

社会福祉法人 長崎愛心会

# 『みえ愛の郷ショートステイサービス』

(指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護)

## 重要事項説明書

当施設は、介護保険の指定を受けています。  
(長崎県指定 第 4270108097 号)

当事業所はご契約者に対して指定短期入所者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します。事業所の概要や提供されるサービス内容及び契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

令和7年6月27日

## 1. 事業者

- |           |                  |
|-----------|------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人長崎愛心会      |
| (2) 法人所在地 | 長崎県長崎市三京町811番地16 |
| (3) 電話番号  | 095-865-8573     |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 古仲 敦         |
| (5) 設立年月日 | 平成22年4月7日        |

## 2. 事業所の概要

- |             |  |
|-------------|--|
| (1) 事業所の種類  | 指定短期入所生活介護事業所<br>指定介護予防短期入所生活介護事業所<br>平成23年5月1日指定 長崎県第4270108097号<br>※当事業所は特別養護老人ホームみえ愛の郷に併設されています。  |
| (2) 事業所の目的  | 介護保険法令に従い、ご利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、短期入所生活介護サービス及び介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。   |
| (3) 事業所の名称  | みえ愛の郷ショートステイサービス   |
| (4) 事業所の所在地 | 長崎県長崎市三京町811番地16   |
| (5) 電話番号    | 095-865-8573   |
| (6) 代表者氏名   | 施設長 古仲 浩典  |
| (7) 運営方針    | 事業所は、要支援・要介護者の心身の特性を踏まえて、その居宅においてその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話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ります。<br>事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、その他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。 |
| (8) 開設年月日   | 平成23年5月1日  |
| (9) 入所定員    | 29人<br>但し、併設する指定地域密着型介護老人福祉施設に空床がある場合は利用することができます。   |

### 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 長崎市の三重地区を中心とした神浦地区・琴海地区・滑石地区・式見地区までの範囲と時津町、長与町
- (2) 営業日及び営業時間

|      |            |
|------|------------|
| 営業日  | 年中無休       |
| 受付時間 | 8:30~17:30 |

### 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。

| 設備の種類    | 室数  | 備考          |
|----------|-----|-------------|
| 個室（一人部屋） | 29室 | ユニット型個室     |
| 共同生活室    | 3室  | ユニットに1室     |
| 浴室       | 2室  | 特殊浴槽も使用できます |
| 医務室      | 1室  | 本体施設の設備を利用  |
| その他      |     |             |

### 5. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して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（併設する特別養護老人ホームと合算した配置です）。

| 職種       | 配置数     | 指定基準 |
|----------|---------|------|
| 施設長（管理者） | 1名      | 1名   |
| 医師       | 1名（嘱託医） | 必要数  |
| 生活相談員    | 1名      | 1名以上 |
| 介護職員     | 16名以上   | 7名   |
| 看護職員     | 1名以上    | 1名以上 |
| 管理栄養士    | 1名      | 1名以上 |
| 機能訓練指導員  | 1名以上    | 1名以上 |
| 厨房職員     | 6名      |      |
| 事務その他    | 2名      |      |

主な職種の勤務体制は以下のとおりです。

| 職 種      | 勤 務 体 制  |
|----------|--|
| 施設長（管理者） | 日中： 8：30～17：30   |
| 生活相談員    | 日中： 8：30～17：30   |
| 介護職員     | 早出： 7：00～16：00<br>日勤：10：00～19：00<br>遅出：13：00～22：00<br>夜勤：22：00～翌7：00 |
| 看護職員     | 日勤： 8：00～17：00<br>※夜間は連絡の取れる体制をとっています                                |
| 管理栄養士    | 日中： 8：30～17：30   |
| 機能訓練指導員  | 看護師が兼務します  |
| 介護支援専門員  | 日中： 8：30～17：30   |

## 6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

### (1) サービスの概要

#### ①食事

- ・管理栄養士の作成する献立により、栄養及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者お一人おひとりの身体状況に配慮した食事形態や内容での食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため、離床して食堂で食事をとっていただくことを原則とし、必要な介助を行います。
- ・食事時間は、朝食8：00～、昼食12：00～、夕食17：30～としています  
が、その日の体調に応じて食べていただけるよう配慮します。

