指定短期入所（ユニット型）重要事項説明書

あなたに対する指定介護老人福祉施設利用サービス提供開始にあたり、指定老人福祉施設運営規定第１０条に基づいて当事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　観音の里
法人所在地	宮崎県都城市高城町大井手 219-1
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長　吉見多喜雄
設立年月日	昭和 58 年 7 月 30 日

２．ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム高城園東館
事業所番号	４５７０２０３２８３
サービスの種類	短期入所生活介護（空床型）
施設の所在地	宮崎県都城市高城町穂満坊３４３８番地１
施設長名	園　長　吉見　いち子
電話番号	０９８６－５８－４５５０

３．ご利用施設で併せて実施する事業

事業の種類		宮崎県知事の事業者指定		利用定員
		指定年月日	指定番号	
施設	特別養護老人ホーム高城園	令和　8 年 4 月 1 日	4571700352	多床型 50 人
	特別養護老人ホーム高城園東館	令和　8 年 4 月 1 日	4570203283	ユニット型 30 人
居宅	通所介護	令和　8 年 4 月 1 日	4571700303	1 日 20 人
	総合事業通所介護	令和　6 年 4 月 1 日	4571700303	
	短期入所生活介護	令和　8 年 4 月 1 日	4571700352	10 人
	介護予防短期入所生活介護	令和　6 年 10 月 1 日		
居宅介護支援事業		令和　8 年 4 月 1 日	4571700329	80 人未満
身体障害者短期入所		令和　6 年 10 月 1 日	4510200126	10 人

４．事業の目的及び運営方針

１．施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者が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にすることを目指す。

２．施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者その者の立場に立って指定介護福祉施設サービスの提供に努める。

３．施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村等保険者（以下「保険者」という。）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、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

５．施設の概要（特別養護老人ホーム空床型）

（１）敷地・建物

敷　　地		4,206　㎡
建　　物	構　　造	鉄筋コンクリート造一部鉄骨造（耐火構造建築）
	延べ床面積	1,294 ㎡
	利用定員	30 人

（２）居　室・設　備

居室・設備の種類	面　　積	設　備
個　　室	30　室	エアコン、床暖房、洋式トイレ、洗面台 洋服タンス、低床モーターベッド
共同生活室 （リビング）	3 室 3ユニット	各ユニット
共同トイレ	3 室 3ユニット	各ユニット
浴　　室	3 室 3ユニット	リフト付浴槽各ユニット 特浴槽　1 台

ご利用者が入院等により部屋が空いた場合のみ利用可。

６．職員の体制

職員の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格者
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
施設長	1	1				1.0		
生活相談員	1		1			0.5		1
介護職員	15	12	3	1		14.1		15
看護職員	4	4		1		4.7		5
機能訓練指導員	1	1			1	1.1	1	1
介護支援専門員	3		3			1.5	1	3

医　　師	2				2	0.1		2
管理栄・栄養士	2	各1				2	1	2
事　務　職　員	2	2				2		3
調　　理　　員	外　　部　　委　　託							

7．職員の勤務体制

職　　種	勤　　務　　体　　制	休　　暇
施　　設　　長	正規の勤務時間帯　　8時30分～17時30分	4週8休
生 活 相 談 員	正規の勤務時間帯　　8時30分～17時30分	4週8休
介　護　職　員	早出の勤務時間帯　　7時30分～16時30分 正規の勤務時間帯　　8時30分～17時30分 中出の勤務時間帯　　10時00分～19時00分 遅出の勤務時間帯　　11時00分～20時00分 夜勤の勤務時間帯　　17時00分～10時00分	4週8休
看　護　職　員	正規の勤務時間帯　　8時30分～17時30分 原則として1日2名体制で勤務します。 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。	4週8休
機能訓練指導員 理 学 療 法 士	正規の勤務時間帯　　8時00分～17時00分 正規の勤務時間帯　　10時30分～11時30分 機能訓練指導日　週1回　（毎週金曜日）	非常勤
介護支援専門員	正規の勤務時間帯　　8時30分～17時30分	4週8休
医　　師	火曜日又は金曜日	
栄　　養　　士	正規の勤務時間帯　　8時15分～17時15分	4週8休
調　　理　　員	外　　部　　委　　託	

