

おかの花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

当事業所はご契約者に対して短期入所生活介護並びに介護予防短期入所生活介護サービス(以下ショートステイサービスと言う)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、契約上ご注意くださいいただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

- | | |
|-----------------|--|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 三相園福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 兵庫県丹波市春日町山田170 |
| (3) 電話番号及びFAX番号 | TEL (0795) 74-1700, FAX (0795) 74-1708 |
| (4) 代表者氏名 | 竹村 義法 |
| (5) 設立年月日 | 昭和45年7月15日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|--------------|------------------------------|
| (1) 建物の構造 | 鉄骨鉄筋コンクリート造 3階 短期入所部分は1階及び2階 |
| (2) 建物の延べ床面積 | 4327.88㎡ 短期入所部分は631.60㎡ |

事業所の説明

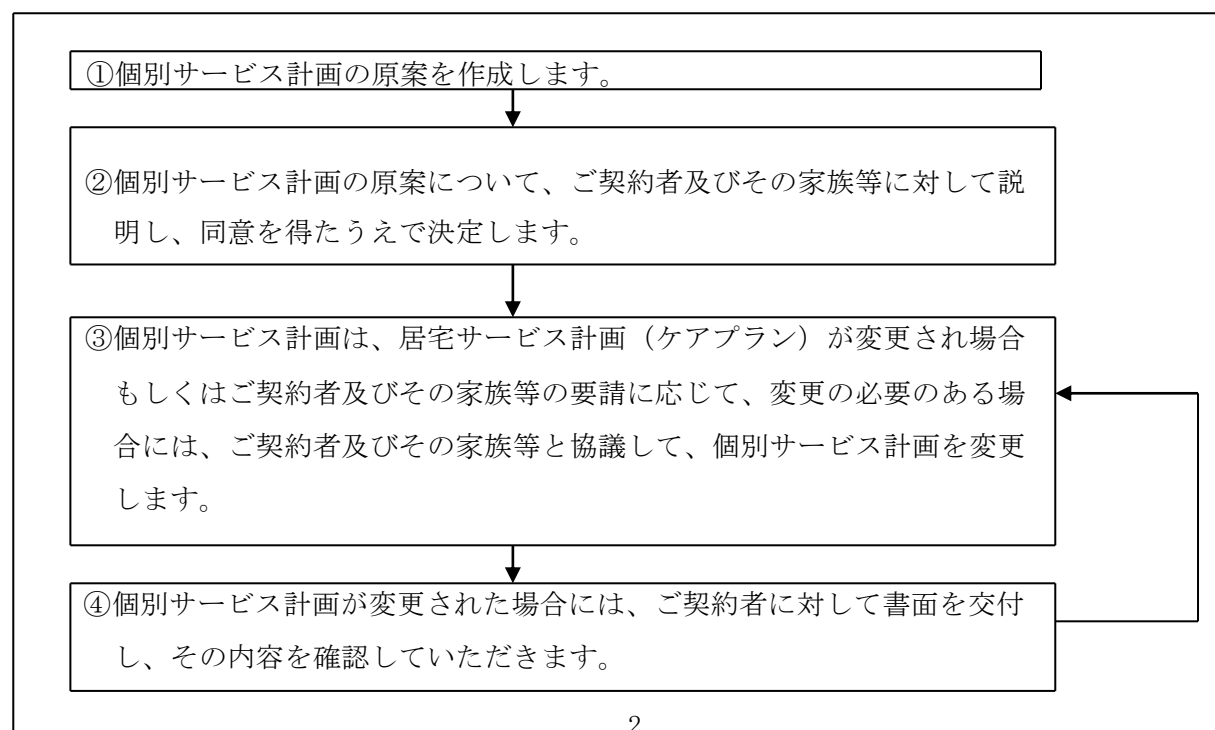
- | | |
|-----------------|---|
| (1) 施設の種類 | 指定短期入所生活介護事業所・平成12年 4月 1日
指定 兵庫県2871300345号
指定介護予防短期入所生活介護事業所・平成18年 4月1日 |
| (2) 施設の目的 | 介護保険法令に従い、ご契約者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むため必要な居室および共用施設等をご利用いただき、ショートステイサービスを提供します。 |
| (3) 施設の名称 | おかの花ショートステイサービス |
| (4) 施設の所在地 | 丹波市春日町山田170番地 |
| (5) 電話番号及びFAX番号 | TEL (0795) 74-1700, FAX (0795) 74-1708 |
| (6) 管理者 | 小椎尾 竹信 |
| (7) 運営方針 | ・利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
・明るく楽しい雰囲気づくりに努め、家庭・地域との交流を大切にしたい運営をします。 |

