

# 「介護予防短期入所生活介護」

## 重要事項説明書

(大阪府指定事業所番号 第2770300396号)

当事業所はご利用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。

### 目次

|                    |    |
|--------------------|----|
| ① 施設経営法人           | 1  |
| ② ご利用施設            | 2  |
| ③ 居室の概要            | 2  |
| ④ 職員の配置状況          | 3  |
| ⑤ 提供するサービスと利用料金    | 3  |
| ⑥ 施設を利用するにあつての留意事項 | 8  |
| ⑦ 緊急時の対応           | 8  |
| ⑧ 事故発生時の対応         | 9  |
| ⑨ 災害対策             | 9  |
| ⑩ 虐待防止措置           | 9  |
| ⑪ 身体拘束の原則禁止        | 9  |
| ⑫ ハラスメント行為について     | 10 |
| ⑬ 苦情の受付について        | 10 |
| ⑭ 代理人等について         | 11 |

#### 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 栄光会
- (2) 法人所在地 大阪府寝屋川市池田3丁目1番地33号
- (3) 電話番号 072-828-1765
- (4) 代表者氏名 理事長 奥野 欣至
- (5) 設立年月 昭和51年2月23日

## 2. ご利用施設

### (1) 施設の種類

指定介護予防短期入所生活介護事業所 大阪府指定第 2770300396 号

※当事業所は特別養護老人ホーム寝屋川十字の園に併設されています。

### (2) 施設の名称 特別養護老人ホーム 寝屋川十字の園

### (3) 施設の所在地 大阪府寝屋川市池田 3 丁目 1 番地 3 3 号

### (4) 電話番号 0 7 2 - 8 2 8 - 1 7 6 5

### (5) 施設長氏名 奥野 欣至

### (6) 事業所の目的・運営方針

利用者が個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるように支援することを目的とする。

### (7) 開設年月 昭和 5 9 年 4 月 1 日

### (8) 営業日及び営業時間

営業日：年中無休

受付時間：月 ～ 金 (9 時 ～ 1 7 時)

### (9) 入所定員 4 人

### (10) 通常の送迎実施地域 寝屋川市内とします。

## 3. 居室の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は、原則として 4 人部屋です。

| 居室・設備の種類 | 室数    | 備考       |
|----------|-------|----------|
| 2 人部屋    | 2 室   | 多床室      |
| 4 人部屋    | 1 3 室 | 多床室      |
| 合計       | 1 5 室 |          |
| 食堂       | 2 室   |          |
| 機能訓練室    | 1 室   |          |
| 浴室       | 2 室   | 一般浴・特殊浴槽 |
| 医務室      | 1 室   |          |

上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護予防短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。

#### 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用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〉※職員配置については、指定基準を遵守しています。

| 職 種         | 勤務時間                                                                           | 実配置※1   | 指定基準     |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|
| 1. 施設長(管理者) | 9:00 ～ 17:30                                                                   | 1名      | 1名       |
| 2. 介護職員     | 7:00 ～ 15:30<br>9:00 ～ 17:30<br>10:30 ～ 19:00<br>11:30 ～ 20:00<br>16:30 ～ 9:00 | 18名     | 16名      |
| 3. 生活相談員    | 9:00 ～ 17:30                                                                   | 1名      | 1名       |
| 4. 看護職員     | 7:00 ～ 15:30<br>9:00 ～ 17:30<br>10:00 ～ 18:30                                  | 3名      | 2名       |
| 5. 機能訓練指導員  | 9:00 ～ 17:30                                                                   | 1名      | 1名(兼務可)  |
| 6. 介護支援専門員  | 9:00 ～ 17:30                                                                   | 1名(兼務)  | 1名(兼務可)  |
| 7. 医 師      | 13:30 ～ 15:30                                                                  | 2名(産業医) | 1名(非常勤可) |
| 8. 栄 養 士    | 9:00 ～ 17:30                                                                   | 1名      | 1名       |
| 9. 調理員      | 6:00 ～ 14:30<br>9:00 ～ 17:30<br>10:30 ～ 19:00                                  | 3名      | 3名       |
| 10. 事務員     | 9:00 ～ 17:30                                                                   | 1名      | 1名       |

