指定短期入所生活介護

指定介護予防短期入所生活介護

めぐみの里

重要事項説明書

社会福祉法人　　天宣会

特別養護老人ホーム　めぐみの里

〒923-0982　　石川県小松市平面町へ 133 番地 1
TEL0761-22-0111
FAX0761-22-0126

2022 年 12 月改定

指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護
めぐみの里
重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。 （介護保険事業所番号　１７７０３０１０５７）

当事業所は、ご利用者に対して指定短期入所生活介護サービス（要介護と認定された方）又は指定介護予防短期入所生活介護サービス（要支援と認定された方）を提供します。

事業所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通り説明します。

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

◇◆目　次◆◇

１．　事業者
２．　事業所の概要
３．　職員の配置状況
４．　職員の勤務体制
５．　当事業所が提供するサービスの概要
６．　身元引受人
７．　事故発生時の対応
８．　緊急時の対応
９．　守秘義務に関する対策
１０．利用者の尊厳
１１．身体拘束の禁止
１２．利用の中止、変更、追加
１３．介護保険負担限度額について
１４．苦情受付について
１５．サービスの第三者評価の実施状況について
１６．非常災害時の対策
１７．当事業所ご利用の際にご留意いただく事項
「ショートステイめぐみの里」　利用料金表
１８．個人情報の取り扱いについて

１．事業者

法　人　名	社会福祉法人　天宣会
法人所在地	石川県小松市平面町へ１３３番地１
電 話 番 号	０７６１－２２－０１１１
ファックス	０７６１－２２－０１２６
代表者氏名	理事長　西浦　天宣
設立年月日	平成１６年９月２２日
実施する事業	特別養護老人ホームめぐみの里 老人短期入所事業「指定短期入所生活介護事業所 及び指定介護予防短期入所生活介護事業所　めぐみの里」

２．事業所の概要

（1）ご利用事業所

事業所の種類	併設型ユニット型短期入所生活介護 併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護 ※当事業所は特別養護老人ホーム　めぐみの里に併設されています。
事業所の名称	指定短期入所生活介護事業所 及び指定介護予防短期入所生活介護事業所　めぐみの里
事業所の所在地	石川県小松市平面町へ１３３番地１
電 話 番 号	０７６１－２２－０１１１
ファックス	０７６１－２２－０１２６
管理者氏名	松　村　　　　昇
設 立 年 月	平成１８年１月２０日

（２）事業所の目的と運営方針

事業所の目的	事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の管理者その他の職員が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適切なサービスを提供することを目的とする。
運 営 方 針	指定短期入所生活介護事業は、利用者一人ひとりの意思及び人格を尊重し利用前の居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援することにより、利用者の心身の機能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。 指定介護予防短期入所生活介護の提供は要支援者が可能な限りその居宅において、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日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。 事業の実施に当たっては、関係市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、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。

（３）利用定員

定　　員	１２人（短期入所生活介護と介護予防短期入所生活介護を合わせた数）

※１　災害・虐待その他やむを得ない事情がある場合を除き、次に掲げる利用定員及び居室の定員以上の利用者に対し、同時にサービスの提供を行ないません。

ユニット名称　「皐月」　　　ユニットの定員「６人」

ユニット名称　「山吹」　　　ユニットの定員「６人」

（４）営業日及び受付時間

営　業　日	年中無休
受 付 時 間	８時３０分～１７時３０分

（５）送迎実施地域

通常の送迎実施地域	小松市全域、能美市全域
その他	上記以外の地域に関しては必要に応じて相談をお受けします。

（６）構築物

建物	構造	鉄筋コンクリート造
	延床面積	6,319. 02 ㎡（特別養護老人ホームめぐみの里含む）

（７）居室等の概要

居室・設備の種類	室　数	備　　　　考
居　　　室	102 室	短期入所（個室）　　　１２室 特養　　（個室）　　　９０室
共同生活室	10 室	短期入所　　　　　　　　２室 特養　　　　　　　　　　８室 １ユニットに１箇所
談話コーナー	３室	本館２・３に各１箇所
浴　　　室	13 箇所	本館　１階　　　大浴場、機械浴槽、 ２階　　　家庭浴槽、機械浴槽 ３階　　　家庭浴槽、機械浴槽 新館　２階　　　家庭浴槽、機械浴槽 ３階　　　家庭浴槽、機械浴槽
レクリエーションスペース	１室	１階
医　務　室	１室	１階
理 美 容 室	１室	１階

