

社会福祉法人ウエル清光会 ショートステイ刀根山美豊苑

指定（介護予防）短期入所生活介護事業所

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。

（豊中市指定 第2774008359号）

当事業所は利用者に対しては指定（介護予防）短期入所生活介護サービスを提供します。

施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたい事を次の通り説明します。

目 次

1. 事業所経営法人
2. 事業所の概要
3. 職員の配置状況
4. 事業所サービスの概要
5. 利用料金について
6. サービス利用の中止、変更、追加について
7. 契約の更新、終了について
8. 利用にあたっての留意事項
9. 緊急時における対応方法
10. 医療の提供について
11. 苦情の受付について
12. 身体拘束の廃止
13. 虐待防止について
14. 非常災害対策
15. 衛生管理について
16. 損害賠償について
17. 秘密の保持
18. 個人情報の保護について

1. 事業所経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 ウエル清光会
(2) 法人所在地 大阪府豊中市箕輪2丁目13番12号
(3) 電話番号 06-6840-7077
FAX番号 06-6840-7675
(4) 代表者氏名 理事長 小池 由久
(5) 設立年月日 平成17年12月22日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 (介護予防) 短期入所生活介護事業所
平成29年6月1日 豊中市指定 第2774008359号

※ 当事業所は特別養護老人ホーム刀根山美豊苑に併設されています。

- (2) 事業所の名称 ショートステイ刀根山美豊苑
(3) 事業所の所在地 大阪府豊中市刀根山6丁目7-12
(4) 電話番号 06-6210-6525
FAX番号 06-6210-6526
(5) 施設長(管理者) 内海 敦之
(6) 開設年月日 平成29年6月1日
(7) 入所定員 11名
(8) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	9:00~18:00

※ サービス利用の受付は、利用を希望される期間の初日の3カ月前から行います。

- (9) サービス提供地域 豊中市・箕面市・池田市・伊丹市・宝塚市・吹田市
(10) 事業所の目的

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事が出来るように支援する事を目的として、サービスの提供を行います。趣味、娯楽、文化活動や地域との交流を積極的に推進し、利用者の心身の健康と機能の維持、回復に努めます。

- (11) 事業所の運営方針

- ① 利用者の人権を尊重し、利用者の立場に立った(介護予防)短期入所生活介護サービスを提供致します。
② 利用者の心身の状況に応じた介護サービス計画をもとに、残存能力を生かした自立支援を行います。
③ 地域との結びつきを重視した運営を行い、関係する市町村、地域の保健・医療・福祉サービス提供者等と密接な連携を図り、総合的なサービスの提供及び地域福祉の向上に努めます。

- (12) 建物の構造 鉄骨造り 地上3階
(13) 建物の延床面積 2560.7 m²

(14) 併設事業

当事業所では、次の事業を併設しています。

【特別養護老人ホーム 刀根山美豊苑】

平成29年6月1日 豊中市指定 第2794000766号

【デイサービス 刀根山美豊苑】

平成29年6月1日 豊中市指定 第2774008367号

(15) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備を用意しています。

利用される居室は全室ユニット型個室です。

() 内の数字は併設短期入所生活介護の数字を表記しています。

居室・設備の種類	数	備 考
ユニット数	4 (1)	(特別養護老人ホームを含む)
居室 (全個室)	40 (11)	電動リモートコントロールベッド (3モーター) 超低床2モーターベッド・洗面台・家具
浴室	5室	一般浴槽・機械浴・特殊浴槽
居間・食堂 (共同生活室)	4室	キッチン・テーブル・イス・テレビ・ソ ファー
地域交流室	1室	ユニットを超えた広がりのある日常生活が 楽しめると共に地域住民の方々との交流の 場となります。
医務室	1室	
トイレ	16カ所	
事務室	1室	
職員控室 (休憩室)	2室	
屋上庭園		四季折々で季節を楽しんで頂けます。

