

短期入所サービス 重要事項説明書

あなた(またはあなたの家族)が利用しようと考えている短期入所サービスについて契約を締結する前に、知っておいていただきたい内容を説明いたします。

わからない事や、わかりにくい事があれば、遠慮なく質問してください。

この「重要事項説明書」は当事業所とサービス利用契約を希望される方に対して社会福祉法第 76 条に基づき、当施設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説明するものです。

1. 短期入所サービスを提供する事業所について

事業者名称	社会福祉法人 東和福祉会
代表者氏名	理事長 岸 田 幸 之 助
事業所 所在地	大阪府寝屋川市宇谷町 1 番 3 6 号 電話番号 072-824-0345 Fax 番号 072-824-7216

2. ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

事業所名称	社会福祉法人 東和福祉会 ショートステイ寝屋川苑
指定事業者電話番号	大阪府指定 (2710300589)
事業所所在地	大阪府寝屋川市宇谷町 1-36
連絡先 相談担当者氏名	電話番号 072-824-0345 FAX 番号 072-824-7216 吉田 謙治
事業所運営の 事業実施地域	寝屋川市全域

(2) 事業の目的及び運営方針

事業の目的	指定短期入所サービスの円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思および人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定短期入所サービスの提供を確保することを目的とする。
運営方針	利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話をを行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。

(3) サービス提供可能日と時間帯

営 業 日	月曜日から日曜日までとする。
営 業 時 間	24時間対応

(4) 事務所窓口の営業日および営業時間

営業日	月曜日から日曜日までとする。
営業時間	午前9：00から午後6：00 *ただし、緊急を要する場合は24時間対応いたします。

(5) 事務所の職員体制

事務所の管理者	吉田 謙治
---------	-------

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 3 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した短期入所生活介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 4 利用者へ短期入所生活介護計画を交付します。 5 短期入所生活介護の実施状況の把握及び短期入所生活介護計画の変更を行います。	常 勤 1 名
医 師	1 利用者の健康管理や療養上の指導を行います。	非常勤 2 名
生活相談員	1 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2 それぞれの利用者について、短期入所生活介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。	常 勤 1 名
看護職員	1 サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2 利用者の健康管理や静養のための必要な措置を行います。 3 利用者の病状が急変した場合等に、医師の指示を受けて、必要な看護を行います。	常 勤 3 名 (内、機能訓練指導員 1 名) 非常勤 3 名

介護職員	1 短期入所生活介護計画に基づき、生活面での積極性を向上させる観点から利用者の心身に応じた日常生活上の世話を適切に行います。	常 勤 33名 非常勤 5名
機能訓練指導員	1 短期入所生活介護計画に基づき、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、機能訓練を行います。	嘱託職員 4名
管理栄養士	1 適切な栄養管理を行います。	常 勤 2名
栄養士	1 適切な栄養管理を行います。	常 勤 1名
調理員	1 食事の調理を行います。	調理員 8名
事務職員	1 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	常 勤 3名

3. 提供するサービスの内容と料金および利用料について

(1) 提供するサービスの内容について

サービスの種類	サービスの内容	備考
身 体 介 護	排泄介助	オムツ交換 トイレ誘導
	食事介助	普通からミキサーまで
	入浴介助	一般浴・リフト浴・特浴での介助
	着脱介助	
	生活介助	その他日常生活上における介助
医療	健康管理	バイタルチェック、服薬管理、簡単な処置
レクリエーション		レクリエーション、クラブ活動、季節の行事等
洗濯		二泊以上の利用者の方に実施
相談・援助		利用者、その家族の相談について助言、援助

(2) 提供するサービスの料金について

① 福祉型短期入所サービス費 I

区分と単位数	基本料金[単位× 10.72(地域区分率)]	利用者負担	利用日数
区分6 923単位	約9,894円	約990円	×利用日数
区分5 784単位	約8,404円	約841円	
区分4 648単位	約6,946円	約695円	
区分3 583単位	約6,249円	約625円	
区分2、1 509単位	約5,456円	約546円	

②福祉型短期入所サービス費Ⅱ（日中活動系利用の場合）

区分と単位数	基本料金[単位× 10.72(地域区分率)]	利用者負担	利用日数
区分6 602単位	約6,453円	約646円	×利用日数
区分5 527単位	約5,649円	約565円	
区分4 318単位	約3,408円	約341円	
区分3 240単位	約2,572円	約258円	
区分2、1 173単位	約1,854円	約186円	

③福祉型短期入所サービス費Ⅲ（18歳未満）

区分と単位数	基本料金[単位× 10.72(地域区分率)]	利用者負担	利用日数
区分3 784単位	約8,404円	約841円	×利用日数
区分2 615単位	約6,592円	約660円	
区分1 509単位	約5,456円	約546円	

④福祉型短期入所サービス費Ⅳ（18歳未満で、日中活動系サービス利用）

区分と単位数	基本料金[単位× 10.72(地域区分率)]	利用者負担	利用日数
区分3 527単位	約5,649円	約565円	×利用日数
区分2 279単位	約2,990円	約299円	
区分1 173単位	約1,854円	約186円	