３．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	員数	備　　　考
施　設　長 （管理者）	１名	常勤にて専ら施設の職務に従事し、職員の管理、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。
介 護 職 員	３４名以上	利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。また、ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置。
看 護 職 員	３名以上	主に利用者の健康管理や療養上のお世話を行います。
生活相談員	１名	利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
機能訓練指導員	１名以上	日常生活を送るうえで必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練を行う。

嘱　託　医	１名	利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。
管理栄養士 （栄養士）	１名	利用者に対して栄養指導を行います。
事　務　員	必要数	必要な事務を行います。

４．職員の勤務体制

職　　種	勤務体制（標準的な時間帯）
施設長（管理者）	正規の勤務時間帯　　８：３０～１７：３０
介 護 職 員	早　番　７：００～１６：００ 日　勤　８：３０～１７：３０ 遅　番　１０：００～１９：００ 夜　勤　１６：００～　９：００
看 護 職 員	早　番　８：００～１７：００ 日　勤　８：３０～１７：３０ 遅　番　９：００～１８：００ ※上記に関わらず、24 時間の連絡体制を確保しています。
生活相談員	正規の勤務時間帯　　８：３０～１７：３０
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯　　８：３０～１７：３０
嘱　託　医	週１回　毎週土曜日　１３：３０～１５：００
管理栄養士 （栄養士）	正規の勤務時間帯　　８：３０～１７：３０
事　務　員	正規の勤務時間帯　　８：３０～１７：３０

５．当事業所が提供するサービスの概要

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

（１）介護保険給付対象サービス

サービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

介護保険負担割合証に提示されている負担割合によって利用料金が個々人により異なりますので、サービスご利用の際は介護保険負担割合証のご提示が義務となっています。

サービスの種類	サービスの内容
食　　事	食事時間　朝食：　７：３０～　９：００ 昼食：　１１：３０～１３：００ おやつ：　１５：００～１５：３０ 夕食：　１７：３０～１９：００ 管理栄養士が利用者の栄養状態についてアセスメントしその状態及び嗜好を考慮した食事を適時適温、また場所を考慮し提供する。疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき特別食を提供する。適切な方法により、食事の自立について必要な支援を行う。
家　　事	日常生活における家事を利用者が、その心身状況等に応じてそれぞれの役割をもって行うよう支援する。
入　　浴	入浴又は清拭を週２回以上行う。身体の状況に応じた浴槽を使用する。
排　　泄	排泄の自立を促すため、利用者の身体機能を最大限に活用した援助を行う。
機能訓練	利用者の意向にそって、日常生活の中で行なわれる機能訓練やレクリエーション、行事等を通じた機能訓練を行う。
健康管理 褥瘡予防	看護職員（必要時かかりつけ医と連携を取り）による健康管理を行う。
離　　床	寝たきり防止のために、できる限りベッドから離れた生活を送っていただくよう配慮する。
着替え	生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮する。
整　　容	清潔で快適な生活を送っていただけるよう、適切な整容が行われるよう援助する。

（２）介護保険給付対象外サービス

以下のサービスについては、利用料金の全額が入居者の負担となります

サービスの種類	備　　　　考
食事の提供	食材料費及び調理費用相当をご負担いただきます。
居住の提供	光熱水費相当と室料をご負担いだきます。
教養娯楽費等	利用者のご希望により、レクリエーションや行事等にかかる実費分をご負担いただきます。
理美容の利用	ご希望により、理美容を利用される代金。

