

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 法人名 社会福祉法人福祉の森
法人所在地 広島県呉市川尻町西6丁目10番1号
代表者氏名 銭谷 平
電話番号 0823-87-0280
2. 事業所の種類 指定防短期入所生活介護事業所(平成12年4月1日指定広島県指定 3474000183号)
指定介護予防短期入所生活介護事業所(平成18年4月1日指定広島県指定 3474000183号)
事業所所在地 広島県呉市川尻町西6丁目10-1
代表者氏名 藤田 憲子
電話番号 0823-87-0280 FAX番号 0823-87-0282
開始年月日 平成8年1月20日

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	事業者は、介護保険法令の趣旨に従い、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、利用者に対し、その日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等を使用させると共に短期入所生活介護サービスを提供します。
施設運営の方針	当施設にあっては、運営規程にそって在宅での自立生活支援に努めます。

4. 施設の概要

- (1) 建物 構造 鉄筋コンクリート造4階建(耐火建築) 利用定員 10名
延床面積 全てが935㎡ そのうちショートは、130.97㎡

(2) 居室

居室の種類	室数	面積	一人あたりの面積
2人部屋	3室(6床)	57.04㎡	9.61㎡
4人部屋	2室(4床)	38.44㎡	9.61㎡

(3) その他の主な設備(特別養護老人ホームと共用)

設備の種類	数	面積	一人あたりの面積
食堂	2室	84.50㎡	1.69㎡
機能訓練室	1室	96.72㎡	1.93㎡
一般浴室	1室	33.52㎡	
機械浴室	特殊浴槽 2台		
便所	13箇所		
医務室	1室		

5. 職員体制(主たる職員)

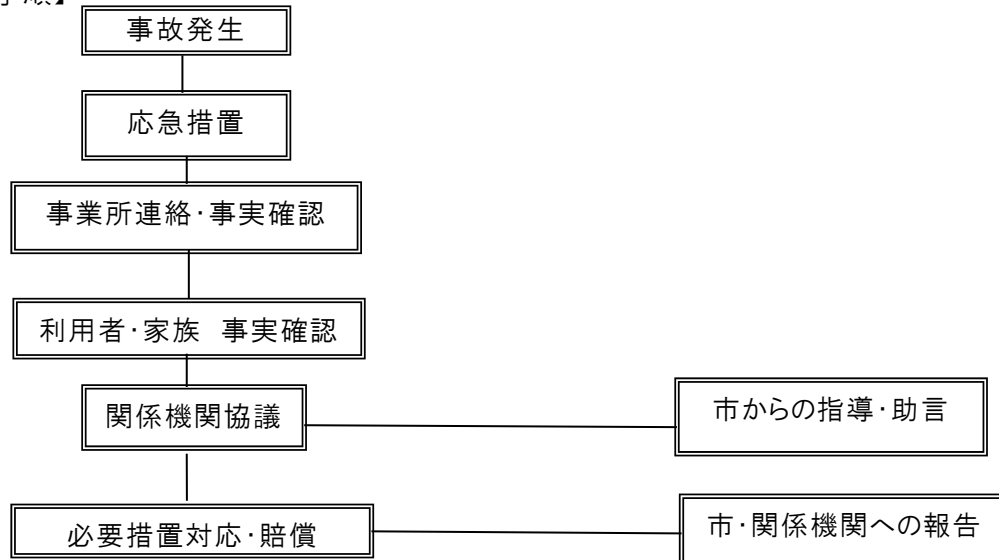
従業者の種類	施設長	介護支援専門員	生活相談員	介護職員	看護職員	機能訓練指導員	栄養士
員数	1	1	1	17	3	1	1

10. 事業者は、「身体拘束廃止委員会」を設置し、短期入所介護サービスの提供にあたっては、当該利用者または利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行わないものとする。

11. 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、利用者に対する短期入所介護サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、利用者に対する短期入所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には、損害賠償を速やかに行います。

【事故対応手順】



12. 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

(1) 常設の窓口（連絡先）

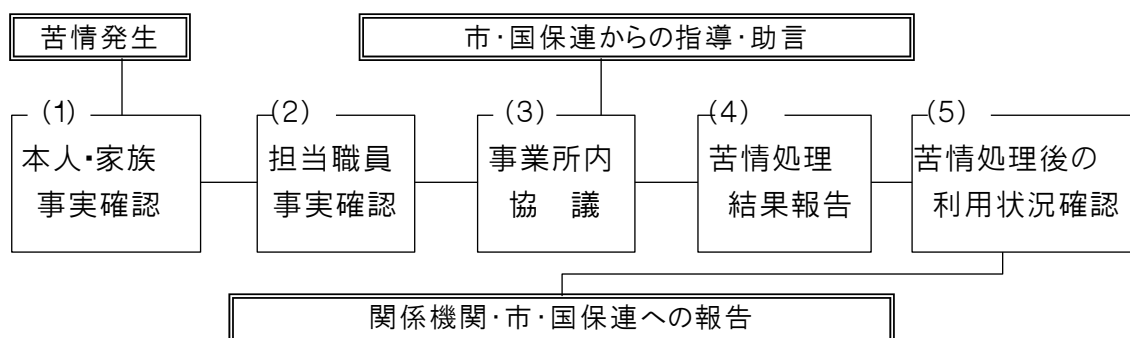
特別養護老人ホーム 恵の海 責任者：生活相談員 Tel (0823)87-0280

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制

市町村よりの指導、助言 国民健康保健連合会よりの助言

◎ 自らが提供した介護に対しての苦情

◎ サービス提供事業者に対する苦情



(3) 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

※事実確認のため現場責任者・介護職員へ確認し、対応検討する。

苦情処理が困難な場合、関係機関管理者・行政と協議のうえ、対応を検討する。迅速な処理を行うためにも、本人・家族の同席によって処理内容について理解と同意を得るよう配慮する。

※各サービス提供機関のサービスの質の向上のためにも苦情内容等、事例内容を通し、接遇についての検討会を各関係機関担当者等と実施する。

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

20. 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施する為非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

個人情報使用同意書

- 私(利用者及びその家族)の個人情報については、次に記載するところにより、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1. 使用する目的

利用者のための施設サービス計画にそって円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、行政、嘱託医、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。

2. 使用する期間

年 月 日 から 契約終了 まで

3. 条件

(1)個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

(2)個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

恵の海短期入所生活介護事業所 殿

〔利用者〕

住 所

氏 名

印

〔利用者の家族〕

住 所

氏 名

印

〔利用者の家族〕

住 所

氏 名

印

重 要 事 項 の 同 意 書

説 明 年 月 日	令和 年 月 日
-----------	---

事 業 者	所 在 地	広 島 県 呉 市 川 尻 町 西 6 丁 目 10 - 1
	事 業 者 名	恵 の 海 短 期 入 所 生 活 介 護 事 業 所
	説 明 者	㊞

利 用 者	住 所	
	氏 名	㊞

代 理 人	住 所	
	氏 名	㊞

※ この同意書は、介護保険の給付対象者である本人の行為であることが必要であります。このため、代理人については、本人に代わって、この契約行為を行い得る者である必要があります。（代理人は、法定代理人または任意代理人であるかは問いませんが、任意代理人については、本人の意思や立場を理解し得る立場の者であることが望ましいです。）

（例えば、同居親族または、近縁の親族など）