※1 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数で除した数(小数点以下切り捨て)

#### 5. 提供するサービスと利用料金

当事業所が提供するサービスについては、次の2つの場合があります。

- |                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合<br>(2) 利用料金の全額をご契約者に負担していただく場合 |
|-------------------------------------------------------|

##### (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、居住費、食費を除き通常9割(～7割)が介護予防から給付されます。

##### 〈サービスの概要〉

- ① 居室の提供(滞在費)
- ② 食 事

・当事業所では、管理栄養士等の立てる献立により、栄養並びにご利用

者の体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

(食事時間) 朝食：7：30～、昼食：12：00～、夕食：18：00～

③ 入 浴

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

④ 排 泄

- ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤ その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

⑥ 提供するサービスの第三者評価

- ・当事業所では第三者評価の実施は行っていません。

〈サービスの利用料金（1日あたり）〉

下記の料金表によって、ご利用者の要支援度等に応じたサービス利用料金から介護予防給付費額を除いた金額（自己負担額）と食事・居室に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

| 1. 要支援度                | 要支援度<br>1                  | 要支援度<br>2            |
|------------------------|----------------------------|----------------------|
| 2. サービス利用料金            | 4, 807円                    | 5, 980円              |
| 3. うち、介護保険から給付される金額    | 4, 326円                    | 5, 382円              |
| 4. サービス利用に係る自己負担額（2－3） | 481円                       | 598円                 |
| 5. 居室に係る自己負担額          | 840円（第4段階）<br>（915円（第4段階）） |                      |
| 6. 食事に係る自己負担額          | 1, 380円（第4段階）              |                      |
| 7. 自己負担額合計<br>（4+5+6）  | 2, 781円<br>（2, 841円）       | 2, 898円<br>（2, 952円） |

（ ）内は令和6年8月以降の料金になります。

○上記以外に下記の加算が発生する場合があります。

| 加算名             |     | 単位数      | 利用料金<br>(×10.66円) | 自己負担額 (1日分) |      |      |
|-----------------|-----|----------|-------------------|-------------|------|------|
|                 |     |          |                   | 1割          | 2割   | 3割   |
| 看護体制加算          | (Ⅰ) | 4単位/日    | 42円               | 5円          | 9円   | 13円  |
|                 | (Ⅱ) | 8単位/日    | 85円               | 9円          | 17円  | 26円  |
| 送迎加算            |     | 184単位/片道 | 1,961円            | 197円        | 393円 | 589円 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) |     | 22単位/日   | 234円              | 24円         | 47円  | 71円  |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) |     | 18単位/日   | 191円              | 20円         | 39円  | 58円  |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) |     | 6単位/日    | 63円               | 7円          | 13円  | 19円  |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)  |     | 13.6%    |                   |             |      |      |

### ○送迎について

家族等が、ご利用者を自宅と事業所との間の送迎が出来ない場合は、都合のつく限り事業所において行います。但し、上記の送迎加算自己負担分が必要です。

### ○居住費(滞在費)・食費の負担軽減(負担限度額認定)

世帯全員が市町村民税非課税の方(市町村民税世帯非課税者)や生活保護を受けられておられる方の場合は、市町村へ申請をすることにより、「介護保険負担限度額認定証」が交付され、居住費(滞在費)・食費の負担が軽減される場合があります。

