

特別養護老人ホームユーシャイン（空床）

短期入所生活介護事業所 ユーシャイン

# 重要事項説明書

社会福祉法人 優輝福社会

## 重要事項説明書（短期入所生活介護サービス）

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生省令第37号第125条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

### 1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 優輝福祉会
事業者の所在地	広島県三次市吉舎町吉舎606番地
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 森重 利夫
電話番号	0824-43-3121

### 2. ご利用施設

施設の名称	介護老人福祉施設 ユーシャイン
施設の所在地	広島県庄原市総領町中領家476番地
施設長名	管理者 伊藤 昌代
事業所番号	3474700212
電話番号	0824-88-3000
ファクシミリ番号	0824-88-3030
ホームページ	<a href="https://www.yuukifukushikai.com/">https://www.yuukifukushikai.com/</a>
メールアドレス	youshine@yuukifukushikai.com

### 3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		広島県知事の事業者指定		利用定数
		指定年月日	指定番号	
施設	特別養護老人ホーム	平成12年4月1日	広島県3474700212号	50人
居宅	通所介護	平成12年4月1日	広島県3474700170号	10人
	訪問介護	平成12年4月1日	広島県3474700121号	
	短期入所生活介護	平成12年4月1日	広島県3474700139号	8人

### 4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	居宅において要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適切な短期入所生活介護を提供することを目的とする。
施設運営の方針	<p>○要介護者等の心身の特性を踏まえて、利用者が要介護状態となった場合、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。</p> <p>○事業の実施に当たっては、関係市町村・地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>○利用者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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。</p>

5. 施設の概要

敷 地		1 1 4 6 8 . 4 2 2 6 m <sup>2</sup>
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造平屋1階建
	延床面積	2 6 2 5 . 0 5 2 5 m <sup>2</sup>
	利用定員	5 0 名

( 1 ) 居室

居室の種類	室 数	面 積	1人あたり面積
1人部屋	6	1 9 . 1 3 m <sup>2</sup>	1 9 . 1 3 m <sup>2</sup>
1人部屋	2 0	14.88・15.2375・15.44m <sup>2</sup>	1 4 . 9 5 m <sup>2</sup>
4人部屋	6	3 6 . 0 0 m <sup>2</sup>	9 . 0 0 m <sup>2</sup>

( 2 ) 主な設備

設備の種類	数(既存)	面 積	数	面 積
食 堂 ( 1 )	1 室	7 9 . 8 0 m <sup>2</sup>	デイルーム 2 室	2 6 . 5 0 5 m <sup>2</sup>
食 堂 ( 2 )	1 室	4 5 . 0 0 m <sup>2</sup>		
食 堂 ( 3 )	1 室	4 7 . 8 8 m <sup>2</sup>		
機能訓練室	1 室	2 6 . 9 5 m <sup>2</sup>	配膳室 1 室	1 0 . 8 5 m <sup>2</sup>
一般浴室	1 室	3 4 . 8 7 5 m <sup>2</sup>	脱衣兼 1 室	8 . 8 3 5 m <sup>2</sup>
機械浴室	特殊浴槽 1 台	3 3 . 2 5 m <sup>2</sup>		
医務室	1 室	1 1 . 8 9 5 m <sup>2</sup>		
静養室	1 室	1 2 . 4 8 m <sup>2</sup>	休憩室 1 室	8 . 2 7 5 m <sup>2</sup>
洗面所	1 階 1 箇所	1 2 . 9 2 5 m <sup>2</sup>		
便 所	1 階 1 箇所	5 5 . 9 2 m <sup>2</sup>	1 4 室	3 7 . 7 5 5 m <sup>2</sup>
看護師室	1 室	1 6 . 6 5 m <sup>2</sup>		
介護材料室	1 室	2 4 . 0 0 m <sup>2</sup>		
ワーカー室	1 室	3 3 . 8 1 2 5 m <sup>2</sup>	1 室	2 6 . 0 3 2 5 m <sup>2</sup>
面接室	1 室	1 6 . 2 7 5 m <sup>2</sup>		
宿直室	1 室	1 6 . 0 0 m <sup>2</sup>		

6. 職員体制 (主たる職員)

令和6年6月1日現在

従業者の職種	員数	区分				指定基準	保有資格
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
施設長	1	1				1	
医師	1				1	1 以上	
生活相談員	1	1				1	社会福祉士
介護職員	2 3	1 7	1	5		1 9 . 4 以上	介護福祉士 1 3 名
看護職員	6	5		1			
機能訓練指導員	1	1				1 以上	理学療法士 1 名
管理栄養士	1	1				1 以上	管理栄養士 1 名
栄養士	0						
介護支援専門員	2		1	1			