※その他、滞在に要する日常生活上必要な物品（ただし、おむつ代は介護保険給付対象となっています。）等につきましては、利用時に準備をお願いします。
※他、サービスとは関係ない費用についても利用者様のご負担となります。

（３）利用料金のお支払い方法

原則自動振替とさせていただきます。
料金・費用は、１ヶ月ごとに計算し翌月 15 日までに請求しますので、翌月２２日までに金融機関の預金口座からの自動引き落としによりお支払いください。

（４）利用中の医療の提供について

①　医療を必要とする場合は、利用者のご希望により、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（ただし、下記の協力病院での優先的な診療・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・入院治療を義務付けるものではありません。）

②　協力医療機関

１）名　　称　　小松ソフィア病院
　　所 在 地　　小松市沖町 478 番地
　　主な診療科　　内科

２）名　　称　　森田病院
　　所 在 地　　小松市園町穂９９番地１
　　主な診療科　　整形外科

③　協力歯科医療機関

　　名　　称　　長歯科医院
　　所 在 地　　小松市平面町カ１８６の１
　　主な診療科　　歯科

※医療につきましては、医療保険適用により別途自己負担をして頂くことになります。
※ご家族様により、かかりつけ医に受診していただきます。

６．身元引受人

契約締結にあたり、身元引受人をお願いします。ただし、社会通念上、契約者に身元引受人を立てることができない相当な理由が認められる場合は、その限りではありません。

（１）身元引受人の責任

身元引受人は、この契約に基づく契約者の事業者に対する一切の債務について、契約者と連帯して履行の責任を負います。

（２）身元引受人の前項以外の責任

① 利用者が医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように協力すること。

② 利用者が病院を受診する場合、身元引受人あるいは病身元引受人の責任において代理の者が病院にて利用者の受診に付き添うこと。

③ 契約の中途解約又は契約解除の場合、契約者と連携して利用者の状態に見合った適切な受け入れ先の確保に努めること。

④ 利用者が死亡した場合、ご遺体及び所持品（残置物）の処理その他必要な措置。また、引渡しに係る費用については、ご契約者又は身元引受人にご負担いただきます。

⑤ ショートステイ利用中に発熱や心身状況等の変化により、医療行為（受診）が必要と判断された場合は、家族様の責任において病院受診を依頼します。その際の医療機関への送迎については、原則として家族様でお願いします。

⑥ 事故や病気などで救急搬送される場合、職員が救急車に同乗することができません。しかし、万一当職員が医療機関に付き添うことになった場合で、搬送先の医療機関から当施設に戻る際に、タクシー等交通機関を利用した場合、ご家族様にご負担いただきます。後日、利用料の請求書に包含の上、ご請求させて頂きます。

７．事故発生時の対応

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、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

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。

８．緊急時の対応

サービス提供時にご利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

９．守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

10. ご利用者の尊厳

ご利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

11. 身体拘束の禁止

原則として、ご利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。　ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前にご利用者及びそのご家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

12. 利用の中止、変更、追加

〇利用予定期間前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日２日前までに事業者に申し出てください。

〇サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間（毎月定期での利用の場合等）にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

〇利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いただきます。

※　食事は外部委託のため､当日の急な利用変更には食費が発生する場合もございます。

13. 介護保険負担限度額認定について

居住費・食費の負担軽減を受けるためには､「介護保険負担限度額認定証」が必要となります。市町村より交付された「介護保険負担限度額認定証」を当施設に提示して頂き、当施設側の受付承認後から居住費・食費の負担軽減が適用となります。