※ 居室の決定については利用者の心身の状況により決定致します。また利用者の状況に応じ居室を変更する場合があります。変更を行う際は必要に応じ施設で決定致します。

※ 当事業所では入院・外泊により特別養護老人ホーム刀根山美豊苑に空床がある場合、可能な限り (介護予防) 短期入所生活介護サービスを提供させていただきます。

3. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して（介護予防）短期入所生活介護事業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。

(1) 職員体制

平成29年8月1日

指定ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の併設型・一体化で運営

職 種	兼 務	業務内容（指定ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む）	指定基準	最低配置人数
管理者		施設内の各事業全般の統轄及び職員の指導、統率の任に当たります。	1名	1名
医師（嘱託）		利用者の診療、健康管理及び療養の指導等	1名以上	3名
生活相談員		利用者の生活相談、家族関係機関の連絡等	1名	1名
介護支援専門員		利用者に対するケアプランの計画、立案と指導等	1名	1名
看護職員		利用者の健康管理等	1名以上	2名
機能訓練指導員		利用者の機能回復訓練の実施等	1名	3名
管理栄養士		献立、給食記録の作成、食品衛生の指導	1名	1名
介護職員		利用者の日常生活への介護の実施等	13名以上	18名

(2) 主な職種の勤務体制

（特別養護老人ホームと一体化で運用）

従業者の種類	勤務体制	休暇
管理者	9：00～18：00 特別養護老人ホーム美豊苑と兼務	9日/月
医師	月4日	
生活相談員	9：00～18：00	9日/月
介護支援専門員	9：00～18：00	9日/月
看護職員	8：00～19：00のうち8時間勤務	9日/月
機能訓練指導員	9：00～18：00	9日/月
管理栄養士	6：00～20：00のうち8時間勤務	9日/月
介護職員	24時間交代勤務	9日/月

4. 事業所サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

以下のサービスについては介護保険の給付対象となるサービスです。

種 類	内 容
食 事	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状況および嗜好を配慮した食事を提供します。 食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 (食事時間・朝食8:00～9:00 昼食12:00～13:00 夕食18:00～19:00)
入 浴	週2回以上の入浴または清拭をおこないます。 寝たきり等で座位のとれない方は機械を用いての入浴で快適に入浴していただきます。
排 泄	利用者の身体能力を最大限活用した排泄介助を行うと共に、排泄の自立を促す支援を行ないます。 おむつを使用せざるを得ない場合は、適切に取り替えます。
離 床 着替え	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
整容等	個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように配慮します。 シーツ交換は、週1回実施します。(汚染時は、その都度交換します)
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の心身の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康管理	医師や看護師が健康管理を行います。 緊急性のある場合は、主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引継ぎます。 利用者が外部の医療機関に受診される場合は、原則として家族で対応をお願いします。
生活相談	利用者および、家族からのご相談に誠意を持って応じ、必要な支援を行うように努めます。(相談窓口)生活相談員、介護支援専門員
レクリエーション	必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を豊かなものとするために、適宜レクリエーション行事を企画します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは介護保険の給付対象とならないため、利用金額の全額が利用者の負担となります。

- ① 食事の提供に要する費用
- ② 居住に要する費用

※ 但し、豊中市から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた方は、認定証に記載された負担限度額が利用者負担となります。

5. 利用料金について

(1) 基本料金

① 施設利用料

利用料の負担額は介護報酬告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスである時は利用料のうち各利用者の負担の割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

介護保険料（日額）

介護度	基本単位数	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	704単位	750円	1,501円	2,251円
要介護2	772単位	823円	1,646円	2,469円
要介護3	847単位	903円	1,806円	2,709円
要介護4	918単位	979円	1,957円	2,936円
要介護5	987単位	1,052円	2,104円	3,156円
要支援1	529単位	564円	1,128円	1,692円
要支援2	656単位	699円	1,399円	2,098円