## 7. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）常勤で勤務	月8～9日
生活相談員	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）常勤で勤務	月8～9日
介護職員	早番（7：00～15：30） 日勤（8：30～17：00） 遅出（11：00～19：30） 夜勤（16：00～9：00） ・昼間（8：30～17：00）は、原則として職員1名あたり入所者5名のお世話をします。 ・夜間（16：00～9：00）は、原則として職員1名あたり入所者20名のお世話をします。（特別養護老人ホームと一体で運用します。）	月8～9日
看護職員	・介護職員同様勤務体制 ・正規の勤務時間帯（8：30～17：00）、特別養護老人ホームの看護師あわせて通常の1名体制で勤務。 ・夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。	月8～9日
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）常勤で勤務	月8～9日
医師	週1日（月曜日）、14：30～16：30まで勤務	
管理栄養士	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）常勤で勤務	月8～9日

## 8. 営業日及びご利用の予約

営業日	年中無休
ご利用の予約	ご利用の予約は、利用を希望される期間の初日の2カ月前から受け付けております。

## 9. 施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています）

### (1) 介護保険給付サービス

種類	内容	利用料
食事の介助	・食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるように配慮します。 （食事時間） 朝食 7：30～8：30 昼食 12：00～13：00 夕食 18：00～19：00	食費は給付対象外です
排泄の介助	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、1日4回の交換を行うとともに、必要な場合はこれを超えて交換を行います。	介護保険負担割合証に応じて、お支払いいただけます。
入浴の介助	・週2回の入浴または清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は機械を用いての入浴も可能です。	

着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。</li> <li>・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。</li> <li>・シーツ交換は週1回、寝具の消毒は適宜実施します。</li> </ul>	介護保険負担割合証に応じて、お支払いいただきます。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・機能訓練指導員（看護職員）による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。</li> </ul> (当施設の保有するリハビリ器具) 歩行器 9機 車椅子 50機 平行棒 1機	

(注) おむつ代は、介護保険給付となっていますので、ご負担の必要はありません。

健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・常に入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとります。</li> <li>・嘱託医師により、週1回診察日を設けて健康管理に努めます。また、緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。</li> <li>・入所者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。</li> </ul> (当施設の嘱託医師) 氏名：濱崎 政宏 診療科：内科(庄原市国保総領診療所) 診察日：毎週月曜日 14:30～16:30	介護保険負担割合証に応じて、お支払いいただきます。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設は、入所者及びそのご家族からのいかなる相談についても、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。</li> </ul> (相談窓口) 生活相談員 牧原 拓矢	
送迎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付きの送迎車で入退所の送迎を行います。</li> </ul>	

(2) 介護保険給付外サービス

種類	内容	利用料
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。</li> <li>・栄養士による食材の検収により、新鮮で安価な食材を提供します。</li> </ul>	料金表の通りご負担いただきます。
居室	プライバシーが保護され安心してゆっくり休んでいただける居室を提供いたします。	料金表の通りご負担いただきます。

送 迎	当施設の事業実施区域外の方、あるいは実施区域内で特に送迎をご希望の方に、リフト付きの送迎車で送迎を実施します。	料金表の通りご負担頂きます。
レクリエーション行事	当施設では、レクリエーション行事を用意しております。参加されるか否か任意です。	施設外レクリエーションについて実費（交通費・入場料等）

(注)居室に係る滞在費及び食費については、負担限度認定証に記載された額によるものとします。

## 10. 苦情解決の体制

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、当施設ご利用相談室までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱（玄関に設置）での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

■苦情・虐待受付 窓口担当者 次長 牧原 拓矢  
 電話番号（0824-88-3000）  
 FAX番号（0824-88-3030）

■第三者委員 上杉千恵美 電話番号0824-73-0559 歌手  
 奥 易之 電話番号0824-88-2548 無職  
 宮崎 文隆 電話番号0824-66-2317 団体役員

### (1) 公的機関の苦情受付窓口

下記の公的機関においても、苦情及び虐待の申し出等ができます。

市町村介護保険相談窓口 庄原市総領支所 地域振興室 市民生活係	所在地 広島県庄原市総領町下領家280番地1 電話番号 0824-88-3110 FAX番号 0824-88-2978 対応時間 8時30分～17時15分
庄原市高齢者福祉課 介護保険係	所在地 庄原市中本町一丁目10-1 電話番号 0824-73-1167 FAX番号 0824-75-0245 対応時間 8時30分～17時15分
三次市福祉事務所 高齢者福祉課 介護保険係	所在地 三次市十日市中二丁目8-1 電話番号 0824-62-6387 FAX番号 0824-62-6285 対応時間 8時30分～17時15分
府中市福祉事務所 介護福祉係	所在地 府中市広谷町919-3 電話番号 0847-40-0222 FAX番号 0847-45-5522 対応時間 8時30分～17時15分
広島県国民健康保険 団体連合会（国保連） 介護保険課	所在地 広島市中区東白島町19番49号国保会館 電話番号 082-554-0783 FAX番号 082-511-9126 対応時間 8時30分～17時15分