- (8) 開設年月日 「指定短期入所生活介護」平成12年 4月 1日
「指定介護予防短期入所生活介護」平成18年 4月 1日
- (9) 通常の事業の実施地域 丹波市内全域
- (10) 営業日及び受付時間 ①営業日 年中無休
②受付時間 毎日9時～17時
- (11) 利用定員 12人（平成13年4月1日付で定員10人から変更）
- (12) 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
2人部屋	6室	各室21.13㎡ 1人当たり10.57㎡
個室	18室	各室12.88㎡
4人部屋	8室	各室41.53㎡ 1人当たり10.38㎡
食堂	1室	57.96㎡ 特養と共用
ダイルーム	1室	61.77㎡ 特養と共用
機能訓練室	1室	79.20㎡ 特養と共用
浴室	3室	107.47㎡ 特殊浴槽2台
医務室・静養室	3室	52.92㎡ 特養と共用

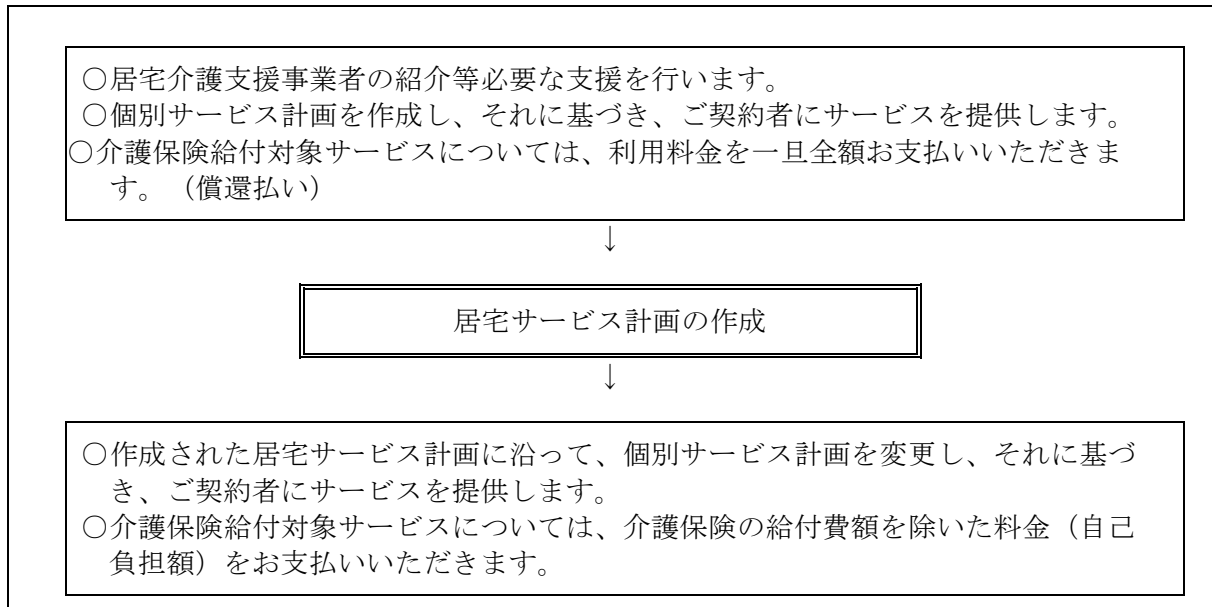
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、「個別サービス計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。

