

短期入所生活介護 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な短期入所生活介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 めぐみ福祉会
法人所在地	宮崎県宮崎市佐土原町東上那珂 12809-1
電話番号	0985-30-5241
代表者氏名	有 田 秀 明
設立年月日	平成11年 3月26日

3. 事業者

サービスの種類	短期入所生活介護(指定日：平成12年3月17日)
事業所名	特別養護老人ホーム めぐみの里
指定番号	宮崎県指定第4571500273号
施設所在地	宮崎県宮崎市佐土原町東上那珂 12809-1
電話番号	0985-30-5241
FAX番号	0985-30-5242
管理者氏名	小笠原 健時
サービスを提供する地域	宮崎市・西都市 国富町・新富町
開設年月日	平成12年 2月 1日
利用定員	4名

4. 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。

入居される居室は、原則として4人部屋ですが、他の種類の居室への入居を希望される場合は、その旨お申し出ください。但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。

居室・設備の種類	室数	面 積	一人当り床面積	備 考
1 人 部 屋	1 6	2 6 4 . 4 1 m ²	1 6 . 5 2 m ²	従来型個室
2 人 部 屋	1	2 2 . 5 0 m ²	1 1 . 2 5 m ²	多床室
4 人 部 屋	1 3	5 5 6 . 8 9 m ²	1 0 . 7 1 m ²	多床室
合 計	3 0	8 4 3 . 8 0 m ²	1 2 . 0 5 m ²	
食 堂 機能訓練室	1 (1)	2 0 4 . 4 5 m ²	2 . 9 2 m ²	兼 用 (食堂兼機能訓練室)
浴 室	1	6 7 . 0 0 m ²		機械浴、特殊浴槽
医 務 室	1	2 5 . 4 8 m ²		
静 養 室	1	2 6 . 8 8 m ²		

※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務付けられている施設・設備です。

☆ 居室に関する特記事項：トイレ・洗面所は、全居室内に設置しています。

5. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<職員の配置状況・主な職種の勤務体制>

職 種	常勤換算	勤 務 時 間 ・ 勤 務 体 制
管 理 者	1	平 常 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
介 護 職 員	2 1 以上	標準的な時間帯における最低配置人員 早 出 7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0 3 名 平 常 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 1 名 日 勤 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 1 名 遅 出 9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0 4 名 夜 勤 1 6 : 0 0 ~ 1 0 : 0 0 3 名
生活相談員	1	平 常 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
看 護 職 員	3 以上	標準的な時間帯における最低配置人員 早 出 6 : 3 0 ~ 1 5 : 3 0 1 名 平 常 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 1 名 遅 出 9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0 1 名
機能訓練指導員	1	平 常 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
介護支援専門員	(1)	平 常 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
栄 養 士	1	平 常 8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
医 師	(1)	毎週木曜日 1 4 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0

※土日は上記と異なります。

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数(週 4 0 時間)で除した数です。

6. サービスの内容

(1) 基本サービス

① 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します。その内容を利用者及びその家族に説明し同意を得ます。

短期入所生活介護計画を作成した際は、当該計画を利用者に交付します。

② 食事

- ・食事は利用者の心身の状態、嗜好を考慮し適切な時間に合わせて調理します。
- ・医師の指示による食事の提供を行います。

③ 入浴

週に2回入浴していただけます。ただし、利用者の体調等により、回数減又は清拭となる場合があります。

④ 介護

短期入所生活介護計画に沿った介護を行います。

- ・更衣、排泄、食事、入浴等の介助
- ・体位交換、シーツ交換、事業所内の移動の付き添い等

⑤ 機能訓練

日常生活動作の維持又は向上を日頃の生活の中で実施します。

⑥ 生活相談

生活相談員をはじめ従業者が、日常生活に関すること等の相談に応じます。

⑦ 健康管理

利用中の医療機関の受診は、基本的に家族に対応いただきます。ただし、ご利用開始後必要に応じ、健康状態を把握するため、嘱託医へ外来し受診する場合がございます。

(2) その他のサービス

① 理美容

毎月、理美容の機会を設けておりますので、利用期間中に行われる場合で、ご希望の方は、申し出ください。(料金は理美容事業者へ直接お支払いいただきます。)

② レクリエーション

季節ごとの花見学、カラオケ等を実施しています。利用期間中に行われる場合で、ご希望があれば参加できます。

7. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該短期入所生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

□ 介護報酬告示額

(1) 基本料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、介護保険法による介護報酬の告知上の額として設定します。

介護区分	従来型個室		多床室	
	1日の利用料	1日の自己負担額	1日の利用料	1日の自己負担額
要介護1	6,003円(603単位)	603円	6,003円(603単位)	603円
要介護2	6,720円(672単位)	672円	6,720円(672単位)	672円
要介護3	7,450円(745単位)	745円	7,450円(745単位)	745円
要介護4	8,150円(815単位)	815円	8,150円(815単位)	815円
要介護5	8,840円(884単位)	884円	8,840円(884単位)	884円

