

地域密着型特別養護老人ホーム  
グリーンハウス長堂

指定短期入所生活介護  
(介護予防短期入所生活介護)

# 重要事項説明書



社会福祉法人 乙羽会

# グリーンハウス長堂短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護) 重要事項説明書

## 事業の目的と運営方針

要介護状態にある利用者に対し、適正なサービスを提供することを目的とし、利用者の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、可能な限り居宅での生活への復帰を念頭におき、かつ常に利用者の立場に立ってサービスを提供することにより、利用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を支援することを目指すものとします。また、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、関係市町村、地域の保健・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

## 1. 施設経営法人（事業者）

- (1) 法人名 社会福祉法人 乙羽会
- (2) 法人所在地 沖縄県那覇市字国場326番地
- (3) 電話番号 098-851-9301
- (4) 代表者 理事長 我喜屋 宗重
- (5) 設立年月 昭和62年3月20日

## 2. ご利用施設（事業所）

- (1) 施設の名称  
グリーンハウス長堂 指定短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）
- (2) 指定番号 4775407499
- (3) 施設の所在地 沖縄県豊見城市字長堂376番地
- (4) 電話番号 098-840-2600
- (5) 施設長（管理者） 宇栄原 咲子
- (6) 開設年月 令和5年4月1日
- (7) 入所定員 7名

## 3. 施設の概要

居室・設備の種類	室数	備 考
個室（1人部屋）	29	ユニット型個室
個室（1人部屋）	7	短期入所専用
共同生活室	4	各ユニットに整備、卓上テーブル等設置
機能訓練室	4	各ユニットに整備
浴室	4	1ユニットに1ヶ所整備
医務室・処置室	1	
静養室	1	
地域交流室	1	
厨房	1	
ティールーム	4	食堂ホール内に整備
相談室	1	1階に整備
トイレ	12	各ユニットに3ヶ所設置

#### 4. 職員の配置状況

- (1) 管理者 1名

施設の従事者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。

※入所生活介護と兼務

- (2) 生活相談員 1名

ショートステイに関する実態調査及び利用調査や生活相談、適宜支援等を行います。

短期入所生活介護計画（ケアプラン）の作成等を行います。

※入所生活介護と兼務

- (3) 介護支援専門員 1名

施設サービス計画（ケアプラン）及び、短期入所生活介護計画の作成等を行います。

※入所生活介護と兼務

- (4) 介護職員 12名以上

入所者の日常生活全般にわたる介護業務を行います。

※入所生活介護と兼務

- (5) 看護職員 1名以上

入所者の保健衛生管理及び看護業務を行います。

※入所生活介護と兼務

- (6) 栄養士 1名

食事の献立作成、栄養計算、入所者に対する栄養指導等を行います。

※入所生活介護と兼務

- (7) 機能訓練員 1名

日常生活を営むのに必要な機能を改善、又は減退を防止するための訓練を行います。

※入所生活介護と兼務

- (8) 医師 1名

入所者の診療・健康管理及び保健衛生指導を行います。

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制	
施設長（管理者） 介護支援専門員・機能訓練員	日 勤	8：30～17：30
生活相談員	日 勤	8：30～17：30
介 護 職 員	早 番	7：00～16：00
		6：00～15：00
	日 勤	9：00～18：00
	遅 番	13：00～22：00
	深夜勤	22：00～07：00
看 護 職 員	早 番	7：00～16：00
	早 半	7：00～11：00
	日 勤	8：30～17：30
	遅 番	10：00～19：00
医 師	週1回	09：30～11：30

## 5. 施設サービスの概要と利用料金（契約書第4条、第5条参照）

### ※利用料金は別添参照

#### （1）基本サービスによる料金

下記の料金によってご契約者の要介護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）と居住費・食費に係る自己負担額をお支払い下さい。

（サービス利用料金は、ご契約者の要介護度・利用者負担段階に応じて異なります）

※一定以上の所得のある方は、介護保険給付額（基本報酬・加算報酬）の1割～3割負担となる場合があります。詳しくは保険者（市町村福祉窓口）から届く「介護保険負担割合証」にてご確認ください。不明な点等ありましたら市町村福祉窓口へご確認ください。