#### ■ 居住費(滞在費)・食費の負担軽減 (日 額)

| 対象者                        |                               | 区分       | 利用者負担          |        |
|----------------------------|-------------------------------|----------|----------------|--------|
|                            |                               |          | 居住費            | 食費     |
| 生活保護受給のかた                  |                               |          |                |        |
| 世帯全員が                      | 市町村民税非課税の<br>老年福祉年金受給のかた      | 段階 1     | 0 円            | 300円   |
|                            | 市町村民税非課税かつ<br>本人年金収入等80万円以下の方 | 段階 2     | 370円<br>(430円) | 390円   |
|                            | 非課税かつ本人年金収入<br>等が80万円超120万円以下 | 段階 3 - 1 | 370円<br>(430円) | 650円   |
|                            | 非課税かつ本人年金収入<br>等が120万円超       | 段階 3 - 2 | 370円<br>(430円) | 1,360円 |
| 世帯に課税の方がいるか、<br>本人が市町村民税課税 |                               | 段階 4     | 855円<br>(915円) | 1,445円 |

( ) 内は令和6年8月以降の料金になります。

○ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合

サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。また上記サービス利用料金のほかに、加算が発生した場合は自己負担額に追加されます。

(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、ご利用料金の全額がご契約者の負担となります。

(サービスの概要とご利用料金)

① 特別な食事提供を希望する場合 (外食も含む)

利用料金：要した費用の実費 (別途消費税要)

② レクリエーション、クラブ活動

利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

○ご利用料金：材料代等の実費をご負担いただきます。

③ 複写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

○ご利用料金：1枚につき20円いただきます。

④ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品・嗜好品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、利用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。

※ おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

※ 上記に定める利用料については、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前

までにご説明します。

#### ⑤感染症対策

利用者及びご家族の意向を確認し、コロナ・インフルエンザ等の検査を行います。

○ご利用料金：実 費

#### (3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、サービス利用終了時に、ご利用期間分の合計金額をお支払い下さい。

#### (4) 利用の中止、変更

○利用予定期間の前に、ご利用者の都合により、指定介護予防短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更する場合には、サービスの実施日前日までに事業者申し出て下さい。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

|                       |         |
|-----------------------|---------|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合  | 無料      |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 | 自己負担相当額 |

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

#### (5) 利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、寝屋川十字の園附属診療所並びに、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。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

### ①協力医療機関

|         |                       |
|---------|-----------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人毅峰会 青樹会病院         |
| 電話番号    | 072-833-8810          |
| 所在地     | 〒572-0022 寝屋川市緑町47番7号 |
| 医療機関の名称 | 寝屋川ひかり病院              |
| 電話番号    | 072-829-3331          |
| 所在地     | 寝屋川市石津元町12番20号        |

### ②協力歯科医療機関

|         |               |
|---------|---------------|
| 医療機関の名称 | タナベ歯科医院       |
| 電話番号    | 072-827-1515  |
| 所在地     | 寝屋川市東大利町14番5号 |

## 6. 施設を利用するにあたっての留意事項

### (1) 喫煙・飲酒について

喫煙及び飲酒は事業所内の所定の場所及び時間に限り可能で、それ以外の場所及び時間は居室内を含み禁煙及び禁酒にご協力いただきます。

### (2) 衛生保持について

利用者は、生活環境の保全のため、事業所内の清潔、その他環境衛生の保持にご協力いただきます。

### (3) 禁止行為について

利用者は、事業所で次の行為は禁止されています。

- ① 宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、又は自己の利益のために他人の自由を侵すこと。
- ② けんか、口論、泥酔などで他の利用者等に迷惑を及ぼすこと。
- ③ 事業所の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
- ④ 指定した場所以外で火気を用いること。
- ⑤ 故意に事業所もしくは物品に損害を与え、又はこれらを持ち出すこと。

## 7. 緊急時の対応

事業所は、現に指定短期入所生活介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は速やかに主治医又はあらかじめ事業所が定めた協力医療機関への連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

## 8. 事故発生時の対応

利用者に対する指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は速やかに保険者、利用者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