8．施設サービスの概要

（1）介護保険の基準サービス

種　　類	内　　容
食 事 介 護 等	・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ーに富んだ食事を提供します。但し、食材料費は給付対象外です。 ・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただくよう配慮します。 （食事時間）　朝　食　8時00分 昼　食　12時00分 夕　食　18時00分

排　　泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入　　浴	・年間を通じて週２回の入浴又は清拭を行います。 （入浴日）　毎週　月曜日～土曜日 ・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。 特殊浴槽　　１台
離床、着替え、整容等	・寝たきり防止のため、できる限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。 ・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をします。 ・シーツ交換は、週１回、寝具の消毒は年１回実施します。
機　能　訓　練	・機能訓練指導員及び理学療法士による入所者の状況に適合したリハビリや生活リハビリを行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 ・機能訓練加算：常勤の機能訓練指導員を配置（看護職員１名）
健　康　管　理	・当施設の嘱託医師により週１回診療日を設けて健康管理に努めます。 当施設の嘱託医師 所属病院名　　吉見病院及び吉見クリニック 医師氏名　　吉見多喜雄　　吉見雅博 医師の診察日　　火曜日　　金曜日 診察時刻　　15時30分 ～ 16時30分 ・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持って引き継ぎます。 ・協力医療機関　　吉見病院　　診療科目　　内科、外科
相談及び援助	・当施設は、利用者及びご家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 相談窓口担当　　生活相談員　　竹迫絵里
社会生活上の便宜	・当施設では、必要な教養娯楽設備を備えると共に、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 ・主なクラブ活動　　歌謡クラブ　　ちぎり絵 ・クラブ活動（活動費用を本人に負担していただく場合があります。） ・主なレクリエーション 年間施設行事計画に沿って実施します。 誕生会・施設行事・レクリエーション（レクリエーションは、経費を本人に負担していただく場合があります。

社会生活上の便宜	・行政機関に対する手続きが必要な場合には、利用者及びご家族の状況によっては代行いたします。
送　　迎	・身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分の来所が困難な方は、リフト付きの送迎車で入所者の送迎を行います。

（2）介護保険の基準外サービス

サービスの種別	内　　容
理　　髪	・美容師の出張による理髪サービスを利用いただけきます。(随時)
日常生活用品の購入代行	・利用者及びご家族が自ら日常生活用品の購入が困難である場合は、施設の購入代行サービスをご利用いただけます。ご利用いただく場合は、止む得ない場合を除き、2 日前までに購入代金を添えて担当者へ申し込みください。 担当者　　介護職　　各居室担当者 ・購入代金を添えて申し込まれた場合は、購入代金の受領預書を利用者に交付します。
金　銭　管　理	・自らの手による金銭の管理が困難な場合は、金銭管理サービスをご利用いただけます。 ・管理する金銭の限度は、相談の上決定する。 ・管理する金銭は、指定する金融機関の預金通帳に預け入れているものを施設で管理します。 ・お預かりするものは、預金通帳と印鑑（原則として１つ） ・通帳は事務室の大金庫に、印鑑は、小金庫に保管します。 ・施設長が責任をもって通帳と印鑑を管理します。 ・預金の出納方法は、「預かり金管理要領」のとおりです。

９．サービス利用料金（１日あたり）

下記の料金表によって、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）と居室と食事に係る自己負担の合計金額をお支払下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

（1）短期入所：ユニット型個室（1 日あたり）

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
サービス利用料金	7,０４０	7,７２０	8,４７０	9,１８０	9,８７０
利用料金自己負担金	７０４	７７２	８４７	９１８	９８７
サービス提供強化加算(Ⅱ)	１８				
看護体制加算（Ⅰ）	4				
看護体制加算（Ⅱ）	8				