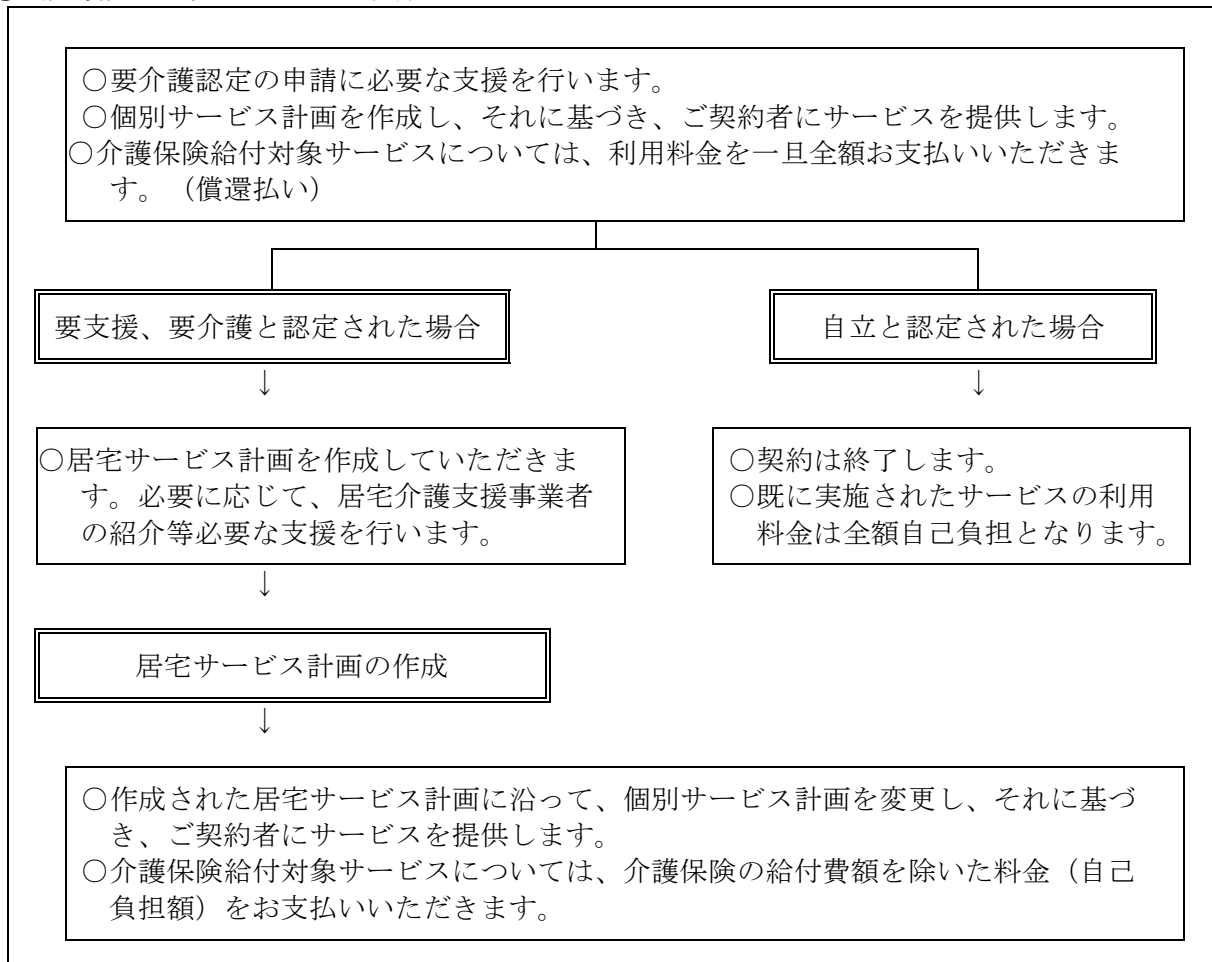


(2) 「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合



4. 職員の配置状況

職 種	配置人数	指定基準
1. 管理者	1 (特養兼任) 名	1 (兼任) 名
2. 介護職員	3 名	3 名
3. 生活相談員	1 (特養兼任) 名	1 (兼任) 名
4. 看護職員	1 名	1 名
5. 機能訓練指導員	1 (特養兼任) 名	1 (兼任) 名
6. 介護支援専門員	1 (特養兼任) 名	1 (兼任) 名
7. 医師 (嘱託医)	1 (特養兼任) 名	必要数
8. 栄養士	1 (特養兼任) 名	1 (兼任) 名
9. 調理員	4 (特養兼任) 名	必要数

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、一定以上の所得に応じてサービス利用料金の8割又は9割が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①食事の介助・援助 (但し、食費は別途いただきます。)

・栄養士の立てる献立表により、栄養バランスのとれた食事を提供します。

(食事時間)

朝食：8：00～8：40 昼食：12：00～13：00 夕食：18：00～19：00

②入浴の介助・援助

・入浴又は清拭を週2回以上行います。寝たきりの状態でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄の介助・援助

