

聖マルチンの園 指定介護予防短期入所生活介護事業
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。
(香川県指定 第3770300048号)

当事業所は、ご契約者に対して指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。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、原則として要介護認定の結果「要支援1・2」と認定された方が対象となります。

1. 事業者

(1) 法人名	社会福祉法人 聖マルチンの家
(2) 法人の所在地	香川県坂出市沖の浜1番5号
(3) 電話番号	0877-46-3776
(4) 代表者名	理事長 松本尚史
(5) 設立年月日	昭和43年4月1日

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類	指定介護予防短期入所生活介護事業(ショートステイ)	
	指定年月日	平成18年3月31日
	指定番号	香川県 第3770300048号
(2) 事業所の名称	聖マルチンの園 指定介護予防短期入所生活介護事業所	
(3) 事業所の所在地	香川県坂出市沖の浜1番5号	
(4) 電話番号	0877-46-3776	
(5) FAX番号	0877-46-5067	
(6) 管理者	松本尚史	
(7) 開設年月日	平成18年4月1日	
(8) 指定更新年月日	令和6年4月1日	
(9) 利用定員	14人	

3. ご利用施設であわせて行う事業

(1) 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
(2) 指定短期入所生活介護事業
(3) 指定通所介護事業(デイサービス)
(4) 介護予防・日常生活支援総合事業
(5) 居宅介護支援事業所

4. 事業所の目的と運営方針

事業所の目的	指定介護予防短期入所生活介護事業は、介護保険法に従い、居宅において常時介護を受けることが困難な要介護者等の入所を受け入れて、適正な施設サービスを提供します。
事業所の運営方針	<ol style="list-style-type: none">1. 聖マルチンの園指定介護予防短期入所生活介護事業所は、利用者に対し、健全な環境のもとで、社会福祉事業に関する熱意及び能力を有する職員による適切な処遇を行うよう努めるものとします。2. 施設は、利用者の処遇に関する施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活の継続を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことにより、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ができるようになるとともに、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。3. 施設は、キリスト教精神に基づき、利用者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って、指定介護予防短期入所生活介護サービス（以下「介護予防短期入所サービス」という。）を提供するように努めるものとします。4. 施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町、居宅介護支援事業者、他の介護保険施設、その他の保健・医療サービス、又は、福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとします。

5. 居室の概要

当事業所には、現在、以下の居室設備があります。個室、多床室等、入居ご希望の居室をお申し出下さい。但し、ご契約者の心身の状態や居室の空き状態により、ご希望に沿えない場合もあります。

尚、下記の居室、設備は介護老人福祉施設と共有となっています。介護予防短期入所のご利用者の居室は、当施設の2階部分になっています。

居室設備の種類	室 数		居室設備の種類	室 数
	特養	短期		
個 室	7室	7室	食 堂	2 室
2 人 部 屋	3室	2室	機能訓練室	1 室
4 人 部 屋	9室	1室	浴 室	3 室
			医 務 室	1 室
			静 養 室	1 室

6. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービス、指定短期入所生活介護サービス及び指定介護予防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。

＜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	現員	備考
1. 施設長（管理者）	1名	
2. 副施設長	1名	
3. 事務長	1名	
4. 生活相談員	1名	
5. 看護職員	6名	常勤4名、非常勤2名
6. 介護職員	24名	常勤22名、非常勤2名
7. 機能訓練指導員	1名	看護師
8. 介護支援専門員	2名	
9. 嘴託医	2名	内科医、精神科医
10. 協力医	2名	皮膚科医、歯科
11. 管理栄養士	1名	
12. 調理員	7名	常勤2名、非常勤5名
13. 事務員	3名	
14. 宿直員	3名	非常勤

7. 主な職種の勤務体制

職種	勤務体制	人員等
1. 嘴託医（内科） （精神科） 協力医（皮膚科） （歯科）	毎週 1回 9:00～16:30 内2時間 毎月 第3金曜日 14:30～15:30 毎月1～2回 木曜日 14:00～15:00 随時	1名 1名 1名 1名
2. 介護職員	日勤 7:00～18:30（早出・中番・日勤・遅出） 夜勤 16:00～翌日 9:30	12名以上 3名
3. 看護職員	日勤 7:30～18:30（早出・中番・日勤） ※オンコール体制あり	1～3名
4. 機能訓練指導員	日勤 9:00～14:00（看護師が対応）	1名
5. 介護支援専門員	常勤 8:30～17:30	2名
6. 生活相談員	常勤 8:30～17:30	1名
7. 管理栄養士	常勤 8:30～17:30	1名