14. 苦情の受付について

（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。

〇苦情解決責任者　特別養護老人ホームめぐみの里　管理者

〇苦情受付窓口（担当者）特別養護老人ホームめぐみの里　生活相談員

受付時間　　毎週月曜日～金曜日　　８：３０～１７：３０
電　話：０７６１－２２－０１１１

〇第 三 者 委 員：永江（ながえ）　庸悦（つねよし）　石川県小松市串町チ４３
電話番号　0761-44-2232

：西（にし）　サナエ　石川県小松市串町チ１２
電話番号　0761-44-1991

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

（２）行政機関その他苦情受付機関

石川県福祉サービス運営適正化委員会	石川県金沢市本多町３丁目１番１０号 石川県社会福祉会館２階 石川県社会福祉協議会内 電話番号　076－234－2556 ファックス　076－234－2558
国民健康保険団体連合会	石川県金沢市幸町１２番地１号 石川県幸町庁舎４階 電話番号　076－261－5191(代) ファックス　076－261－5148
小松市役所　長寿介護課	石川県小松市小馬出町９１ 電話番号　0761－24－8148 ファックス　0761－23－3243

15. サービスの第三者評価の実施状況について

【実施の有無】	無
【実施した直近の年月日】	
【第三者評価機関名】	
【評価結果の開示状況】	

16. 非常災害の対応

災害時の対応	別途に定める「特別養護老人ホーム　めぐみの里　消防計画」に則り対応を行います。
平常時の訓練	別途に定める「特別養護老人ホーム めぐみの里　消防計画」に則り年２回、夜間及び昼間を想定した避難訓練をご利用者の皆様も参加して実施します。
防災設備及び消防設備	防災設備 避　難　階　段　　非　常　口 消防用設備 消　火　器　　屋内消火栓設備 スプリンクラー　　自動火災報知機設備 非常通報装置　　誘導等及び誘導標識 非常電源設備

17. 当事業所ご利用の際にご留意いただく事項

訪問・電話について	訪問・電話の受付時間は８：３０～１７：３０。 訪問時間及び電話時間に関して、上記時間をお守りください。 また、訪問の際は、面会届出書の記入をお願いします。 ※感染状況その他の影響により、受付時間を短縮する場合があります。 新型コロナウイルス感染症，インフルエンザ，ノロウイルス等の感染防止の為、施設への訪問をお断りすることがあります。 ※面会についてはテレビ会議システムを用いることにより代える場合や、実施を制限する場合があります。 ※個人情報保護法の関係上、おつなぎできない場合がありますのでご了承ください。
外出について	外出・外泊の際は、事前に職員にお伝え下さい。 感染症予防のため、外出・外泊についても制限する場合があります。
居室・設備・器具の利用	居室及び共用施設、敷地をその本来の用途にしたがって利用して下さい。 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合があります。

迷惑行為等	当施設の職員や他のご利用者に対し、ハラスメントその他迷惑行為、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。 介護現場におけるハラスメントとは、『身体的暴力』,『精神的暴力』 及び『セクシュアルハラスメント』を言います。末尾記載の例のとおり。 介護現場での職員へのハラスメント（以下参照）が全国的な問題になっています。 ハラスメントを防止することが、介護サービスを継続して円滑に利用できるようご協力をお願いします。（厚生労働省老健局通達）
感染症対策について	利用者様がご自宅や在宅において感染症（コロナウィルス感染症やインフルエンザ、ノロウィルス等）に罹患していて、発症せずに施設を利用し、施設利用中に発症した場合などは潜伏期間も考慮し、他の利用者に感染の恐れがあると判断された場合は、ご利用中であっても利用を中止させて頂きます。
熱発時の対応について	当ショートステイは特別養護老人ホーム併設施設であり医療行為は原則として行えません。 37.5 度以上の熱発時は、ご家族または身元引受人の責任において医療機関を受診して頂きます。なお、受診後は解熱剤を服用しない状態で解熱後、２日間を経過するまで当施設への受入れは出来ません。　利用中に 37.5 度を超えた場合は、可能な限りすみやかに退所して頂きます。 医療機関を受診後に当施設に戻る場合は、１９：００迄となります。１９：００以降になる場合は、翌日以降の受け入れとなります。
持込みを禁止するもの	利用者の専用居室は８畳程度です。介護する際の障害となるような大きなもの、他の利用者の迷惑になるようなもの、ペット、ストーブ、お線香、ローソク、マッチ、ライター、刃物類等事故・火災などの危険性のあるものの持ち込みは禁止いたします。 ご自身以外で召し上がる食品類等の嗜好品、傷み易い生鮮食品類の持ち込みも禁止いたします。