・ご契約者の排泄の介助・援助を行います。

④機能訓練

・ご契約者のご希望と心身等の状況に応じて、健康・趣味活動等の日常生活リハビリ又は訓練を実施します。

⑤健康管理

・医師や看護職員が、健康管理を行います。

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、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

〈サービス利用料金（１日あたり）〉

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度、又は要支援度に応じた介護サービス費から介護保険給付費額を除いた自己負担額と居住費、食費の合計金額をお支払い下さい。
 （サービスの利用料金はご契約者の要介護度、又は要支援度に応じ異なります）

- 1 指定短期入所生活介護
- サービス利用料金表 別表 1-1～4 のとおり。
- 1) 《多床室の場合》
- | | |
|-----------|--------|
| サービス利用料金表 | 別表 1-1 |
|-----------|--------|
- 2) 介護保険負担限度額認定者のサービス利用料金表
- | | |
|-----------------|--------|
| (1) 利用者負担第 1 段階 | 別表 1-2 |
| (2) 利用者負担額 2 段階 | 別表 1-3 |
| (3) 利用者負担額 3 段階 | 別表 1-4 |
- 2 指定介護予防短期入所生活介護
- サービス利用料金表 別表 2-1～4 のとおり。
- 1) 《多床室の場合》
- | | |
|-----------|--------|
| サービス利用料金表 | 別表 2-1 |
|-----------|--------|
- 2) 介護保険負担限度額認定者のサービス利用料金表
- | | |
|-----------------|--------|
| (1) 利用者負担第 1 段階 | 別表 2-2 |
| (2) 利用者負担額 2 段階 | 別表 2-3 |
| (3) 利用者負担額 3 段階 | 別表 2-4 |

☆加算：送迎を利用される場合は、片道 184 円の自己負担金が加算となります。

(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、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

① 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、支給限度額内の自己負担額の外、超過分金額も自己負担となります。

② 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当分をご負担いただきます。

1枚につき 20円

③日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

④美容・理髪

[美容理髪サービス]

月に2～3回、理美容師の出張による美容理髪サービス（調髪、パーマ、顔剃、洗髪等）をご利用いただけます。

利用料金：実費（理美容院と特別割引料金を契約しています。）

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1カ月毎に計算し翌月初めに請求書を郵送いたしますので、ご確認後、下記の方法にてお支払下さい。

ア. 下記指定口座への自動引き落とし（翌月10日付で引き落としとなります。）

中兵庫信用金庫	春日支店	普通預金
口座名	おかの花ショートステイサービス	
口座番号	0 6 2 2 6 1 2	

丹波ひかみ農業協同組合	春日支店	普通預金
口座名	福) 三相園福祉会 理事長 竹村義法	
口座番号	0 0 5 1 0 2 2	

郵便局	
口座名	社会福祉法人三相園福祉会
口座番号	1 4 3 4 0 - 7 4 6 7 5 2 5 1

イ. 事務所へ現金支払い

(4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加する場合は、利用予定日の前日までに事業者へ申し出て下さい。取消料は請求しませんが、追加分は料金がある場合があります。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、ご契約者の希望するサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間を契約者に提示して協議します。

(5) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、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るよう、ご紹介、手続きを支援します。

協力医療機関

医療機関の名称	医療法人敬愛会 大塚病院
所在地	丹波市氷上町絹山5 1 3
診療科	内科, 外科, 神経内科, 理学療法科

7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間満了の7日前までに契約者から契約終了の申入れがない場合には、契約は更に6か月間（要介護認定期間）同じ条件で更新され、以後も同様となります。

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できますが、仮にこ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ます。

- ①要介護認定によりご契約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を閉鎖した場合
- ③施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④当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
- ⑤ご契約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を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部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日前までに解約届出書をご提出下さい。

ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます

- ①ご契約者が入院された場合
- ②ご契約者の「居宅サービス計画」が変更された場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ⑥他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な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、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。

- ①ご契約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ご契約者による、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ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者サービス等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為・禁止事項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
- ④ご契約者の行動が他の利用者もしくはサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそれがあるような場合）を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

(3) 契約の一部が解約または解除された場合

本契約の一部が解約又は解除された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

(4) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、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。

8. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご契約者から聴取、確認します。
- ③非常災害等に関する業務継続に向けた計画を策定するとともに、ご契約者に対して運営規程に基づいて、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとし、訓練の実施に当たっては地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。
- ④ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ⑤ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑥ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、ご家族に相談をし、記録に記載するなどして、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止する