#### （2）基本サービスの概要

サービスの種別	内 容
短期入所生活介護計画の立案	・利用期間が4日間以上の場合、利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、短期入所生活介護計画を作成、交付します。
食事	・各ユニット共有スペースにて ・栄養及び利用者の身体状況や嗜好を考慮し、バラエティーに富んだ食事を可能な限り離床して食事を行うように努めます。 （朝食7：30～ 昼食11：30～ 夕食17：30～ ）
入浴	・入居者の状況に応じて適切な方法により入浴を行い、また場合により清拭となることがあります。
機能訓練	・心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能の回復又は維持するための訓練を実施します。 （ケアプランの内容に応じて）
健康管理	・医師又は看護職員が、健康管理を行います。
介護	・居宅サービス計画や短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）計画に沿った介護を行います。 ・更衣、排せつ、食事、入浴等の介助
生活相談及び援助	・生活相談員をはじめ従業者が、入居者及びご家族からの相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

#### （3）介護保険給付外サービス

サービスの種類	内 容
食事の提供に要する費用 （食材料費及び調理費）	利用者に提供する食事の材料費及び調理費に係る費用です。実費相当額の範囲内にて負担していただきます。但し、介護保険負担限度額認定証に記載された食費の金額負担となります。
居住に要する費用	施設及び設備を利用し滞在されるにあたり、入居者の方には光熱水道費相当額、及び室料を負担していただきます。但し介護保険負担限度額認定証に記載されている金額負担となります。

理容・美容	月1回、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。利用いただく時は、実費をいただきます。
複写物の交付	ご契約者及び入居者は、サービス提供についての記録を観覧できます。
レク・クラブ活動・ 野外行事参加費	利用者の希望によりご参加していただくことができます。材料代等、実費を徴収致します。

## 6. 利用料金のお支払い方法（契約書第8条参照）

前記の料金・費用は1か月ごとに計算しご請求しますので、翌月27日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

支払方法	<p>イ. 下記指定口座への振り込み  社会福祉法人 乙 羽 会  理 事 長 我 喜 屋 宗 重（ガキヤ ムネシゲ）  琉球銀行 南風原支店 （普）口座番号652893  ※振り込みは月末までをお願いします</p> <p>ロ. 引き落とし（翌月27日までに必要な額をご準備ください）  原則として金融機関（入居者個人の名義口座）からの引き落としです  ※27日が日曜、祝祭日の場合、翌営業日の引き落としとなります。</p>
------	--

## 7. 衛生管理等について

（1） 入所者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

- ① 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに常に密接な連携に努めます。
- ② 事業所において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

＊食中毒、感染症の発生防止及びまん延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。）3月に1回程度開催するとともに、その結果について職員に周知徹底していきます

＊職員に対し、食中毒、感染症の発生防止及びまん延防止のための研修・訓練を開催します。

## 8. 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「非常災害対策マニュアル」に沿って対応します。
近隣との協力	近隣の地域住民、事業所へのホットライン通報及び、協力連携を図り、非常時には相互の応援を仰ぐ。
平常時の訓練	別途に定める「消防計画」に沿って、年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入居者参加で実施します。
防災設備	自動火災探知機・・・有り      消火用散水栓・・・3箇所 非常通報装置・・・有り      スプリンクラー・・・有り 非常電源・・・有り      防火扉・・・3箇所      非常口・・・8箇所

消防計画等	豊見城市消防本部への届 随時 防火管理者 川満 祥子
-------	-------------------------------

## 9. 協力医療機関

医療を必要とする場合は、利用者の希望により下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

医療機関の名称	所在地	電話番号
南部徳洲会病院	島尻郡八重瀬町外間 1 7 1 - 1	0 9 8 - 9 9 8 - 3 2 2 1
沖縄協同病院	那覇市古波蔵 4 - 1 0 - 5 5	0 9 8 - 8 5 3 - 1 2 0 0

## 10. 苦情申立窓口（契約書第22条参照）

### (1)当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口 生活相談員 川満 祥子
- 苦情解決責任者 施設長 宇栄原 咲子
- 受付時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 （毎週月曜日～金曜日＜祝祭日除く＞）
- 電話番号 0 9 8 - 8 4 0 - 2 6 0 0

### (2)苦情解決・第三者委員会

当事業所には以下の第三者委員を設置しており、直接苦情の受付や事業所との話し合いへの立会い、助言を得る事ができます。

氏 名	所 属	連 絡 先
三輪昌子	民生委員	0 9 8 - 0 5 6 - 5 1 9 7
与那嶺 誠	区長	0 9 0 - 8 7 6 5 - 0 4 5 8

