

「指定短期入所生活介護」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。

(大阪府指定第2770800395号)

当事業所はご契約に対して指定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。

1. 事業者

- | | |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 慶陽 |
| (2) 法人所在地 | 大阪市東住吉区杭全1-4-20 |
| (3) 電話番号 | 06-6719-8880 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 孫 徳弘 |

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
指定番号 第 2770800395 号
※当事業所は特別養護老人ホーム「あっとほうむ」に併設されています。 |
| (2) 事業所所在地 | 大阪市東住吉区杭全1-4-20 |
| (3) 電話番号 | 06-6719-8880 |
| (4) 事業所長名 | 施設長 藤原 慎吾 |
| (5) 運営方針 | <ul style="list-style-type: none">・ご契約者と職員相互が理解を深め、明るく豊かな人間関係を作る。・日常生活全般にわたって介護を必要とする方に利用してもらい、それぞれの方の身体面・精神面で最も適した介護を提供します。・職員すべてが社会福祉従事者としての自覚と誇りをもって知識及び技術の向上に努めます。・介護問題の相談援助を行い、地域における高齢者サービスの拠点施設となります。 |
| (6) 営業日及び営業時間 | 営業日 年中無休
送迎地域 東住吉区、生野区、平野区、阿倍野区
天王寺区、浪速区、西成区 |
| (7) 利用定員 | 8人 |

(8)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。
部屋は原則として2人部屋です。施設本入所の空床がある場合は、個室・他多床室のご利用も可能です。

居室種類	室数	備考
2人部屋	4 室	
食堂	2 室	
浴室	2 室	一般浴・特殊浴・リフト浴
医務室	1 室	
機能訓練室	1 室	

居室変更・・・ ご契約者の心身の状況により居室の変更する場合やご契約者からの変更希望は、職員間で協議のうえ決定します。

3. 職員の配置状況(施設配置基準に含む)

従業者の職種	常勤換算	指定基準
施設長（兼任）	1 名	1 名
事務職員	2 名	必要数
看護職員	3 名	3 名
生活相談員	1 名	1 名
介護職員	2 6 名	2 4 名
管理栄養士	1 名	1 名
機能訓練指導員	1 名	1 名
医師	1 名	1 名

4. 勤務体制（主たる職員）

勤務体制	職務内容	勤務時間帯
施設長（兼任）	業務の一元的な管理	9：00～18：00
事務職員	事務業務	9：00～18：00
看護職員	保健衛生管理及び看護業務	9：00～18：00
生活相談員	生活相談及び指導	9：00～18：00
介護職員	介護業務	早出 7:00～16:00 日勤 9:30～18:30 遅出 11:00～20:00 夜勤 17:10～ 9:40
管理栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	9：00～18：00
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導	9：00～18：00
医師	健康管理及び療養上の指導	毎週火・木・土 15：00～18：00

※土・日曜日は上記と異なります。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

・食事

管理栄養士(栄養士)の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態を考慮した食事を提供します。

朝食：8時 昼食：12時 おやつ：15時 夕食：18時

・入浴

入浴または清拭を週2回行います。

(ご契約者の心身の状況により入浴方法の変更及び中止にすることがあります。)

・排泄

排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

・その他

寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。

生活リズムを考え、毎朝晩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援助します。

《サービス利用料金(1日あたり・1割負担の場合)》

介護度	利用料	利用者負担額		
		1 割	2 割	3 割
要介護 1	7,713 円	772 円	1,543 円	1,332 円
要介護 2	8,595 円	860 円	1,719 円	2,573 円
要介護 3	9,530 円	953 円	1,906 円	2,859 円
要介護 4	10,423 円	1,043 円	2,085 円	3,127 円
要介護 5	11,315 円	1,132 円	1,413 円	2,120 円

※ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただき、要介護認定を受けた後、利用料を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、介護サービス計画(ケアプラン)が作成されていない場合も償還払いとなります。

《その他の加算料金》

加算項目	単位数	自己負担額		
		1 割	2 割	3 割
夜勤職員配置加算 (I) (夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が最低基準を1以上上回っている為)	1 日につき	17 円	33 円	49 円
サービス提供体制強化加算 I (介護職員の80%以上が介護福祉士であることもしくは勤続年数10年以上の介護福祉士が35%以上であること)	1 日につき	29 円	57 円	85 円
看護体制加算 (I) (常勤の看護師を1名以上配置し、且つ施設の空ベッドを利用した場合)	1 日につき	6 円	11 円	17 円