#### ②入浴

- ・ご契約者が身体の生活を保持し、精神的にも快適な生活を営むことができるよう、週2回以上入浴又は清拭を行います。
- ・身体で座位がとれない方でも、特殊浴槽にて入浴を楽しんでいただけます。

#### ③排泄

- ・ご契約者の身体状況に応じ、適切な方法での介助を行うとともに、排泄の自立を目標に、ご契約者の身体能力を最大限に活用した援助を行います。

#### ④機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身状態に応じて、日常生活を送るために必要

な機能回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

#### ⑤健康管理

- ・看護師による健康チェックを毎日行い、健康管理に努めます。
- ・緊急等必要な場合には、ご契約者の主治医あるいは協力医療機関を受診します。医療機関を受診する場合は責任をもって引継ぎます。

#### ⑥その他自立への支援

- ・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、適切な着替えや整容が行われるよう配慮します。
- ・施設での生活が実りあるものとするために、適宜レクリエーションや行事活動を企画します。

#### ⑦相談及び援助

- ・ご契約者とそのご家族からのご相談に応じます。

### (2) サービス利用料金

①介護保険給付サービスの負担額は、別紙「みえ愛の郷ショートステイサービス 利用料金表」（以下、「料金表」という。）の通りです。ご契約者の要支援・要介護度に応じたサービス利用料金及び各種加算料金から、介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

②介護保険給付サービス以外に係るその他の費用の内訳については、別紙「料金表」の通りです。なお、滞在に要する費用、食事提供に要する費用については、介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、その認定証に記載された金額のご負担となります。

### (3) 利用料金のお支払方法

前記（2）の料金・費用は、1か月ごとに計算しご請求します。翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ① 指定口座への振り込み
- ② 指定口座からの引き落とし
- ③ 施設窓口での現金払い

※3ヶ月を超えて利用料が未納の場合は、契約を終了していただく場合がございます。

## 7. 協力医療機関等

医療を必要とする場合は、ご利用者の主治医にお願いします。受診については、ご家族での対応となります。

ご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。

りません。また、下記医療機関での診療を義務づけるものではありません。)

(1) 協力医療機関

|       |                                 |
|-------|---------------------------------|
| 医療機関名 | 医療法人外海弘仁会 日浦病院                  |
| 所在地   | 長崎市下黒崎町1402                     |
| 電話番号  | (0959) 25-0039                  |
| 診療科   | 内科・外科・整形外科・脳神経外科・皮膚科・リハビリテーション科 |

(2) 協力歯科医療機関

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 医療機関名 | さかがみ歯科             |
| 所在地   | 長崎市鍛冶屋町6-18 岸川ビル1階 |
| 電話番号  | (095) 822-0372     |

8. 非常災害時の対策

非常災害時には、別途定める当施設の消防計画書に従い対応します。防災設備については、全館スプリンクラー、火災報知器、消火栓、消火器などが備わっております。防災訓練については、消防機関との連絡を密にして、避難救出及び消火に関する訓練を適宜実施します。

また、火災以外（地震や台風等）の災害を想定した訓練を実施します。

9. 事故発生時の対策

ご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は、速やかに県市町村、ご利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 個人情報の保護について

(1) 秘密の保持について

ご利用者及びその家族に関する秘密（以下、「個人情報」とする。）の保持について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。また、施設及び従業者は、サービス提供を行う上で知り得た個人情報を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この個人情報を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。事業所は、従業者に対して、業務上知り得た個人情報について、従業者である期間と従業者でなくなった後においても秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容としています。

## (2) 個人情報の利用について

個人情報については、法人の運営する各事業が提供するサービスが適正かつ円滑に提供するために必要な範囲内で情報を収集し、責任者のもとに保管するとともに、下記の利用目的に沿った利用を行うものとします。別紙「個人情報の利用同意書」にて個人情報を利用することにご同意いただきます。なお、下記以外の利用目的で情報を利用する場合は、事前にご利用者又はご家族に同意を得た上で実施いたします。

### ①事業所での利用

- ・事業所がご利用者に提供する介護サービス
- ・事業所内での氏名・生年月日・写真等の掲示
- ・介護保険請求等に係る業務
- ・事業所の管理運営業務等

### ②他の介護事業者等への情報提供等の利用

- ・事業所がご利用者に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・損害賠償等に係る保険会社への相談又は届出等
- ・事業所の管理運営業務に対する内外部監査機関への情報提供等
- ・事業所の管理運営業務に必要な場合