その他の加算

加算名	内 容	利用者負担分		
		1割負担	2割負担	3割負担
夜勤職員配置加算（Ⅱ） 18単位／日	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が最低基準を1人以上、上回っている場合に加算する。 ※1日平均夜勤職員数は、暦月ごとに夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間をいう）における延夜勤時間数を、当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算定する。	19円/日	38円/日	58円/日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 18単位／日	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上である場合に加算する。	19円/日	38円/日	58円/日
生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10単位/月	介護ロボットやICT等のテクノロジーを導入して、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保と職員の負担軽減に対する方策を検討し、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うことに加算する。	11円/月	21円/月	32円/月
介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） ベースアップ等支援加算	介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設利用者介護を行った場合は、当該基準に掲げる単位数を所定単位数に加算する。 総単位数の1000分の83に相当する単位数を加算する。（特定の場合1000分の27、ベースアップの場合1000分の16）			

その他の加算（該当する方のみが対象）

加算名	内 容	利用者負担分		
		1割負担	2割負担	3割負担
個別機能訓練加算 56単位／日	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置し、機能訓練指導員等が共同して利用者の生活機能向上に資するよう利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行なっている場合に加算する。	60円/日	119円/日	179円/日
送迎加算 片道184単位/回	居宅と事業所間の送迎をした場合に加算する。	196円/回	392円/回	588円/回
療養食加算 8単位／回	市町村長に届け出て当該基準による食事提供を行う指定短期入所生活介護事業所が、別に厚生労働大臣が定める療養食を提供したときは、1回につき所定単位数を加算する。 食事の提供が管理栄養士、及び栄養士により管理されていること。 入居者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事が行われていること。 食事提供が、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定短期入所生活介護事業所において行われていること。	9円/回	17円/回	26円/回

② 食 費：1日あたり 朝食300円 昼食600円 夕食600円 おやつ100円

③ 居住費：1日あたり 3,400円

(2) その他の料金（介護保険の給付対象とならないサービス）

① 日常生活上必要となる物品の購入費用 実費相当額

（歯ブラシ、歯磨き粉、ティッシュペーパー等）

② 理美容サービス 実費相当額（税込）

③ 娯楽費・レクリエーション費 実費相当額（税込）

④ その他（特別食等必要に応じて）実費相当額

⑤ 電気製品持ち込み時電気使用料 1製品1日当たり10円の電気代を頂きます。（税込）

⑥ テレビレンタル料 1日当たり40円のレンタル料、10円の電気代を頂きます。（税込）

⑦ 複写物の交付 コピー代として1枚につき20円（税込）

(3) 支払い方法

利用料金は1カ月ごとに計算し利用月の翌月15日頃に請求書を郵送致します。下記のいずれかの方法にて（①の場合はご利用月の翌月27日に自動引き落とし、②の場合はご利用月の翌月末までに）お支払い下さい。

- ① 指定銀行口座からの自動引き落とし（利用月の翌月27日に引き落とし）
- ② 金融機関への振込

銀行名	三菱UFJ銀行	店番	044	支店名	梅田支店
口座番号	0358724	シャカイフクシホウジンウエルセイコウカイ			
		社会福祉法人 ウエル清光会			

※ なお、振込手数料は利用者負担となります。

※ お支払いの確認後、支払い方法の如何によらず、領収証を発行致します。

医療費控除の還付請求の際に必要な場合があります。領収書の再発行は致しませんので、必ず保管されますようお願い致します。

6. サービス利用の中止、変更、追加について

(1) サービス利用の中止、キャンセル料について

- ① 利用予定期間前に利用者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止、又は変更、新たなサービス利用の追加をすることが出来ます。この場合にはサービス実施前日までに事業所にお申し出下さい。
- ② 利用予定日の前日までに申し出がなく、利用日当日に利用中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払い頂く場合があります。

※ ただし、利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに中止の申し出があった場合	無料
利用予定日当日10時までに中止の申し出がなかった場合	当日の食費及び滞在費の全額

- ③ 入居者がサービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう勧告したにも関わらず支払いされない場合、サービスを中止する場合がございます。
- ④ 利用者が重大な過失により事業所又はサービス従事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、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合、サービスを中止する場合がございます。