機能訓練体制加算	１２
夜勤職員配置加算（Ⅱ）	１８

（２）介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　18 単位/日

①介護福祉士が 60%以上配置されている。

（３）常勤の看護師の配置や手厚い看護職員の配置等に対する評価

①　看護体制加算（Ⅰ）　定員 30 の施設　（算定要件有）　4 単位/日

②　看護体制加算（Ⅱ）　定員 30 の施設　（算定要件有）　8 単位/日

（４）夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を１人以上上回っていること。

夜勤職員配置加算　定員 30 の施設　（算定要件有）　18 単位/日

（５）看取り連携体制加算　死亡日以前 30 日以下、7 日限度　64 単位/日

（６）介護職員処遇改善加算（Ⅰ）ロ　17.6%の単位

（７）食事に係る負担額（1 日あたり）

被保険者第１段階	３００円
被保険者第２段階	６００円
被保険者第３段階	3 段階①１,０３０円　3 段階②１,３６０円
被保険者第４段階以上	１,５４５円（朝食 445 円・昼食 550 円・夕食 550 円）

（８）居住に係る負担額（1 日あたり）

被保険者第１段階	８８０円
被保険者第２段階	８８０円
被保険者第３段階	3 段階①・②　１,３７０円
被保険者第４段階以上	２,０６６円

（９）その他の費用の額

区　　分	利　　用　　料
理美容サービス	・散髪　実費
洗　　濯	・クリーニング業者依頼分　実費
日常生活用品の購入代行サービス	・日常生活用品の購入依頼のあった品物を購入するのに要した金額の実費
金銭管理サービス	・希望者のみご利用いただけます。　無料

(10) 利用者の選定により提供するもの

区　　分	利　　用　　料
特別な食事	・要した費用の実費
日常生活に要する費用で本人に負担いただくことが適当である物	・レクリエーション費用 ・クラブ活動費用

１０．虐待防止対策

利用者の人権擁護、虐待防止に務める観点から次に掲げる必要な措置を講じる。

（１）虐待防止に対する責任者は施設長とし、職域責任者で「虐待防止検討委員会」を構成する。(別表①)

（２）職員が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整備する。

（３）指針を整備し、定期的に「虐待防止検討委員会」を開催するとともに職員に対し、その結果について周知徹底を行う。

（４）虐待防止のため定期的に研修会を実施する。

（５）サービス提供中に、当施設の職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかに関係機関へ通報する。

（６）成年後見制度の利用を支援する。

１１．身体拘束の原則禁止

サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため、緊急止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（以下「身体拘束という）を行ってはならない。

２．やむを得ず身体拘束を行う場合は、利用者及びキーパーソンの同意を得た上で例外３原則（緊急性・非代替性・一次性）に則り必要最小限の範囲で行う。その場合は、身体拘束の態様・目的・拘束の時間・経過観察や検討内を記録し、５年間保存する。

３.「身体拘束適正化委員会」を組織し指針を定め、定期的に開催するとともに職員に対しその結果について、周知徹底を図るとともに研修会を実施する。(別表②)

１２．安全対策について

利用者の安全・安心な利用に努める観点から、事故防止に関する指針を定め、「安全対策委員会」を組織し定期的に開催するとともに研修員会を行う。

２．介護事故予防や再発防止の対策として安全対策担当者を配置する。(別表③)

３．職場全体で安全対策に取り組む。

４．日々の介護の中で起こる（ヒヤリ・ハット）や介護事故の事例を共有しそこから必要に応じて設備や運営マニュアルの見直し、改善などを検討実施する。

５．事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を職員に周知徹底する体制の整備を行う。

１３．褥瘡防止対策

褥瘡委員会を3ヶ月に1回以上開催し、当施設の褥瘡対策を討議・検討し、その効率的な

推進を図り、予防と治療を行います。

１４．感染症対策

感染症対策委員会を３ヶ月に１回以上開催します。感染対策委員会では、感染症に対する予防対策を討議・検討し、感染源の隔絶、除去及び感染経路の遮断に取り組み、安全な生活環境の構築に努めます。

１５.カスタマーハラスメントへの対応

１　事業者は、利用者又はその家族等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超える要求又は言動により、職員の就業環境を害するおそれのある行為（以下「カスタマーハラスメント」という。）について、職員の安全及び尊厳を確保し、適切な介護サービスを継続的に提供するため、組織として必要な対応を行うものとする。