### (3)行政機関その他苦情受付機関

豊見城市役所 (障がい・長寿課)	所在地 豊見城市宜保1丁目1 電話番号 8 5 0 - 0 0 2 4 F A X 番号 8 5 0 - 5 3 4 3 受付時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0
国民健康保険団体連合会 (介護苦情相談室)	所在地 那覇市西3丁目14番地18号 電話番号 8 6 0 - 9 0 2 6 F A X 番号 8 6 0 - 9 0 2 6 受付時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0
沖縄県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 那覇市首里石嶺町4-373-1 電話番号 8 8 2 - 5 7 0 4 F A X 番号 8 8 2 - 5 7 1 4 受付時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 (月～金・祝祭日除く)
沖縄県介護保険広域連合 (計画推進課)	所在地 読谷村比謝町55番地 比謝町複合施設2階 電話番号 0 9 8 - 9 1 1 - 7 5 0 2 F A X 番号 0 9 8 - 9 1 1 - 7 5 0 6

	受付時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0
--	--------------------------

## 1 1. サービス提供における事業所の義務（契約書第 1 2 条、第 1 3 条参照）

当施設は、サービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①利用者に提供した処遇計画、サービスについて記録を整備し、その完結の日から 2 年間保管します。
- ②利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。  
ただし、緊急やむを得ない場合には入所者又は代理人に説明し同意を得るとともに、その態様及び時間等を記録します。
- ③事業所又は従業者は、業務上知り得た利用者又は家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）  
ただし円滑な援助を行ために活用する場合、あらかじめ文書にて情報の利用目的等を定め、入所者の同意を得ます。
- ④非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置について予め非常災害対策マニュアルを作成し、マニュアルに基づき、年 2 回以上利用者及び従業者等の訓練を行います。
- ⑤利用者の病状の変化が生じた場合や、その他緊急の事態が生じた場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定められた協力医療機関及び各関係機関に連絡する等の必要な措置を講じ、管理者に報告する義務を負います。
- ⑥事故が発生した場合には、利用者代理人や家族、市町村および関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 1 2. 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任により利用者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意又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斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

## 1 3. サービス利用に当たっての留意事項

面会時間 (月～金迄)	1 1 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0 迄となっています。(ただし、インフルエンザ等のおそれがある場合は面会をご遠慮下さい。) ※緊急時は除きます
利用者の外出・ 外泊時	事前に連絡の上、届出書へ必ず行先と帰宅時間を記入し申出て下さい。
居室・設備器具 等の使用	本来の用法に従ってご利用下さい。これに反した使用により破損等生じた場合、賠償していただく場合があります。
喫煙・飲酒	喫煙スペース以外では出来ません。飲酒については所定の場所及び時間に限り、基本的には禁酒していただきます。
宗教活動	施設内で他の入所者や従業者に対する宗教活動や営利活動等を行うことは出来ません。
所持品の管理	高価品等の持ち込みは出来るだけご遠慮下さい。紛失等があった場に責任をとりかねます。原則、本人、ご家族にて管理して頂きます。不明な点・ご依頼事等ありましたらご相談下さい。

動物の飼育	施設内へのペット等の動物の持ち込みは出来ません。
-------	--------------------------

#### 14. 契約の終了について（契約書第18条、第19条、第20条、第21条）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、契約書第18条のような事由がない限り、継続としてサービスを利用することができますが、仮に契約書第18条の事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了することになります。

##### （1）利用者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、利用者からの申し出により退所できます。その場合には、退所を希望する日の前日までに担当介護支援専門員までご連絡してください。但し、契約書第19条、第20条のような場合には、直ちに契約を解約、解除し施設を退所することができます。

##### （2）事業所からの退所の申し出（契約解除）

契約書第21条に該当する場合には、当施設から退所して頂くことがあります。



令和      年      月      日

短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）サービスの開始に際し、利用者及び家族に対して本書面に基づき重要事項を説明し交付しました。

<事業所>

所在地      沖縄県豊見城市字長堂376番地  
施設名      地域密着型特別養護老人ホーム グリーンハウス長堂

説明者      \_\_\_\_\_

私は、本書面により、事業所から短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）サービスについて重要事項説明を受け、本施設からサービスの提供開始に同意しました。

<利用者>

住      所      \_\_\_\_\_

氏      名      \_\_\_\_\_

<利用者代理人（選任した場合）>

住      所      \_\_\_\_\_

氏      名      \_\_\_\_\_ 続柄（      ）