(2) サービス利用の変更、追加について

- ① サービス利用の変更・追加の申し出に対し、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスを提供できない場合、他の利用可能日を利用者へ提示して協議します。
- ② 利用者がサービス利用期間中に利用者の体調不良等によりサービスを中止した場合でも既に実施したサービスに係る利用料金は請求致します。

7. 契約の更新、終了について

- (1) 契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の7日前までに利用者から契約終了の申し出がない場合は、契約は更に同条件で更新され、それ以降も同じ取扱と致します。

契約期間中は、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出来ます。ただし、下記のような事項に該当するに至った場合は、当事業所との契約は終了となります。

- | |
|---|
| ① 利用者が死亡された場合。 |
| ② 要介護認定により利用者の心身の状況が自立と判定された場合。 |
| ③ 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施設を閉鎖または縮小した場合。 |
| ④ 事業所の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービス提供が不可能となった場合。 |
| ⑤ 事業所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。 |
| ⑥ 利用者から契約終了の申し出があった場合。 |
| ⑦ 事業所から契約終了の申し出を行った場合。 |

8. 利用にあたっての留意事項

当事業所の利用にあたり、他の利用者との共同生活の場所として、安全性を確保し快適に過ごして頂くために下記の事項をお守り下さい。

来訪・面会	面会時間（9：00～18：00）を遵守し、必ずその都度職員に申し出て下さい。また施設の施錠は18時となります。18時までに施設から退出下さい。 利用者への差し入れについては必ず職員へ申し出下さい。 来訪者の方は施設での禁煙を遵守下さい。
外出	外出の際には、必ず行き先、用件、帰宅時間を職員に申し出て下さい。
飲酒、喫煙	飲酒、喫煙はご遠慮下さい。
設備、器具の利用	施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。 これに反した利用により破損等が生じた場合は、利用者の自己負担により原状回復して頂く場合や賠償して頂く場合がございます。
迷惑行為	他の利用者の迷惑となる行為や騒音等を出される事をご遠慮下さい。 他の利用者の居室には理由なく立ち入らないようにして下さい。
所持品の持ち込み	他の方に迷惑のかからない程度のものなら持ち込み可能です。 ナイフ等の刃物類やマッチ・ライター等の火気、他人に危害を及ぼすおそれのある物は全て持ち込み禁止となっております。
貴重品について	貴重品のお持ち込みはご遠慮下さい。万が一持ち込まれた場合においても事業所では管理・責任負いかねます。
携帯電話	携帯電話の使用は居室内に限られております。
宗教活動	施設内での他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮下さい。

ペット	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はご遠慮下さい。
-----	----------------------------

9. 緊急時における対応方法

利用者の健康状態に急変があった場合、或いはその他緊急事態が生じた際には、主治医または事業所が定めた協力医療機関に連絡する等必要な処置を講ずるほか、速やかに家族もしくは緊急連絡先に連絡致します。

10. 医療の提供について

医療を必要とする場合は、利用者の希望により、下記協力医療機関等において受診や入院治を受けて頂く事が出来ます。

協力医療機関

医療機関の名称	所在地	診療科目
医療法人 甲聖会 甲聖会記念病院	大阪府吹田市江の木町7番1号 電話 06-6380-0666 FAX 06-6380-0736	内科・整形外科 皮膚科・総合診療科
医療法人社団 気づき会 気づき歯科クリニック	大阪市東淀川区瑞光1丁目8-12 電話 06-6823-7989 FAX 06-6328-7990	歯科 訪問歯科

11. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付やご相談は以下の専用窓口で受け付け致します。

- 苦情受付窓口（担当者）
生活相談員（中川 真琴）
- 受付時間 9:00～18:00

(2) 行政機関その他苦情相談機関

豊中市福祉部 長寿社会政策課	豊中市中桜塚3丁目1番1号 電話番号 06 - 6858 - 2837 受付時間 8:45～17:15（月曜日～金曜日）
『話して安心、困りごと相談』	豊中市中桜塚3丁目1番1号 電話番号 06 - 6858 - 2815 受付時間 9:00～17:15（月曜日～金曜日）
大阪府国民健康保険連合会	大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 （中央大通FNビル内） 電話番号 06 - 6949 - 5418 受付時間 9:00～17:00（月～金曜日）

