 理事長 名越 彰
 所在地 島根県隠岐郡隠岐の島町栄町1088番地
 電話番号 08512-2-0541

2. 利用施設

施設名 地域密着型特別養護老人ホーム たまゆの杜
 施設所在地 島根県松江市玉湯町湯町1924番地1
 施設長名 番家 正司
 ユニット数 3ユニット
 利用定員 29人 (各ユニット定員 1番街 9人、2番街 10人、3番街 10人)
 電話番号 0852-62-8500
 FAX番号 0852-62-8504

3. 利用施設であわせて実施する事業

		島根県知事の事業所指定			
	事業の種類	指定年月日	指定番号	利用定員	
施設	地域密着型介護老人福祉施設	平成21年 4月27日	3290100134	29人	
	養護老人ホーム			50人	
在宅	認知症対応型通所介護	平成21年 4月27日	3290100126	12人	
	訪問介護事業	平成21年 4月 1日	3270102043		
	居宅介護支援事業	平成21年 4月 1日	3270102050		
	小規模多機能型居宅介護	平成21年 4月27日	3290100142	29人	

4. 職員体制 (主たる職員)

(職種)	(員数)	(職務内容)
管理者	1名	施設と職員の管理及び業務の管理を一元的に行う。
嘱託医師	1名	ご利用者の健康状態に注意し、健康保持のための適切な措置を行なうとともに利用者に対して行った健康管理に関し、その者の健康手帳に必要な事項を記載する。
生活相談員	1名以上	利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言とその他援助を行う。
看護職員	1名以上	ご利用者の健康状態に注意しながら、医師の指示に基づき健康保持のための適切な措置を行う。
介護職員	9名以上	入浴、清拭、排泄、離床、着替え及び整容等日常生活上の世話を行う。
機能訓練指導員	1名以上	ご利用者の心身の状況を踏まえ、必要に応じて日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練を行う。
介護支援専門員	1名以上	施設サービス計画の作成に関する業務を担当する。
栄養士	1名以上	栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した献立の作成、栄養ケアマネジメントの作成等を行い、調理員を指導して給食業務を行う。
調理員	1名以上	献立に基づく食事の用意並びに食器、調理器具及び食材の衛生的な管理等を行う。

事務員 1名以上 経理、職員の健康管理、設備備品の管理に係る事務等庶務全般を行う。

- (1) 日中については、ユニット毎に常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置する。
- (2) 夜間及び深夜においては、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置する。
- (3) ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置する。

5. 嘱託医

医療法人 奥村医院
〒699-0202 島根県松江市玉湯町湯町 956
(TEL)0852-62-0418

6. 協力病院

松江生協病院
〒690-8522 島根県松江市西津田8丁目8-8
(TEL)0852-23-1111

7. 施設サービスの概要

種類	内 容
介護	<ul style="list-style-type: none">○利用者の日常生活における家事を、ご利用者がその心身の状況等にて、それぞれの役割を持って行うよう支援します。○利用者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、利用者に入浴の機会を提供します。ただし、やむを得ない場合には、清拭を行います。○利用者の心身の状況に応じて、排泄の自立について必要な支援を行います。○利用者が行う離床、着替え、整容等の日常生活上の行為を支援します。
食事	<ul style="list-style-type: none">○栄養並びに利用者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。○利用者の心身の状況に応じて、食事の自立について必要な支援を行います。○利用者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、入所者がその心身の状況に応じてできる限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保します。○利用者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、利用者が共同生活室（食堂）で食事を摂ることを支援します。
機能訓練	利用者の心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を回復し、又はそ低下を防止するための訓練を行います。
健康管理	利用者の身上、健康の状態等を常に把握し、特に身体的、精神的に著しい欠陥を有する者については日々の健康状況に注意するとともに、疾病の早期発見、予防に万全を期し、所定の健康診断は特に綿密に行うよう努めます。
相談及び援助	常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。

- 社会生活上の便宜
- 教養娯楽設備等を備えるほか、利用者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、利用者が自立的に行うこれらの活動を支援します。
 - 利用者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続きについて、その者又はその家族において行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行います。
 - 常に、利用者の家族との連携を図るとともに、利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めます。

8. 介護給付サービス加算の概要

別紙利用料金に記載しております。

9. 利用者負担金

お支払いいただく利用者負担金は、別紙利用料金表のとおりです。

(1) 法定給付

自己負担割合が1割場合について記載しています。各ご利用者の利用料金は、介護保険負担割合証に記載してある利用者負担の割合に応じた金額となります。

(2) 法定外費用

- 1 居住費については、外泊及び入院時に、お部屋を確保している場合は費用を徴収させていただきます。
- 2 介護保険料を滞納している場合は、いったん利用者が、施設介護サービス費（10割）を支払い、その後、市に対して保険給付分を請求していただくことになります。

(3) その他の介護保険給付対象とならないサービス

利用料金の全額が利用者及び契約者の負担となります（利用時のみ請求します）

(4) その他医療費等の自費支払いの徴収について

施設サービス以外の医院等の請求書により医療費等を支払う場合は、事業所で一時的に金銭をお預かりし、事業所から医院等へお支払いをすることがあります。

(5) 利用者負担金の支払い方法

上記利用者負担金の支払いは、毎月10日頃に月単位で請求しますので毎月28日までにお支払いいただきますようお願いいたします。

お支払方法は、現金、銀行振込、銀行口座自動引落しの3方法があります。契約時にお選びください。

(6) 領収書の発行

事業者は、利用者から支払いを受けたときは、利用者に対し領収書を発行します。

(7) サービス提供証明書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受け、利用者から求められたときは、利用者に対し提供した老人福祉施設介護サービスの内容、利用単位、費用等を記載したサービス提供証明書を交付します。