### ③事例研究及び広報物等の利用

- ・社内外研修や事例研究
- ・事業所が発行する広報誌による氏名・生年月日・写真等の掲載

## 1 1. 苦情相談窓口

### (1) 事業所における苦情の受付

所在地：長崎市三京町811番地16

対応責任者：施設長 古仲 浩典

受付担当者：生活相談員 五十嵐 章

電話番号：095-865-8573

FAX：095-865-8563

受付時間：8:30～17:30

### ②ご意見箱をユニットに設置しています。

### (2) 第三者委員

池本 秀敏 (民生委員)

電話番号：095-850-0035

### (3) 行政機関その他苦情受付機関

#### ①長崎市役所

所在地：長崎市魚の町4-1

電話番号：095-829-1555（高齢者すこやか支援課）

受付時間：8:45～17:30（月曜日～金曜日）

#### ②長崎県運営適正化委員会事務局

所在地：長崎市茂里町3-24 県総合福祉センター2階

電話番号：095-842-6410

FAX：095-842-6740

受付時間：9:00～17:00（月曜日～金曜日）

#### ③長崎県国民健康保険団体連合会

所在地：長崎市今博多町8番地2

電話番号：095-826-1599（苦情申立専用）

FAX：095-826-7325（苦情申立専用）

## 12. サービス利用上の留意事項

当事業所のご利用にあたって、施設に入居されている方、利用されている方々の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

### (1) 施設・設備の使用上の注意

①利用にあたり、火気類・刃物類等の危険物、貴金属等の貴重品、ペットの持ち込みはご遠慮下さい。

②居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

③故意に、又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、ご利用者に自己負担により原状回復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

④当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

### (2) 面会

①面会時間 13:00～16:00（それ以外の時間をご相談下さい。）

②来訪者は、必ずその都度職員にお声かけ下さい。また、面会簿への記入もお願いします。

③来訪の際、お酒・生もの等の持ち込みはご遠慮下さい。その他の食べ物等を持ち込まれる場合は、必ず職員へお知らせ下さい（食事量の確認や安全に保管する為です）。また食中毒の時期等、持ち込みを禁止させていただく場合もございます。ご理解・ご

協力をお願いします。

### (3) 喫煙

施設内は、全館禁煙となります。所定の場所以外での喫煙はできません。また、所定の場所に職員が付き添えない場合も喫煙をご遠慮いただく場合があります。ご了承下さい。

## 1 3. 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、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。

但し、その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る場合には、ご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る場合があります。

## 1 4. サービス利用を終了していただく場合

当事業所との契約では、契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮に次のような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了し、ご利用者に退所していただくこととなります。

- ①要介護認定により、ご利用者の心身の状況が自立と判定された場合
- ②事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所が閉鎖した場合
- ③施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ご利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥事業者から契約解除の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

### (1) ご利用者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご利用者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までにお申し出下さい。

但し、以下の場合には即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②事業所もしくは従事者が正当な理由なく本契約に定める介護サービスを実施しない場合

- ③事業者もしくは従業者が守秘義務に違反した場合
- ④事業者もしくは従業者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご利用者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご利用者によるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご利用者が故意又は重大な過失により事業者又は従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、著しい不信行為を行うこと等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3) 契約終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に当たり、  
本書面に基づいて重要事項及び個人情報の取扱いについて説明しました。

事業者

|         |                     |
|---------|---------------------|
| 住 所     | 長崎市三京町 8 1 1 番地 1 6 |
| 法 人 名   | 社会福祉法人 長崎愛心会        |
| 代 表 者 名 | 理事長 古仲 敦 印          |

事業所

|         |                  |
|---------|------------------|
| 施 設 名   | みえ愛の郷ショートステイサービス |
| 代 表 者 名 | 施設長 古仲 浩典 印      |
| 説明者職・氏名 | 生活相談員 五十嵐 章 印    |

## 重要事項説明同意書

私は、本書面に基づいて、みえ愛の郷ショートステイサービスの重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護及び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す。

令和 年 月 日

利用者

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_ 印

身元引受人1

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_ 印

身元引受人2

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_ 印