12. 身体拘束の廃止

当事業所は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除いて身体的、拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

(身体拘束の手続き)

- ・利用者、又は他の利用者等の生命又は身体を保護のため緊急やむを得ずに身体拘束を実施する場合は、利用者、又は家族に拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、期間等について説明し、文書による同意を得ることとします。

(身体拘束の解除)

- ・身体拘束を行う場合、月1回身体拘束委員会を実施し、拘束の継続、解除の検討を行います。
- ・随時、ケース検討会議を開催し、身体拘束を解除できるように努めます。

13. 虐待防止について

当事業所では、利用者の人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、虐待防止に関する責任者の設置、従業者に対する虐待防止啓発のための定期的な研修の実施に努めます。

14. 非常災害対策

- (1) 防災時の対応 別途定める「防災計画」に則り対応致します
- (2) 防災訓練 年2回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。
- (3) 防災設備

防災設備名称	個数等	防災設備名称	個数等
スプリンクラー	各階全室	ガス漏れ報知器	有
避難階段	1か所	防火扉	有
自動火災報知器	有	屋内消火栓	有
排煙設備	有	自家用発電装置	有
誘導灯	有		

15. 衛生管理について

- (1) (介護予防) 短期入所生活介護事業サービスの用に供する施設、食器その他の設備備品又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 事業所において感染症の発生、又は蔓延しないように必要な措置を講じます。
- (3) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

16. 損害賠償について

- (1) サービスの提供によって事故が生じた場合には、速やかに関係市町及び利用者の家族などに連絡して必要な措置を講じます。また、事故状況及び処置について記録します。
- (2) 事業所は、サービスを提供するにあたって、事業所の責と帰すべき事由により利用者に損害を与えた場合には、速やかに賠償します。

※ ただし、貴重品を持ち込まれた際の紛失や破損については、賠償は出来ません。

17. 秘密の保持

- (1) 当事業所は、業務上知り得た利用者やその家族等の秘密を保持します。
- (2) 当事業所の職員であった者について、業務上知り得た利用者やその家族等の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約内容としています。

18. 個人情報の保護について

利用者、又は家族の個人情報については、次の目的以外で使用いたしません。

(1) 施設内の情報提供

- ① 介護業務のため
- ② サービス利用記録のため
- ③ 福祉サービスを提供する上で事務管理業務のため
 - ・ 会計・経理業務
 - ・ 福祉サービスに関する事故等の報告
 - ・ 福祉サービスの向上や業務維持・改善のための基礎資料作成
 - ・ その他、利用者に係る管理運営業務

(2) 施設外の情報提供

- ① 利用者への福祉サービスを提供する上で、他の支援事業所との連携を保つ必要がある場合
- ② 入院・通院による診療の為、医師等から情報提供を求められた場合
- ③ 利用者の診療のため、医師等の意見・助言が求められた場合
- ④ 家族の状況説明（利用者本人から承諾を得ている家族等）
- ⑤ 市町村・国保連等に対する給付費などの請求書等を提出する場合
- ⑥ 事故等により、連絡をする場合
- ⑦ 損害保険会社への加入・請求等の場合

(3) その他

- ① 実習生、及びボランティア等への受け入れ時における最小限の情報提供
- ② 外部監査機関への情報提供

年 月 日

(介護予防) 短期入所生活サービスの提供に際し、利用者に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業所 所在地： 大阪府豊中市刀根山6丁目7-12
法人名： 社会福祉法人 ウエル清光会
事業所名： ショートステイ刀根山美豊苑
代表者： 理事長 小池 由久 印

説明者氏名： 印

私は本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、(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。

契約者 住 所
氏 名 印

契約者は署名が出来ないため、本人の意思を確認したうえで私が代わって署名を代行致します。

署名代行者 住 所
氏 名 印
利用者との続柄 ()

身元引受人兼連帯保証人 住 所
氏 名 印
利用者との続柄 ()