8. 当事業所が提供するサービス

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

種類	内容
居室の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・居室の提供は、5のとおりです。
栄養管理 (食事)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況に基づいた食事を提供させていただきます。 ・利用時に食事の嗜好調査を行います。嗜好に基づいて献立をつくり、できる限り喜ばれる食事を提供します。 ・食事内容として、栄養のバランスのとれた食事、季節・祝祭日に応じた食事、また、嘱託医の診断のもとに、糖尿食、腎臓食、流動食等、健康に応じた食事の提供を行います。 ・利用者の身体の状況に応じ、刻み食、ミキサー食等の提供によりできる限り経口による食事摂取を行います。 ・利用者のご希望に基づいて、特別な食事を提供した場合は、要した費用の実費をいただきます。 ・利用者の自立支援のため、食堂にて楽しく食事を摂っていただける援助を行います。 ・食物の温度は、適温で提供できるよう努めます。 <p><食事時間> ☆朝食 8:00 ☆昼食 12:00 ☆夕食 17:00</p>
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄状況を記録・把握し、トイレ誘導、ポータブル介助、おむつ交換等が必要な方に対しては、可能な限り随時に行います。 ・プライバシーの保護に努めます。 ・排泄の自立を促すため、ケアカンファレンスにおいて検討し、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
入浴・整容	<ul style="list-style-type: none"> ・全身を観察し、皮膚病、褥瘡等の早期発見に努めます。 ・利用者のADL（日常生活動作）能力に合わせて、入浴することができます。<一般浴・特別浴> ・入浴できない利用者に対しては、清拭し、衣類交換を行います。 ・日常生活にメリハリをつけるため、寝巻きから普段着への更衣援助を行います。 ・洗面、髪の手入れ、爪きり、髭剃りなどを習慣として行えるよう援助し、困難な利用者に対しては介助を行います。

個別機能訓練 集団機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> 看護師等により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能の回復、又は、その減退を防止するための個別機能訓練、集団機能訓練を実施します。 ADLそのものがリハビリであることを認識して、生活過程の一瞬一瞬がリハビリにつながるよう、残存機能を活かした援助を行います。 施設内外の研修、嘱託医の助言・指導のもとに利用者ご家族との連携において行います。
口腔ケア	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医師、歯科衛生士と連携をとり、看護職員、介護職員が利用者の口腔ケアを行い、口腔内の清潔を保ちます。 口腔ケアにより口の中の環境を改善する事で、食欲が増し、食べる事が楽しくなるようにします。 口腔清掃（歯ブラシ、粘膜の食物残渣の除去） 義歯の着脱と手入れ 口臭予防 口腔乾燥の予防 口腔痛みの軽減 口腔出血の防止 咀嚼 嘔下 摂食 歯肉 頬部マッサージ 口腔内の観察等を行います。
アクティビティの実施	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の希望、趣味、特技を取り入れた、レクリエーション、クラブ活動、行事的活動等がリハビリにつながるよう、楽しみながら残存機能を活かした援助を行います。
健康管理 夜間看護体制	<ul style="list-style-type: none"> 内科医、外科医、精神科医の回診があります。 必要に応じて、歯科、皮膚科の往診が受けられます。 常勤の看護職員により、体温、血圧等の測定が行われ健康状態の確認を行い、又、必要に応じた看護を行っています。 看護職員の夜間における24時間体制を確保し、「重度化対応」等利用者の健康管理をオンコール体制で行います。
送迎サービス	<ul style="list-style-type: none"> 安全に心がけ、ご利用者の自宅まで送迎を行います。 障害の程度、地理的条件等により専用車輌により送迎を行います。
認知症利用者に対する処遇	<ul style="list-style-type: none"> 人格を尊重し、可能な限り行動を制限せず自由に生活ができるよう、目配り、気くばり、確認をモットーに援助を行います。 施設内外の研修、ケアカンファレンス、嘱託医の助言・指導等のもとに、利用者ご家族との連携において行います。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> 常勤の生活相談員が、介護及び日常生活等に関する事柄の相談、援助を行います
送迎費	<ul style="list-style-type: none"> 坂出市及び宇多津町以外の送迎は、地域外送迎1回150円をご負担いただきます。 自宅以外への送迎費用 1回 1,840円

(2) その他料金（自己負担）

次に掲げるサービスについては、一部につき、別に利用料金が必要となります。

種類	内容	利用料金
特別食費	・利用者のご希望、身体の状況に基づいて、特別な食事を可能な限り配慮いたします	実費相当額
理美容代	・理容師、美容師の出張によるサービスをご利用いただけます。理容・美容サービスを希望される方はお申し出ください（直接支払い）	実費相当額
日常生活品代	・日常生活要人の購入代金等、日常生活に要する費用で入所者に負担していただくことが適当であるものに係る費用	実費相当額
教養娯楽費	・レクリエーション・クラブ活動参加費としての材料費等	実費相当額
喫茶コーナー	・毎週水曜日に喫茶コーナーを行っています (ご希望の方)	1回 100円
複写物	・書類等のコピー代 ・写真代（当施設で撮影したもの）	1枚 10円 1枚 50円
携帯電話持込料	・携帯電話は、スタッフルームにて管理します。 (充電対応)	月 300円