利用者に対する指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

## 9. 災害対策

非常災害その他の緊急事態に備えて、防災及び避難に関する計画を作成し、職員及び利用者等に対し周知徹底を図るため、年2回以上避難・救出・夜間想定を含め、その他必要な訓練を実施します。

## 10. 虐待防止措置

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止・身体拘束等の適正化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徹底を図ります。
- (2) 虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針の整備をしています。
- (3) 従業者に対して、虐待防止・身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施する等の必要な措置を講じます。
- (4) 事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待等を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- (6) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止担当者・責任者：管理者 奥野 欣至

## 11. 身体拘束の原則禁止

- (1) 事業所はサービスの提供にあたっては、当該利用者又は他の利用者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き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。
- (2) 事業所は前項の身体拘束等を行う場合には、次の手続きにより行います。
  - ① 身体拘束廃止委員会を設置する。
  - ② 「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体的拘束等にかかる態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない

理由を記録する。

- ③ 利用者又はその家族に説明し、その他の方法がなかったか改善方法を検討する。

## 12. ハラスメント行為について

事業者は、高齢者と従業員に対してより良い介護及び職場環境を実現するために、職場及び介護の現場におけるハラスメントを防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 従業員に対して、ハラスメントを防止するための研修を実施します。
- (2) サービス提供中に、当該事業所従業員又は利用者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）によるハラスメントを受けたと思われる利用者や従業員を発見した場合は、速やかに上司及び管理者、担当者に報告・相談を行います。
- (3) 事業所にハラスメントに関する担当者を置き、ハラスメント対策に関する取り組みを行います。

ハラスメントに関する担当者：管理者 奥野 欣至

## 13. 苦情の受付について

- (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は以下の専門窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

〔解決責任者：施設長〕 奥野 欣至

〔担当者：生活相談員〕 長船 幸太

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 9：00～17：30

（電話番号） 072-828-1765

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

寝屋川市 高齢介護室

○所在地 寝屋川市池田西町28番22号

○受付時間 9：00～17：30

（電話番号） 072-838-0372

大阪府国民健康保険団体連合会

○所在地 大阪府中央区常盤町1丁目3番8号

○受付時間 9：00～17：00

（電話番号） 06-6949-5418

大阪府福祉部 介護事業者課

○所 在 地      大阪府中央区大手前3丁目2番12号  
○受付時間      9：00～17：00  
（電話番号）    06－6944－7104

#### 14. 代理人等について

（１）事業所では、契約締結に当たり、代理人、連帯保証人及び身元保証人の設定をお願いしています。

- ① 代理人は、利用者のご家族又は縁故者若しくは成年後見人等の中から選任していただくものとします。
- ② 代理人は原則として連帯保証人を兼ねることとします。但し、事業所と代理人と協議の上、代理人とは別の者を連帯保証人とすることが出来るものとします。
- ③ 連帯保証人は身元保証人を兼ねるものとします。

（２）代理人の職務は、次の通りとします。

- ① 利用者に代わって又は利用者とともに、契約の解約・解除の意思表示及び手続き、その他利用者を代理して行う意思表示、事業所の意思表示や報告・通知の受領、事業所との協議等を行うこと。
- ② 利用者を代理して、又は利用者に代わって、サービス利用料等を支払うこと。

（３）連帯保証人の職務は次の通りとします。

利用者と連帯して、本契約から生じる利用者の債務を負担すること。

（４）身元保証人の職務は、次の通りとします。

利用契約が終了した後、事業所に残された利用者の所持品（残置物）を利用者自身が引き取れない場合の受取り及び当該受取り又は処分にかかる費用をご負担いただく場合があります。

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。

指定短期入所生活介護施設 特別養護老人ホーム寝屋川十字の園

説明者氏名 生活相談員 署名： 長 船 幸 太 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(契約者)

住 所

氏 名

印

代理人

住 所

氏 名

印

続 柄

連帯保証人兼身元保証人

住 所

T E L

氏 名

印

続 柄