衣類の洗濯	当施設では、必要に応じて衣類の洗濯、乾燥を行う場合があります。洗濯機を使用し、衣類をまとめて洗濯，乾燥することになりますので、洗濯機で洗えないもの，特にセーターなど縮む素材の物は持ち込まないで下さい。当施設での洗濯，乾燥で衣類の損傷等が生じた場合につきましては、当施設での責任は負いかねます。紛失や間違い防止のため持ち物には必ずお名前を書いて下さい。
めぐみの里からのお願い	当施設の方針として、利用者様・家族様からの職員へのご恵贈はすべてお断りさせていただいております。ご理解いただき、お許しください。 　万が一ご恵贈くださいましても拝辞させていただきますので、悪しからずご了承の程お願い申し上げます。
特別養護老人ホームめぐみの里の居室の空床利用	当施設は、特別養護老人ホーム９０床と併設していますが、この特別養護老人ホームの居室に空きがある時は、ショートステイの稼動状況やご利用者様の心身状況、他のご利用者との関係を勘案し、特別養護老人ホームの空き部屋（空床）を利用していただくことがあります。
事故について	２４時間常に職員が付き添うこと、若しくは見守りすることは不可能なため、安全対策を施したにもかかわらず、転倒や転落等の事故が起こる可能性があることをご理解下さい。

★介護現場におけるハラスメント

１）身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為。（職員が回避したため危害を免れたケースを含む）

例：〇コップをなげつける　〇蹴られる　〇手を払いのけられる
〇たたかれる　〇手をひっかく、つねる　〇首を絞める
〇唾を吐く　〇服を引きちぎられる

２）精神的暴力

個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。

例：〇大声を発する　〇サービスの状況をのぞき見する　〇怒鳴る
〇気に入っている職員以外に批判的な言動をする
〇威圧的な態度で文句を言い続ける　〇刃物を胸元からちらつかせる
〇「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する
〇家族が利用者の発言をうのみにし、理不尽な要求をする
〇利用料金の支払を求めたところ、手渡しせずに、お金を床に並べてそれ

を拾って受け取るように求められた。

〇利用料金を数か月滞納。「請求しなかった事業所にも責任がある」と支払いを拒否する

〇長電話で職員を拘束する

〇尿量の測定，体調管理等過度な要求を行う

３）セクシュアルハラスメント

意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為。

例：〇必要もなく手や腕をさわる　〇抱きしめる　〇異性の裸の写真を見せる

〇入浴介助中、あからさまに性的な話をする　〇卑猥な言動を繰り返す

〇サービス提供に無関係に下半身を丸出しにして見せる

〇活動中の職員のジャージに手を入れる

（三菱総合研究所引用）

個人情報提供及び申請代行同意書

社会福祉法人　天宣会
理事長　西浦　天宣　殿

利用者に対する施設介護サービスの提供に際して、以下の事項について、個人情報を用いることに同意いたします。

　また、介護保険更新認定及びその他の申請について、ご必要のある場合は当事業所職員がその申請代行をすることに同意いたします。

1. 必要に応じて、サービス担当者会議等に用いる場合
2. 必要に応じて、他のサービス提供事業者に提供する場合
3. 治療等のため、医療機関に提供する場合
4. その他、正当な理由がある場合

写真掲載確認書

めぐみの里の利用における行事や活動の様子の写真を施設内の掲示板や広報誌・ホームページ等で掲載することについて、以下のいずれかに○を付けてください。

私は、写真を掲載することについて
（　　　　　）同意します。
（　　　　　）同意しません。

年　　月　　日

（利用者）　　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ご家族）　　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（契約者）　　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

重要事項説明に伴う同意書

令和　　年　　月　　日

指定短期入所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。

ユニット型短期入所生活介護　ショートステイめぐみの里
説明者職名　生活相談員　ショートステイ

説明者

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、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

（利用者）　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（契約者）　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