※介護保険負担割合が2割、3割の方の自己負担額は、上記金額のそれぞれ2倍、3倍になります。

(2) 加算料金等

ア 送迎加算	片道につき	184円
イ サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1日の自己負担額	18円
ウ 夜勤職員配置加算	1日の自己負担額	15円
エ 療養食加算	1食の自己負担額	8円
オ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	介護報酬自己負担額の1000分の176に相当する金額	

※介護保険負担割合が2割、3割の方の自己負担額は、上記金額のそれぞれ2倍、3倍になります。

□ その他の費用

(1) 「居住費」及び「食費」

1日あたりの金額

	居住費	食費
従来型個室	1,231円	朝食 425円 昼食 560円 夕食 560円
多床室	915円	朝食 425円 昼食 560円 夕食 560円

※ 介護負担限度額認定証の発行を受けている方は、記載されている居住費・食費の額とします。

(2) 介護保険の給付対象とならないその他のサービス

サービスの種類	料 金
特別な食事	要した費用の実費をいただきます。
理容・美容サービス	業者が月 1 回来園されます。料金(実費)は、業者の方へ直接払いとなります。
貴重品管理	依頼があれば、無料で預ります。
レクリエーション	年間計画以外の個人分は、実費をいただきます。
クラブ活動	年間計画以外の個人分は、実費をいただきます。
日常生活用品	注文があれば代行購入いたします。
医療品	要した費用の実費をいただきます。

8. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 利用者又はその家族は、体調の変化あった際には施設の従業者にご一報ください。
- ② 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。
- ③ 事業所内での金銭及び食べ物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ④ 従業者に対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。

9. 感染症の予防及びまん延防止のための措置について

当施設において、感染症が発生し、又はまん延しないように指針を整備し、委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）をおおむね 3 月に 1 回以上開催し、その結果を従業者に周知徹底します。また、研修及び訓練を定期的実施します。

10. 非常災害対策

事業者は、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、取るべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、毎月利用者及び従業者等の訓練を行います。

11. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、ご家族へ連絡すると共に、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。

12. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、応急処置、ご家族、市町村及び関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった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。

13. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た入所者又はその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べき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

14. 虐待の禁止

当施設は、入所者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、指針や環境の整備に努めます。成年後見制度の利用を支援します。

また、虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底します。従業者に対しては、定期的な研修を実施します。

サービス利用中に、当施設従業者又は養護者（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居者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

15. 身体拘束の禁止

原則として、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、事前に利用者及びその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、その際の入所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。

16. 苦情の受け付けについて

（１）当事業所における苦情の受付並びに解決方法

当事業所における苦情受付担当者、苦情解決責任者及び第三者委員を下記により設置し、苦情解決に努めます。

- 苦情受付担当者 菅 誠 （生活相談員）
- 苦情解決責任者 小笠原 健時 （施 設 長 ）
- 第三者委員
 齋藤 晏信 （元めぐみ福祉会監事）
 仁田脇 安博 （めぐみ福祉会監事）

① 苦情の受付

受付時間 ： 毎週月曜日～金曜日 ８時３０分～１７時３０分

受付方法 ： 電話（30-5241）、FAX（30-5242）及び面接

苦情受付箱を施設内に設置しています。

第三者委員による受付

齋藤 晏信 0985-74-1778

仁田脇 安博 0985-26-5445

② 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告します。

第三者委員は、内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

③ 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。

ア．第三者委員による苦情内容の確認

イ．第三者委員による解決案の調整、助言

ウ．話し合いの結果や改善事項等の確認

(2) 行政機関その他苦情受け付け機関

出身市町村役場介護保険担当係及び国民保健団体連合会、宮崎県社会福祉協議会に設置された「運営適正化委員会」が苦情受け付け機関となっています。

宮崎県国民健康保険団体連合会（受付時間 8：30～17：15）		
苦情処理専用	電話	0985-35-5301
	FAX	0985-25-0268
宮崎県運営適正化委員会（受付時間 8：30～17：00）		
	電話	0985-22-3145
	FAX	0985-27-9003
宮崎市介護保険課（受付時間 8：30～17：15）		
	電話	0985-21-1777
	FAX	0985-31-6337

17. 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・ 協力医療機関

野辺整形外科・内科医院

宮崎市佐土原町下田島 20113-32 TEL 0985-73-0255

宮崎善仁会病院

宮崎市新別府江ノ口 950 TEL 0570-02-1599

・ 協力歯科医療機関

こだま歯科医院

宮崎市佐土原町東上那珂 15844-11 TEL 0985-74-4620

◇ 緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

18. 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ご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します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

19. 第三者評価の実施状況について

第三者による評価 の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護サービスの開始に際し、利用者に対して契約書及び本書面に基
づいて重要な事項を説明し交付しました。

<施 設>

所在地 宮崎県宮崎市佐土原町東上那珂 12809-1

施設名 特別養護老人ホーム めぐみの里

管理者名 印

説明者 印

令和 年 月 日

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>

住 所

氏 名 印

<代理人>

住 所

氏 名 印