(8) 居室の明け渡し

契約が終了するときは、利用者負担金を支払いの上、契約終了日までに居室を明け渡していただきます。

10. 事業の目的と運営方針

介護保険法の理念に基づき、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利用者に対し、適正なサービスを提供することを目的とします。

利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭において、入所前の居宅における生活と入所後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことができるよう支援します。

地域や家族との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業所、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サービス又は福祉サービスを提供する者と密接な連携を努めるものとします。

11. 相談窓口、苦情対応について

提供する介護サービスについて、利用者等から苦情が寄せられたときは、次のとおり迅速かつ的確な対応により適切な解決につとめます。

(1) 苦情解決責任者

地域密着型特別養護老人ホーム たまゆの杜 所長：番家 正司

(2) 苦情受付責任者

地域密着型特別養護老人ホーム たまゆの杜 生活相談員：古藤 妙子

(3) 受付時間

午前9時から午後5時

(4) 法人の住所及び電話番号

〒699-0202 島根県松江市玉湯町湯町 1924 番地 1

地域密着型養護老人ホーム たまゆの杜

(TEL) 0852-62-8500

(FAX) 0852-62-8504

(5) 苦情解決の方法

○苦情があった場合には、直ちに介護責任者、介護支援専門員が面接等により詳しい事情を伺うとともに事実確認を行ない、介護責任者、介護支援専門員が必要であると判断した場合は、管理者と他部署を含めたところで検討会議を開催し、速やかに利用者及びその家族に具体的な対応を行います。

○苦情の内容及び開催した会議、対応した内容等の記録も保管し、再発防止に役立てます。

○普段から苦情が出ないようなサービスの提供ができるよう、毎朝のミーティングで確認するとともに、スタッフの研修参加を励行します。

12. 身体拘束の禁止

施設サービス従業者は、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、下記のような緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束・その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。なお、緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、利用者やその家族に拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、期間等について説明し、文書による同意を得ることとします。

「緊急やむを得ない場合」

- ・利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合
- ・身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がない場合

- ・身体拘束その他の行動制限が一時的なものである場合

13. 虐待の防止

施設における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話等を活用して行うことができるものとする）を定期的で開催するとともに、その結果について介護職員その他の職員に周知徹底を図ります。

施設における虐待の防止のための指針を整備し、施設において介護職員その他の職員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。

14. 介護事故発生時の対応について

○利用者に対する介護の提供により発生した事故に対しては、迅速かつ円滑に対応します。また、支援専門員及び管理者が責任を持って事後処理に当たります。

当該利用者の家族と連携を密にし、状況によっては市町村へも連絡をとり処置を講じます。

○利用者に対する適切な対応の後、リスク管理委員長及び管理者を軸に事故発生の原因解明、再発生を防ぐための対策を講じる事故対策委員会を開き検討します。

○損害賠償等に関しては、現在加入している事業者用損害賠償責任保険に報告し、要賠償の場合は円滑に対応するように計らいます。

15. 緊急時における対応について

○職員は、サービス実施中に利用者の心身の状況に異常その他緊急事態が生じたときには速やかに主治医に連絡などの措置を講ずるとともに、管理者に報告いたします。

○主治医との連絡並びに指示が得られなかった場合には、事業所が定めた協力医療機関へ連絡するとともに受診等の適切な処置を講じます。

16. 地震災害発生時の対応について

○震度5強以上の地震が発生した場合はライフラインの損傷をきたす事が予測されます。

さらに、固定電話、携帯電話共につながりにくい状況に陥る可能性が大きくなります。

○ご利用者の安否状況は、NTT西日本の災害用伝言ダイヤル（171）を活用し、提供するものとします。

○ご利用者すべてのご家族へ伝言を伝える事は困難である為、病気の悪化・怪我などで御家族にお知らせが必要な方を優先的に行うものとします。

○ご家族の方は、固定電話を利用し、次の手順で安否確認を行ってください。

（171）＋（2）＋（0852-00-0000（自宅の電話番号を市外局番から））

ガイダンスに従って操作してください。

たまゆの杜からの伝言メッセージが入っていない場合は施設で元気に過ごされていると理解してください。

17. 災害対策について

施設は、非常災害に関する具体的計画を作成するとともに、非常災害に備えるため、想定される災害に係る避難訓練、救出その他必要な訓練を年2回実施し、そのうち1回は夜間訓練又は夜間訓練又は夜間を想定した訓練を行います。

18. 当施設利用の際の留意事項

○来訪 面会

来訪者は、その都度職員に届け出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。面会時間は、緊急の場合を除き午前9時から午後9時までとなっています。ただし、インフルエンザなどで入所者の方や職員へ感染の恐れがある場合は、面会をご遠慮ください。

○外泊・外出

外泊又は外出する場合は、その都度、外泊先、要件、施設へ帰着する予定日時などを管理者に届けてください。

○居室・設備器具の使用

施設内の居室・設備及び器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただく場合があります。

○喫煙

決められた場所以外での喫煙はお断りします。

○迷惑行為等

騒音等、他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮ください。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないでください。

19. 提供するサービスの第三者評価実施状況

実施なし。

地域密着型特別養護老人ホーム入所開始にあたり、利用者・利用者代理人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ました。

< 事業者 >

住 所 島根県隠岐郡隠岐の島町栄町 1088 番地
事業者名 社会福祉法人 隠岐共生学園
代表者名 理事長 名越 彰 印
(指定番号 3290100134)

< 説明者 >

所 属 地域密着型特別養護老人ホーム たまゆの杜
氏 名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から地域密着型特別養護老人ホーム介護サービスについて重要事項の説明を受け了承しました。

令和 年 月 日

< 利用者 >

住 所
氏 名 印

< 身元引受人 >

住 所
氏 名 印