9. 当事業所のサービスにかかる利用料金

サービス利用料金は、要介護度及びご利用いただく居室等によって多少異なります。

別紙1の「サービス利用料金表」をご参照ください。

10. 利用料金の支払い

(1) 利用料金の支払いは、1か月分を翌月20日(金融機関が休業日の場合は翌営業日)

に、原則として銀行その他の金融機関の口座引き落としによるものとします。

(2) 「口座引き落とし」並びに「窓口での現金支払い」以外のお支払い方法

☆ 銀行口座への振り込み

銀行名：百十四銀行 坂出東部支店

口座番号：普通預金 No.1061192

口座名義：社会福祉法人聖マルチンの家

理事長 松本尚史

- (3) 利用料金の支払いを、3ヶ月滞納しますと、サービスをご利用できない場合があります。

11. 環境整備

- (1) 利用者が安全で快適に過ごすことができるよう、ビル管理による園内清掃、園内音楽、草花を飾る等、美化活動を行います。
- (2) 利用者に見やすく、わかりやすい各種掲示物を提供します。

12. 緊急時の対応

- (1) 利用者に病状の急変が生じた場合には応急処置をとると共に、速やかに医療機関と連絡を取り、救急車にて病院へ搬送する等、必要な措置をとります。
- (2) 速やかに家族に連絡をとり状況を報告します。
- (3) 所属の居宅介護支援事業者に連絡をとり状況を報告します。

13. 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、市町等行政機関、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。
- (2) 送迎途上の交通事故発生時には、警察に指示に従い、賠償問題等については保険会社に一任します。
- (3) 事業所において、利用者のための「しせつの損害補償」保険に加入しています。サービス提供中に受傷、入院された場合には、利用者の有利になるよう手続きをとります。

14. ハラスメント

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- (1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を得る下記の行為は組織として許容しません。
- ・身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - ・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
 - ・意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案件が発生しない為の再発防止策を検討します。
- (3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- (4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

15. 非常災害対策

- (1) 消防法に規定する防火管理者を設置して、消防・防災計画を作成します。
- (2) 非常災害に備え定期的に避難、救出等、必要な訓練を行います。
- (3) 火災発生時には火元確認後、安全方向に誘導及び介助にて非難していただきます。
- (4) 消防設備、施設等の点検を専門業者により年2回行い、整備します。
- (5) 地震、風水害、津波等の対策及び災害発生時の安全措置に留意します。

16. 衛生管理及び職員の健康管理

- (1) サービスに使用する器具備品を清潔に保持し、定期的に消毒を施す等、常に衛生管理に留意します。
- (2) 職員は、感染症等に関する基礎知識の習得に努めると共に、年1回以上の健康診断を受けます。
- (3) インフルエンザ等流行時には、手洗い、マスク着用、清掃に留意、訪問の辞退等、蔓延の防止に努めます。

17. 業務継続計画の策定等

非常災害や感染症の発生時において、サービス提供を継続的に実施するため、業務継続計画に関する下記の措置を講じます。

- (1) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

18. 感染症の予防及び蔓延の防止

事業所・利用者の居住場所において感染症が発生し、又は蔓延させないため、感染症の予防及び蔓延防止に関する下記の措置を講じます。

- (1) 感染症の予防及び蔓延防止のための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を行います。
- (2) 感染症の予防及び蔓延防止のための指針の整備を行っています。
- (3) 感染症の予防及び蔓延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

19. 虐待防止のための措置

高齢者虐待防止法の実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、虐待防止に関する下記の措置を講じます。

- (1) 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を行います。
- (2) 虐待防止のための指針の整備を行っています。
- (3) 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施します。
- (4) 虐待防止に関する専任担当者の措置を講じます。

20. 身体拘束等の適正化

拘束等の適正化を図るため、身体拘束に関する下記の措置を講じます。

- (1) 身体拘束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を行います。
- (2) 身体拘束のための指針の整備をしています。
- (3) 従業者に対し、身体拘束のための研修を定期的に実施します。

21. 苦情の受付について

当事業所は、提供した介護予防短期入所サービスに関する、利用者又はその家族からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、担当職員を置き解決に向けて調査を実施し、改善の措置を講じます。又、市町等行政機関より、指導、助言を受けた場合は速やかに必要な改善を行います。

当事業所及び行政機関の苦情受付窓口は、次のとおりとなっています。なお、「苦情解決実施要綱フローチャート」は別紙のとおりとなっています。

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における 苦情やご相談の 受付窓口	担当者：生活相談員・介護支援専門員 電話番号：0877-46-3776 FAX番号：0877-46-5067 受付時間：9:00～17:00
-----------------------------	---

