

「ケアハウス大地」重要事項説明書

社会福祉法人 天寿会

当施設は介護保険の指定を受けています。
(佐賀県指定 第 4170400057 号)

当施設は契約に基づき指定特定施設入居者生活介護又は指定介護予防特定施設入居者生活介護サービスを提供します。

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とおり説明致します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定等の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。

◇◆目次◆◇

1.	施設経営法人	1
2.	施設の概要	1
3.	職員の配置状況	3
4.	当施設が厳守すべき事項	3
5.	当施設が提供するサービス	4
6.	利用料およびその他の費用	5
7.	苦情の受付	6
8.	協力医療機関	6
9.	防災設備について	6
10.	利用にあたっての留意事項	7

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|----------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 天寿会 |
| (2) 所在地 | 佐賀県多久市北多久町大字小侍 640-1 |
| (3) 電話番号 | 0952-74-3100 (代) |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 諸隈 中 |

2. 施設の概要

- | | |
|-----------|--------------------------------------|
| (1) 事業の種類 | 指定特定施設入居者生活介護 (平成 16 年 10 月 1 日指定) |
| | 指定介護予防特定施設入居者生活介護(平成 18 年 4 月 1 日指定) |
| | 佐賀県指定 第 4170400057 号 |

- (2) 施設の名称 ケアハウス 大地
 (3) 所在地 佐賀県多久市北多久町大字小侍 132-6
 (4) 電話番号 0952-71-9611 (代)
 (5) F A X 番号 0952-71-9622
 (6) 管理者 菱沼顕乙
 (7) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造り 4階建て
 延べ床面積 3327.54 m²

(8) 施設の運営方針

- ①特定施設サービス計画又は介護予防特定施設サービス計画に基づき、利用者がその有する能力に応じ、自立した生活を営むことが出来るように、必要な入浴、食事、排泄などの日常生活のお世話およびレクリエーションや趣味クラブ活動並びに機能訓練などのサービスを提供いたします。利用者相互の交流を促進し、社会性の確保および閉じこもり等の孤立感の解消に努めながら、利用者の心身機能の維持並びに、ご家族の身体的・精神的負担の軽減になるよう支援させて頂きます。
- ②利用者の人格を尊重し、可能な限り利用者の意向に基づいてサービスを提供させて頂きます。
- ③指定特定施設入居者生活介護又は指定介護予防特定施設入居者生活介護の事業運営に当たっては、明るく家庭的な雰囲気を作り、地域や家庭との交流を重視します。また市町村保険者、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者（予防事業含）、その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供するものと協力し、利用者の意向に沿ったサービス提供を行わせて頂きます。

(9) 利用定員 50 人

(10) 主な設備

設備の種類	室数	面積
①居室	50 室 Aタイプ (40 室) Bタイプ (10 室)	22.20 m ² (1 室あたりの面積) 44.40 m ² (1 室あたりの面積)
①食堂	3 室	317.52 m ²
②機能訓練室	3 室	94.08 m ²
③浴室	7 室 一般浴室 (3 室) 自立支援浴 (3 室) 展望浴室 (1 室)	63.72 m ²

3. 職員の配置状況

当事務所では、利用者に対して指定特定施設入居者生活介護又は指定介護予防特定施設入居者生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種を配置いたします。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	職員数(兼務含む)	指定基準
管理者（施設長）	1 名	1 名
生活相談員	名	1 名
介護職員	名	名
看護職員	名	2 名
機能訓練指導員	名	1 名（兼務）
計画作成担当者	名	1 名（兼務）
栄養士	1 名	1 名（併設施設と兼務）
調理員	1 名以上	1 名

法令の人員配置基準は要介護者 3 人に対し 1 人となっています。ケアハウス大地では要介護者 2.5 人に対し、1 人の職員を配置いたします。

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 時 間
管理者	日勤 8：30～17：30 (土日祝日以外)
生活相談員	
看護職員	早出 7：30～16：30
介護職員	日勤 8：30～17：30
機能訓練指導員	遅出 10：00～19：00
計画作成担当者	夜勤 17：00～ 9：00

4. 当施設が厳守すべき事項

- (1) 生命、身体 of 安全確保に努めます。
- (2) 身体拘束を行いません。
- (3) 当施設の職員は、業務上知り得た利用者および御家族の情報を第三者に洩らしません。(但し医療機関には必要に応じて、体調・健康状況の情報を提供します)
- (4) 利用者および御家族の情報をを用いる場合は、あらかじめ当該利用者・御家族の同意を得ます。
- (5) 利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

5. 当施設が提供するサービス

種 類	内 容						
サービス計画書の交付	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの目標およびその達成時期、サービスの内容、ならびにサービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ特定施設サービス計画又は介護予防特定施設サービス計画を作成説明し、利用者の同意を得て書面をもって交付します。 						
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士がたてる献立表により、利用者の身体状況および嗜好を考慮した適時・適温の食事を提供します。 ・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。 ・医師の指示に基づき、適切な栄養量および治療食等を提供します。(食事時間) <table> <tr> <td>朝 食</td><td>7 : 30～8 : 30</td></tr> <tr> <td>昼 食</td><td>11 : 30～13 : 00</td></tr> <tr> <td>夕 食</td><td>17 : 30～19 : 00</td></tr> </table>	朝 食	7 : 30～8 : 30	昼 食	11 : 30～13 : 00	夕 食	17 : 30～19 : 00
朝 食	7 : 30～8 : 30						
昼 食	11 : 30～13 : 00						
夕 食	17 : 30～19 : 00						
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴または清拭を週 2 回以上行います (介助を必要としない方は毎日入浴できます) ・ご本人の状態に合わせた入浴を実施します。 						
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行います。 						
洗濯・掃除	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な洗濯・環境整備に努めます。 						
健康管理 (重度化した場合の対応)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の体調・健康状態等に応じ必要な健康管理、記録を行い主治医に健康の状況について情報を提供します。 ・看護職員や協力医療機関との連携により、24 時間連絡体制を確保し健康上の管理等を行う体制をとっています。 ・医療的に治療が必要でも、通院治療が可能な場合は、医療機関と看護職員が連携し、施設内での看護を行います。 ・入院治療を要する場合、緊急時必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に引継ぎます。 ・入院治療をして 1 ヶ月が経過し、その後も退院の見込みがない場合は退居していただくこととします。退居後の生活の場所等についてはご相談に応じます。 						
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を営むのに必要な機能の改善またはその減退を防止するための訓練を実施します。 						