(2) 処理体制及び手順

1. 苦情があった場合は、直ちに利用者側と連絡を取り、直接利用者宅に訪問するなどして、事情を聞き、苦情の内容を確認します。
2. 担当者は苦情内容を正確に管理者に報告します。
3. 管理者は、担当者及び他の従業員を加え苦情処理に向けた検討を行い、その結果を基に具体的な対応を指示します。
4. 管理者は、利用者によく話し合い苦情解決に努め、今後の再発防止に向け、必要な措置を講じます。
5. 苦情処理の経過及び結果について台帳に記録し、再発防止に役立てます。

(3) その他参考事項

1. 管理者は、利用者からの苦情に対し、必要があるときには市町村に連絡をします。
2. 管理者は、利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行なう調査に協力し、また、国民健康保険団体連合会からの指導、助言に従って必要な改善を行います。
3. 普段から利用者からの苦情が出ないようサービス提供を心がけます。

1 1. 事故発生時の対応について

1. 当事業所は、万全の体制で指定サービスの提供に当たりますが、万一、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業者、関係市町村等に連絡をするとともに、事故に遭われた方の救済、事故の拡大防止など必要な措置を講じます。
2. 当施設の責に記すべき事由により利用者の生命・身体、財産等に損害を与えた場合には、誠意を持って速やかに損害賠償を行います。その為に損害保険を付保します。  
但し、その損害の発生について利用者に故意または過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる場合には、当施設の損害賠償責任を減じる場合があります。また、施設の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

1 2. 虐待防止のための措置

事業所は、虐待防止に関する責任者の設置、従業者に対する虐待防止啓発のための定期的な研修の実施、成年後見制度を活用した権利擁護、苦情解決体制の整備、自治体における虐待防止に関する相談窓口の周知等、虐待防止のための措置を講じるよう努めます。

1 3. 協力医療機関

医療機関の名称	庄原市国民健康保険総領診療所
院長名	瀧崎 政宏
所在地	広島県庄原市総領町下領家71番地
電話番号	0824-88-2611
診療科	内科
入院設備	無
救急指定の有無	有
契約の概要	当施設と国保診療所とは、入所者に病状の急変があった場合、責任をもって対応する。

#### 1 4 . 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「介護老人福祉施設ホームユーシャイン 消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	総領町内会（総領町消防団）と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等	別途定める「介護老人福祉施設ホームユーシャイン 消防計画」にのっとり、年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。			
防災設備 (特別養護老人ホームと共通)	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	なし
	非難階段	なし	屋内消火栓	3個所
	消火器	31本	自動火災報知機	あり
	非常通報装置	あり	誘導灯	10個所
	漏電火災報知機	あり	ガス漏れ報知機	あり
	非常用電源	あり		
	カーテン、布団等は防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日：平成21年4月17日 防火管理者：原 崇通			

#### 1 5 . 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ず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。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
嘱託医師以外の医療機関への受診	利用者の受診の場合には、状態に合わせて受診します。その介添えについてもできるだけ配慮します。（原則は家族の方で受診）
居室・設備・器具の状況	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒は、医師から制限された方を除き相談に応じます。
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願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	利用の際所持品のチェックをさせていただき管理をします。
現金等の管理	申し出により管理します。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
職員に対する暴力行為等	職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）、職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）及び職員に対するセクシャルハラスメント（性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）は厳に慎んでください。

#### 1 6 . 秘密保持

業務上知り得た利用者及び家族の秘密は厳密に保持します。



【説明確認欄】

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

当事業者は、短期入所サービス契約の締結に当たり、甲に対して、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) サービス事業者

事業者名 社会福祉法人 優輝福祉会  
事業者住所 広島県三次市吉舎町吉舎606番地  
事業所名 短期入所生活介護事業所 ユーシャイン  
代表者氏名 理事長 森重 利夫 ㊞

説明者 (職種) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ ㊞

私は、本書面に基づいて乙の職員から、上記重要な事項の説明を受けたことを確認します。

(甲) 利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

利用者の家族等 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

続柄 ( \_\_\_\_\_ )

署名代行者

私は、次の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

( 理由 : \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

続柄 ( \_\_\_\_\_ )