看護体制加算（Ⅱ） （看護職員の数が規定人数より1名多く、夜間も含めた緊急時の対応体制が整い、且つ施設の空ベッドを使用した場合）	1日につき	10円	20円	30円
送迎加算 （職員による送迎を利用した場合）	1回につき	235円	470円	705円
若年性認知症利用者受入加算 （65歳未満で若年性認知症と診断された方）	1日につき	154円	307円	461円
療養食加算 （腎臓病食・糖尿病食・肝臓病食・潰瘍食・脂質異常症食等を提供した場合）	1食につき	10円	20円	30円
生活機能向上連携加算 （自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職などと連携していく為。対象者のみ）	1月につき	256円	512円	767円
緊急短期入所受入加算 （担当ケアマネージャーが緊急の必要性を認めており、居宅サービス計画に計画されていない緊急的な受け入れである場合。）	1日につき ご利用開始日から 7日間まで	116円	231円	346円

※介護職員等処遇改善加算

令和8年6月1日より介護職員等処遇改善加算を算定します。それに伴いサービス費及び加算料金には、17.6%上乗せ料金が含まれます。

《居住費及び食費》

居住費	多床室	1日につき	915円
	多床室（増築棟）	1日につき	1,017円
	個室（希望者のみ）	1日につき	1,231円
食費	朝食		300円
	昼食・おやつ		700円
	夕食		600円

※介護保険負担限度額認定証又は介護保険特定負担限度額認定証を受けている場合に、認定証に記載されている負担限度額又は特定負担限度額と上記の居住費又は食費の金額と比較して、どちらか低い方の額とします。

負担限度額認定証を適用後の居住費及び食費（令和6年8月より）

	食費	従来型個室	多床室
1段階	300円	380円	0円
2段階	600円	480円	430円
3段階①	1,000円	880円	430円
3段階②	1,300円	880円	430円

《食事形態による経費》 ゼリー形態での食事の提供が必要な利用者については、上記の食費とは別途で、実費負担をいただきます。
1食あたり 77円(税込)

《イベント参加費》 イベントに参加される場合は、実費負担となります負担料金については事前連絡させていただきます。

《個人家電の使用電気代》 個人専用の家電の使用について、家電の参考消費価格より施設内基準を設定させていただき、1日あたりの実費負担をいただきます。
1日あたり 30円(税込)

※利用料の変更等

事業所は、上記の費用について、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は、利用料を変更することができます。ただし、利用料を変更する場合は、あらかじめ利用者又はその家族に対して変更を行う日の1ヶ月前までに説明を行い、同意を得るものとします。

6. 利用料金のお支払い方法

事業所は当月の利用料の請求に明細を付して、翌月末までに利用者に請求し、利用者は次の方法により支払います。

- (1) 指定口座からの自動振替
- (2) 当事業所指定の金融機関への口座振込（振込手数料は利用者負担となります。）
- (3) 現金による支払い

7. 利用の中止、変更、追加

①利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止、変更、追加は原則として介護支援専門員(ケアマネージャー)からの連絡のみ実施日前日までは受付します。

※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契約者の希望する期間にサービスの提供ができないこともあります。

②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2000円いただく場合がございます。

(但し、ご契約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。)

③ご契約者がサービスを途中退所した場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

④ご契約者により、正当な理由がなくサービス利用料金の支払いを3か月以上遅延された際は、一定期間の勧告をさせていただきます。その上でも改善が見られなければ、契約解除をさせていただきます場合がございます。その際も、上記③に記載と同様に、お支払いをお願いしてまいります。

8. 代理人等について

(1) 施設では、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も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。ただし、施設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できるものとします。
 - 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、必要な同意又は要請、サービス利用の解約・解除の意思表示及び手続き、そのほか利用者を代理して行う意思表示、施設の意思表示や報告・通知の受領、施設との協議等を行うこと。
 - ② 利用者に代わって又は利用者とともに、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、施設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負担すること。
- (5) 連帯保証人の負担する保証債務の内容は以下の通りとします。
- ① 連帯保証人の負担は、極度額 200 万円を限度とします。
 - ② 連帯保証人が負担する債務の原本は、利用者、代理人又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。
 - ③ 施設は、連帯保証人から請求があったときは、遅滞なく、利用料等の支払い状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。
 - ④ 連帯保証人が死亡又は破産手続開始決定を受けた場合、もしくは連帯保証人について成年後見が開始された場合は、利用者又は代理人は別の連帯保証人を選任するものとします。

9. 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任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施設賠償責任保険内で賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、契約者の故意・過失が認められる場合、契約者間のトラブルによる損害、介護の拒否による損害、流行性の疾病の感染(事前に説明は、その都度します)等は、損害賠償責任を減じることができるものとします。

なお、事業者は、下記の損害補償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損保㈱
保険名	介護保険・社会福祉事業総合保険
補償の概要	賠償責任（身体・財物）