ための担当者を選任し、身体拘束等の適正化を図るため、身体拘束等の適正化のための指針の整備し、身体拘束委員会を3月に1回以上開催し、施設内での身体拘束、高齢者虐待に係る諸問題について、研究・検討し、その内容を介護現場に浸透させます。また、身体拘束等の適正化のための職員研修を定期的に行います。

⑦ご契約様に対する褥瘡予防のため、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を防止するための体制を整備します。

⑧ご契約者に対する感染症対策のため、感染症対策委員会をおおむね1月に1回以上開催し、感染症が流行する時期等を勘案して、必要に応じて随時開催するとともに、感染症対策の指針を整備、職員研修の開催に加え、訓練(シミュレーション)を行うものとします。

⑨ご契約者に対する事故発生・再発防止のための措置として、事故発生防止のための安全対策の担当者を選任し、事故発生時の対策の指針を整備、事故発生の報告、分析、改善策の職員への周知徹底を図る体制を整備するとともに、事故防止のための委員会、職員への研修を定期的に行うものとします。

⑩ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。

⑪事業者及びサービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません(守秘義務)。ただし、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。また、ご契約者の円滑な退所のために援助を行う際に情報提供を必要とする場合にはご契約者の同意を得て行います。

9. サービスの利用に関する留意事項

(1) 持ち込みの制限

他の利用者の迷惑になるもの、危険なもの等は持込を制限します。

(2) 施設・設備の使用上の注意

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) 禁止事項

他の利用者並びに職員に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

(4) 喫煙

施設内は禁煙です。喫煙される方は喫煙スペース以外での喫煙はできません。

10. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、契約者やその家族に対し速やかに状況を報告・説明し、その被害

の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

11. 損害賠償について

(1) 当事業所において、事業者の責任によりご契約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。

ただし、その損害の発生について、契約者側に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

(2) 事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

① 契約者（その家族、身元引受人等も含む）が、契約締結に際し、契約者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ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合

② 契約者（その家族、身元引受人等も含む）が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合

③ 契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもっぱら起因して損害が発生した場合

④ 契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示等に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合

12. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（当施設事務所窓口）

氏名	井上 賢廣
職名	副施設長（在宅担当）
受付日時	毎週月曜日～金曜日 9：00～17：00

○第三者委員

氏名	濟木 茂明
職名	処遇向上・苦情対応委員会委員長
連絡先	TEL 0795-75-1716

○苦情解決責任者

氏 名 小椎尾 竹信

職 名 施設長

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号 (078) 332-5617 FAX番号 (078) 332-5650 受付時間 9:00~17:00 (月~金)
○丹波市介護保険課	所在地 丹波市氷上町常楽211番地 電話番号 (0795) 88-5266 FAX番号 (0795) 88-5283 受付時間 9:00~17:00 (月~金)

令和 年 月 日

〔事業者(事業所)〕欄

<p>当事業所 { ・指定短期入所生活介護 ・指定介護予防短期入所生活介護 } での指定居宅サービスの提供開始に際し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。</p> <p>事業者(事業所) 住所 丹波市春日町山田 170 番地 名称 社会福祉法人三相園福祉会 おかの花ショートステイサービス ㊞</p> <p>説明者(署名) _____ ㊞</p>

〔契約者兼利用者〕欄

<p>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、内容に同意し、サービスの提供開始に同意します。</p> <p>契約者兼利用者 住所 _____ 氏名 _____ ㊞</p> <p>身元引受人 住所 _____ 氏名 _____ ㊞</p> <p>(契約者との続柄: _____)</p>
--

〔署名代行者〕欄

<p>私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、内容に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名代行します。</p> <p>署名代行者 住所 _____ 氏名 _____ ㊞</p> <p>(契約者との続柄: _____)</p>
--

令和 年 月 日
(控)

事業者

[事業者
(事業所)
]

当事業所 { ・指定短期入所生活介護
・指定介護予防短期入所生活介護 } での指定居宅サービスの提供開始に際し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業者(事業所)

住 所 丹波市春日町山田 170 番地
名 称 社会福祉法人三相園福祉会
おかの花ショートステイサービス ㊞

説明者(署名) _____ ㊞

[契約者兼利用者]欄

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、内容に同意し、サービスの提供開始に同意します。

契約者兼利用者

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

身元引受人

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

(契約者との続柄:)

[署名代行者]欄

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、内容に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名代行します。

署名代行者

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

(契約者との続柄:)