離床 着替え 整容等	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
相談および援助	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、利用者およびご家族からのあらゆ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。 また、要介護認定等の申請の援助も行います。
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、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提供します。 ・主なレクリエーション（年間行事計画に沿って実施します） 誕生会、季節行事、秋祭、バスハイク、川柳、書道、元気体操、喫茶店、等 <p>※活動によっては、活動費用を本人に負担していただく場合があります。</p>
買い物代行	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活用品の購入は買い物送迎、もしくは通販をご利用ください。なお個別な買い物代行は、別に定める送迎費および介助サービス料金をいただきます。
買い物介助	<ul style="list-style-type: none"> ・週一回買い物送迎を行なっていますのでご利用ください。（バスが出ます）。
病院受診介助	<ul style="list-style-type: none"> ・協力医療機関へは、月～土曜日まで定期バスを運行し受診介助を行っていますので、ご利用ください。なおその他の受診介助は、別に定める送迎費および介助サービス料金をいただきます。
外出行事	<ul style="list-style-type: none"> ・施設が計画する外出行事については、安全を第一に職員が外出援助サービスをいたします。なお現地で支払う料金は利用者負担となります。

6. 利用料およびその他の費用

（１）介護保険制度における利用料は介護報酬の告示上の額とし、利用料金表のとおりとします。また、保険給付対象外のサービス費用についても利用料金表のとおりとします。介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご契約の負担額を変更します。

（２）利用料の支払い方法について

- ・金融機関口座引き落とし（月末締め翌月一括払い）

※ 事務の煩雑やトラブル防止の為、金融機関での引き落としとさせていただきます。金融機関は佐賀銀行および郵便局とします。

7. 苦情の受付

【当施設の受付先】

窓口担当者 苦情受付担当者 神部晴彦
 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:00
 受付方法 電 話 0952-71-9611
 F A X 0952-71-9622
 苦 情 箱 ケアハウス 1 階ロビーに設置しています
 面 会 相 談 相談室にて承ります

【行政機関その他苦情受付機関】

多久市役所 高齢者・障害福祉係	多久市北多久町小侍 7-1 TEL 75-4823 FAX 74-3398 8:30～17:15
佐賀県国民健康保険 団体連合会	佐賀市呉服元町 7 番 28 号 TEL 29-1477 FAX 26-6123 8:30～17:15
佐賀中部広域連合	佐賀市白山 2 丁目 1 番 12 号 TEL 40-1111 FAX 40-1165 8:30～17:15
佐賀県福祉サービス 運営適正化委員会	佐賀市天神一丁目 4 番 15 号 佐賀県社会福祉会館 「Fukku / ふっく」 内 TEL 23-2151 FAX 28-4950 8:30～17:15

8. 協力医療機関

(1) 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人剛友会 諸隈病院
所在地	佐賀県多久市北多久町大字多久原 2414-70
電話番号	0952-74-2100

- ・協力医療機関の協力を得て、協力医療機関との連携方法、その他の緊急時等における対応方法を定めておきます。また、1 年に 1 回以上、対応方法の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。
- ・施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合には、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保します。
- ・医療機関に入院した入居者の退院後の受け入れは、できる限り円滑に再入居できるよう努めます。

(2) 協力歯科医療機関

歯科医療機関の名称	下平歯科厳木診療所
所在地	佐賀県唐津市厳木町大字牧瀬 76 番地 1
電話番号	0955-63-2866

9. 防災設備について

当施設の防災設備は一番高い水準を満たした設備です。

10. 利用に当たっての留意事項

- (1) 設備、器具の使用は、当事業所の職員の指導に従ってください。
- (2) 来訪時は、当施設で準備した手指消毒液にて消毒を行ってください。
- (3) 面会などの来訪者は事務所にお声かけ下さい。また来訪者が宿泊する場合には、管理者の許可を得る必要がありますので、職員に申し出てください。
- (4) 設備、器具の使用時破損が生じた場合速やかに申し出てください。
- (5) 居室内は火気厳禁です。線香・ろうソクは使用しないで下さい。喫煙は、定められた場所で行ってください。
- (6) 騒音等他の利用者の迷惑になる行為は慎んでください。
- (7) 他の利用者への宗教活動および政治活動はできません。
- (8) 主治医等から心身の状態に関して指示を受けた場合は、お知らせください。

令和 年 月 日

指定特定施設入居者生活介護サービス又は指定介護予防特定施設入居者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。

指定特定施設入居者生活介護 ケアハウス大地

指定介護予防特定施設入居者生活介護 ケアハウス大地

説明者職名

氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定特定施設入居者生活介護サービス又は指定介護予防特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名

印

代理人住所

代理人氏名

印

代筆者: 代筆の理由 ()

附則 この重要事項説明書は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する