10. 事故発生時の対応

利用者に対する指定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、及び居介護支援事業者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。

1 1. 当事業所に関する相談・苦情について

当事業所におけるご相談・苦情は下記の窓口で受付けています。

相談・苦情受付窓口(5階相談室)

担 当 者	介護部主任 山本 航・梅川 陽史 第三者委員 朝井 洋明
T E L	06-6719-8880
受付時間	毎週月曜日～土曜日 午前9時～午後5時

【市町村の窓口】

東住吉区地域保健福祉担当

所 在 地	大阪市東住吉区東田辺1-13-4
T E L	06-4399-9859
F A X	06-6629-4580
受付時間	平日 午前9時～午後5時30分

地域保健福祉担当

所 在 地	市 区
T E L	
F A X	
受付時間	平日 午前9時～午後5時30分

【国保連の窓口】

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1-3-8
T E L	06-6949-5418
受付時間	平日 午前9時～午後5時

【大阪市の窓口】

大阪市福祉局 高齢者施策部 高齢施設課

所 在 地	大阪府中央区船場中央3丁目1番7-331号 船場センタービル7号館3階
T E L	06-6241-6530
F A X	06-6241-6604
受付時間	平日 午前9時～午後5時30分

1 2. 協力医療機関等

● 協力医療機関

名 称	医療法人 青洲会診療所
院 長 名	孫 徳弘
所 在 地	大阪市東住吉区杭全1丁目4-20
T E L	06-6713-9592
診療科目	整形外科・外科・リハビリテーション科・胃腸科 内科・皮膚科・放射線科・リウマチ科・麻酔科 歯科口腔外科・小児歯科

● 協力医療機関

名 称	東住吉森本病院
院 長 名	寺柿 政和
所 在 地	大阪市東住吉区鷹合 3 丁目 2 - 6 6
T E L	06-6606-0010
診療科目	内科・消化器科・外科・整形外科・形成外科 循環器内科・神経内科

1 3. 非常災害時の対策

別途定める「社会福祉法人 慶陽 消防計画」にのっとり対応を行います。
年 2 回夜間及び昼間を想定した非難訓練を行います。

設備名称	個数等	設備名称	個数等
スプリンクラー	あり	防火扉	各階あり
非常階段	3 箇所	非常用電源	あり
自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
誘導灯	あり	漏電火災報知機	あり
ガス漏れ報知器	あり		

カーテン・布団等は防災性能のあるものを使用しております。

※消防計画等消防署へ届け出の日：平成 2 2 年 5 月 1 3 防火管理者：朝井 洋明

1 4. 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的（年 1 回以上）に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

1 5. 衛生管理等

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- (4) 介護職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (5) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

1 6．当事業所をご利用の際に留意いただく事項

- | | |
|-------------|--|
| 来訪・面会 | ・面会が自由にできるよう、面会時間を9時から20時にしています。
また、各階にあります面会簿にご記入下さい。 |
| 外出・外泊 | ・外出・外泊の際には所定の用紙にて、お申し出下さい。 |
| 居室・設備・器具の利用 | ・事業所内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。
これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただく場合がございます。 |
| 喫煙・飲酒 | ・喫煙・飲酒は決められた場所以外ではお断りします。 |
| 迷惑行為等 | ・騒音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
また、改善されません時は退所いただくこともございます。 |
| 現金等の管理 | ・現金・貴重品の管理は各個人の責任においてお願いいたします。
(管理能力に応じて、事業所管理とさせていただきます。) |
| 宗教・政治活動 | ・事業所内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動は
ご遠慮を願います。 |
| 動物飼育 | ・事業所内へのペットの持ち込み、及び飼育はお断りします。 |

1 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。

1 8．守秘義務に関する対策

事業所及び従事者は、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。

1 9．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いたします。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。

2 0．高齢者虐待防止について

事業所は、利用者等の人權の擁護・虐待防止等のために、次に掲げるとおり必要な指導を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者 介護部主任：山本 航・梅川 陽史
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 虐待等に関する苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従事者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (6) 職員が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

同意書

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護サービスの提供の開始に当たり、利用者及び代理人に対して利用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。

所在地 大阪府大阪市東住吉区杭全1-4-20
施設名 特別養護老人ホームあっとほうむ

施設長 藤原 慎吾

説明者 (役職) (氏名)

私は、利用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(契約者)>

住所

氏名

<代理人>

住所

氏名 (続柄)

<連帯保証人兼身元保証人>

住所

氏名 (続柄)

※代理人は、法定代理人又は任意代理人のどちらでも構いませんが、任意代理人については、利用者の意思や立場を理解しうる立場の方をお願いしております。