２　前項に定めるカスタマーハラスメントには、次に掲げる行為を含むものとする。

だたし、これらに限られるものではない。

（１） 暴言、威圧的な言動、人格を否定する発言

（２） 業務の範囲を超える過度又は不当な要求

（３） 合理性を欠く長時間の拘束や、執拗な要望・クレーム

（４） その他、職員の就業環境を著しく害する行為

３　事業者は、職員が安心して相談できる相談体制を整備し、職員研修や対応マニュアルを整備して、必要に応じて法人本部、関係機関等と連携しながら対応するものとする。

４　事業者は、カスタマーハラスメントが発生した場合、複数名による対応、事実関係の記録、管理者への報告等を行い、状況に応じて適切な対応を講ずるものとする。

５　カスタマーハラスメントが継続し、又は著しく悪質であると認められる場合には、サービス提供方法の見直しその他必要な措置について、利用者又はその家族等と協議を行うことがある。

１６．苦情申立先

（１）事業所に対する苦情や相談受付

当施設ご利用相談室	窓口担当者	生活相談員	竹迫　絵里
	ご利用時間	平　日	９：００～１７：００
	苦情解決責任者	管理者	吉見　いち子
	第三者委員	元施設勤務	宮脇　茂美　５８－３７１４
	第三者委員	元民生委員	中山あつ子　５８－３０３０
	連　絡　先	電　話	０９８６－５８－４５５０
		苦情箱	施設内に設置

（２）行政機関その他苦情処理受付

行　政　機　関 介護保険担当課	都城市（23-2114）　　高城支所（58-2312） 高崎支所（62-1112）　　山田支所（64-1114） 山之口支所（57-3112）　三股町　（52-9062）
宮崎県社会福祉協議会苦情受付窓口 宮崎県運営適正化委員会 宮崎県国民健康保険連合会	宮崎市原町２－２２ ０９８５－６０－０８２２ ０９８５－３５－５３０１

１７．協力医療機関（1）事業所に対する苦情や相談受付

医療機関の名称	医療法人　吉誠会　吉見病院
院　長　名	吉見　多喜雄
所　在　地	宮崎県都城市高城町穂満坊４５７－１
電 話 番 号	０９８６－５８－２３３５
診 療 科 目	内科・外科
入 院 設 備	ベッド数　　75 床
緊急指定の有無	有
契約の概要	利用者に病状の急変があった場合、診療を依頼

１８．協力歯科医療機関

歯科医療機関の名称	東歯科医院
院　長　名	東　泰　蔵
所　在　地	北諸県郡三股町花見原 6－5
電 話 番 号	０９８６－５２－６００４

１９．非常災害の対策

非常時の対応	別途定める「当施設消防計画」に沿って対応します。
近隣との協力関係	地域の消防団との協力連携を図り、非常時には相互の応援を仰ぐ。また、施設と消防署とは非常通報装置により非常連絡が行える体制を図っています。
平常時の避難訓練及び防災設備	別途定める当施設の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、利用者の方も参加して実施します。
消防計画等	消防署への届け出日　　令和 ８年 ８月 １７日 防火管理者　　氏　名　安　摩　翼
事故発生時の対応	利用者に介護の提供により事故が発生した場合は、保険者、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行う。なお事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するものとする。利用者に対する介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行うものとする。

２０．当施設にご利用の際に留意いただく事項

来客・面会	来客者は、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。 来客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	原則として、ご家族での受診対応とさせていただきますが、なお対応できないご家族には、高城園での送迎もできます。(有料)
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従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､賠償していただくことがあります。
喫　　煙	敷地内禁煙となっております。
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、むやみに他の利用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	名前のご記入をお願いします。
現金等の管理	自己管理の場合は、厳重な保管をお願いします。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用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 の 飼 育	施設内でのペットの持込み及び飼育はお断りします。

私は、本書面に基づいて当施設職員（職名　　氏名　　）から

上記重要事項の説明を受けこれに同意します。

令和　　年　　月　　日

契 約 者　　住　　所

(利用者)　　氏　　名　　印

利用者の家族　住　　所

氏　　名　　印

継　　続