2025.11.6

指定短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)事業所　おおはま荘

重要事項説明書

１．事業の目的と運営方針

要介護（要支援）状態にある方に対し、適正な短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）を提供することにより要介護（要支援）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．事業者の内容

⑴　事業所の所在地等

事業所名　　指定短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）事業所　おおはま荘

指定番号　　香川県指定第３７７０８００５７５号

所在地　　香川県三豊市詫間町大浜甲１８４１番地２

管理者の氏名　施設長　安藤　和師

電話番号　　（０８７５）５７－２２３０

ＦＡＸ番号　　（０８７５）５７－２２３１

サービスを提供する地域　　三豊市、観音寺市、善通寺市、多度津町の地域

⑵　事業所の従業者体制

職　種	従事するサービス種類、業務	人　員
管理者	業務の一元的な管理	１名（常勤・兼務）
医師	健康管理及び療養上の指導	１名（非常勤）
生活相談員	生活相談及び指導	１名（常勤・兼務）
介護職員	介護業務	４名以上（常勤、非常勤）
看護師もしくは准看護師	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理	１名以上（機能訓練指導員と兼務）
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導	１名以上（看護職員と兼務）
管理栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	１名以上（本体施設と兼務）

⑶　設備の概要

定員　１０名

○居室

個室　　１０室

○食堂　　１室

利用者の全員が使用できる充分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。

○浴室　　２室

浴室には利用者が使用しやすいよう、個浴槽の他に要介助者のための特殊浴槽を設けます。

○洗面所及び便所

個室に洗面所や便所を設けます。

○機能訓練室　　１室

利用者が使用できる充分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

○　その他の設備

設備としてその他に、医務室・静養室・洗濯室・汚物処理室・介護材料室・調理室・相談室・面談室・介護職員室等を設けます。

３．サービスの内容

⑴　基本サービス

①　短期入所生活介護計画（介護予防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（介護予防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（介護予防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回以上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（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、基本的にご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 理容

毎月、理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。(料金は理容事業者へ直接お支払いいただきます。)

② 所持品の管理

保管できるスペースに限りがございますので、事前のご連絡をお願いいたします。

③ レクリエーション

年間を通して事業所内外の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかるものがございます。(利用期間中に行われる場合)

4．利用料金(別紙)

運営規程第24条に定める利用料その他の費用は、別紙に定めるところによるものとします。

5．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、体調の変化があった際には事業所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物等のやりとりは、ご遠慮ください。

④従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

6．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、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回利用者及び従業者等の訓練を行います。

7．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、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。

8．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、ご家族、市町村、関係医療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。

9．守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用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るべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

10．利用者の尊厳

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、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．苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室　窓口担当者：介護支援専門員　佐野　克典

ご利用時間：月～金曜日　８時３０分～１７時３０分

ご利用方法　　電話　０８７５－５７－２２３０

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

香川県健康福祉部長寿社会対策課

香川県高松市番町４丁目１番10号

電話番号：087-832-3266　　Fax 番号：087-806-0206

受付時間：８時３０分～１７時１５分（土日、祝日を除く）

三豊市健康福祉部介護保険課

三豊市高瀬町下勝間２３７３番地１

電話番号：0875-73-3017　　Fax 番号：0875-73-3023

受付時間：８時３０分～１７時１５分（土日、祝日を除く）

香川県国民健康保険団体連合会介護保険課

香川県高松市福岡町２丁目３－２　香川県自治会館

電話番号：087-822-7453　　Fax 番号：087-822-7455

受付時間：８時３０分～１７時１５分（土日、祝日を除く）

香川県福祉サービス運営適正化委員会

香川県高松市番町１丁目10番35号　香川県社会福祉協議会内

電話番号・Fax 番号同じ：087-861-1300

受付時間：８時３０分～１７時１５分（土日、祝日を除く）

※苦情処理第三者委員

氏　名	住　所	電話番号
田尾　幸雄	三豊市詫間町	0875-83-4373
小野　敏夫	三豊市詫間町	0875-83-2050
岸本　章敬	三豊市詫間町	0875-83-2620

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。

13．協力医療機関等

施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入所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

・名称　　岩崎病院

・住所　　香川県三豊市詫間町松崎２７８０番地４２６

・協力歯科医療機関

・名称　　小野歯科医院

・住所　　香川県三豊市高瀬町新名１０１８番地１５

◇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。

14. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用者様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、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

15. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

当事業所では、第三者評価の実施は行っておりません。

令和　　年　　月　　日

指定短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）サービスの開始に当り、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。

＜事業者＞
所在地　　香川県三豊市詫間町大浜甲１８４１番地２
事業所名　　指定短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）事業所　おおはま荘
指定番号　　香川県第３７７０８００５７５号

説明者氏名　　印

令和　　年　　月　　日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定短期入所生活介護（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同意しました。

＜利用者＞
住所

氏名　　印

＜利用者代理人（選任した場合）＞
住所

氏名　　印

（続柄　　）