※上記に限らず、職員の誰にでもお申し出ください。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

坂出市役所 かいご課	所在地：〒762-0007 坂出市室町2丁目3番5号 電話番号：0877-44-5090 FAX番号：0877-44-5028 受付時間：9:00～17:00
宇多津町役場 保健福祉課	所在地：〒769-0292 綾歌郡宇多津町1881番地 電話番号：0877-49-8003 FAX番号：0877-49-8026 受付時間：9:00～17:00
香川県国民健康 保険団体連合会 介護保険課	所在地：〒760-0066 高松市福岡町2丁目3番2号 電話番号：087-822-7453 FAX番号：087-822-7455 受付時間：9:00～17:00

香川県社会福祉協議会内 福祉サービス運営適正化 委員会事務局	所 在 地：〒760-0017 高松市番町1丁目10番35号 電 話 番 号：087-861-1300 FAX 番 号：087-833-3022 受 付 時 間：9:00～17:00
香川県健康福祉部 長寿社会対策課 施設サービスグループ	所 在 地：〒760-8570 高松市番町4丁目1番10号 電 話 番 号：087-832-3266 FAX 番 号：087-806-0206 受 付 時 間：9:00～17:00

22. 協力医療機関

カトリック 坂出聖マルチン病院	所 在 地：坂出市谷町1丁目4-13 診 療 科：内科・外科・整形外科・眼科・心療内科・小児科 循環器科・リハビリテーション科・放射線科
赤 沢 病 院	所 在 地：坂出市府中町325番地 診 療 科：内科・精神神経科・小児科
なかしま皮膚科医院	所 在 地：坂出市文京町1丁目2-38
武 部 歯 科 医 院	所 在 地：坂出市文京町1丁目2-1

23. 当事業所ご利用時の留意事項

- (1) 利用者並びに家族は、心身の状況、特に健康状態、内服薬の種類等を明確に知らせ、利用日の健康状態により、入浴、利用中止等の判断をさせていただく場合があります。尚、37.3度C以上の発熱及び、体調不良の場合は利用をお控えください。
- (2) インフルエンザ、コロナ及び感染性胃腸炎等、感染症の発症がある場合は、発症後1週間及び、一旦解熱後、再度発熱した場合は、1週間経過していても、解熱後3日間は利用中止とします。(尚、利用再開については、利用部署に確認ください。)
- (3) 伝染病疾患と診断された場合は、完全治癒するまで自宅待機をお願いします。
- (4) 利用時におけるトラブルを回避するためにも、常に職員との連絡を密にし、コミュニケーションを図るものとします。
- (5) 外出をされる場合は、前日までにお申し出ください。食事が不要な場合、前日までにお申し出があれば、食事に係る自己負担額は減免されます。
- (6) 面会時間：14：00～16：00（1回10分）ご予約をお願いします。
- (7) 食中毒、並びに利用者間でのやり取り等での事故発生防止のため、飲食物、特に果物等の生物を持ち込まれる場合には、必ず職員に声かけをお願いします。
- (8) 感染症並びに風邪をひいている方、又、ご家族の中に同様の症状の方がおられる場

合には、面会をご遠慮ください。

(9) 利用にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

- ・刃物、マッチ、ライター、市販薬、タバコ、アルコール、ペット類

(10) 事業所内の居室や設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。

故意に設備・器具を壊したり、汚したりした場合には、相当の代価を頂く場合があります。

(11) 事業所内で他の利用者に対する、宗教活動、政治活動、営利活動はご遠慮ください。

24. 守秘義務等

(1) 事業所及び事業所の職員は、短期入所サービスを提供する上で知り得たご利用者及びそのご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。この守秘義務は本契約の終了した後も継続します。

(2) 前項にかかわらず、事業所は、利用者に医療上等緊急な必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

(3) 事業所は、医療機関等に対して、利用者又はその家族に関する情報を提供する場合には、あらかじめ当該者の同意を得るものとします。

(4) 事業所は職員であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族に関する事項を退職後においても保持すべき旨を雇用契約の内容としています。

説明年月日 令和 年 月 日

指定介護予防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。

事業者 社会福祉法人 聖マルチンの家
聖マルチンの園 介護予防短期入所生活介護事業所
所在地 香川県坂出市沖の浜 1 番 5 号

説明者 職 種 _____

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、指定介護予防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 _____
(契約者)
氏 名 _____ 印

私は、下記の理由により、本人に代わり上記署名を行いました。私は、本人の契約意思を確認しました。

署名代行者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

署名代行の理由 _____

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、身元引受人の責任につき理解しました。

身元引受人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

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、保証人の責任につき理解しました。

保証人 住 所_____

氏 名_____印

続 柄_____

連絡先 自宅_____

携帯_____

※この重要事項説明書は、厚生労働省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。