⑤各加算について

（１）送迎加算について

短期入所をご利用いただく際、希望があれば送迎を行っております。1回の送迎費用については、下記のとおりいただいております。

加算名	単位数	基本料金[単位×10.72(地域 区分率)]	利用者負担
短期入所送迎加算	186単位(片道)	約1,993円	約200円(片道)

(2) 食事提供体制加算について

食事を希望される方の中で、市町村より食事代の軽減措置が認められた利用に対し、食事料金が安くなる代わりに、下記の加算は食事を提供した日数分いただいております。

加算名	単位数	基本料金[単位×10.72(地域区分率)]	利用者負担
食事提供体制加算	48 単位	約 5 1 4 円	約 5 2 円×利用日数

(3) 栄養士配置加算について

短期入所サービスで提供しております食事については、常勤の栄養士が献立を立てております。利用中に食事を提供した日数分、加算としていただいております。

加算名	単位数	基本料金[単位×10.72(地域区分率)]	利用者負担
栄養士配置加算	22 単位	約 2 3 5 円	約 2 4 円×利用日数

(4) 短期利用加算

短期入所サービスを提供した際に、最初の 30 日間までの利用に対し、下記のとおり利用料が発生します。

加算名	単位数	基本料金[単位×10.72(地域区分率)]	利用者負担
短期入所加算	30 単位	約 3 2 1 円	約 3 3 円×利用日数 (但し、30 日を越える場合は発生しない)

(5) 処遇改善加算Ⅰ・特定処遇改善加算Ⅱ

厚生労働省が掲げる要件を満たした事業所に対し、介護職員の賃金改善を目的とした加算が発生します。

介護処遇改善加算Ⅰ	一ヶ月の総利用単位数×0.159×10.72(地域区分率)	利用者負担はその1割
-----------	-------------------------------	------------

(6) 食事費用について

食事代は基本的に全額利用者負担になります。但し、食提提供体制加算を受けている利用者については食材費のみの請求となります。

①食事提供体制加算のない利用者	②食事提供体制加算のある利用者
朝食 270 円	朝食 113 円
昼食 550 円	昼食 309 円
夕食 625 円	夕食 343 円

(7) その他費用について

①喫茶代

寝屋川苑では週に 1 回喫茶店を開催しております。喫茶店にて利用者様にお出ししております、お菓子や飲み物について、喫茶代として利用料を徴収しております。

喫茶代	100円
-----	------

②訪問理容サービス

月に 1 回、施設に業者が訪問し、理容サービスを実施いたしております。ご希望の方はあらかじめご予約いただきます。

利用料 カット ¥1,900
 顔剃り ¥600

③通常の送迎の実施地域を超える送迎費

事業所から片道 1 キロメートル未満 100円
事業所から片道 1 キロメートル以上 150円

④キャンセル料

サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセル通知の連絡時間によりキャンセル料を請求させていただきます。

利用日の前日までにご連絡の場合	キャンセル料は不要です。
利用日の当日までにご連絡の場合	1 日の食事代金

*但し、利用者の病変、急な入院等、事情がある場合については、利用日当日であってもこの限りではありません。

5. 利用料の請求及び支払い方法について

利用料の支払いは下記のいずれかでお選びください。

郵便振替の場合	利用月ごとの合計金額により請求いたします。翌月 15 日に請求書を郵送し、25 日に自動引き落としをします。所定の用紙でお申し込みください。
現金の場合	1 ヶ月最後の利用日の退所時に利用金額を提示いたしますので、請求書及び領収書と引き換えにお支払いください。

*利用料の支払いについて、支払い期日から 2 ヶ月以上遅延し、さらに支払い催促から 14 日以内にお支払いがない場合は、契約を解約したうえで、未払い分をお支払いいただくことになります。

6. 利用定員と居室について

利用定員	16名(介護保険と合わせて)	特別養護老人ホーム(特養)に併設しており、特養の入居者と一緒に生活します。
居室	個室 4人部屋	本人の性別、心身の状態、性格に応じて部屋割りを決める場合もあります。 どの部屋でも費用は一緒です。
プライバシー保護		利用者のプライバシー保護のため、居室の入口と2人部屋、4人部屋の場合はベッドごとにカーテンで仕切りをしています。

7. サービス利用に当たっての留意事項

(1) ホームでの生活

食事	本人の状態に応じてご飯・お粥、普通食・粗刻み・刻み・超刻み・ミキサー食が選択できます。 朝食は7時15分、昼食は12時00分、夕食は18時00分頃開始です。
入浴	本人の状態に応じて、一般浴・リフト浴・特浴が選択できます。入浴日はいずれも週2回です。原則として指定された曜日でお願いします。それ以外に希望がある場合は、ショート担当職員まで問い合わせください。
排泄	本人の状態に応じて、トイレ誘導、おむつ交換の介助を行います。 トイレ誘導 1日 6回 おむつ交換 1日 5～6回 *おむつ交換について、当苑では原則布オムツを使用しております。紙オムツ希望の方は事前に申し出てください。
起床・消灯	起床時間 6時30分 消灯時間 21時00分
レクリエーション	定期的なレクリエーションに加え、クラブ活動や季節の行事を実施しています。

(2) 健康管理

看護職員	付属診療所の看護職員が利用者の体温、血圧のチェック、服薬管理、応急処置等を行います。
嘱託医	嘱託医が利用者の健康管理のチェックを行います。

(3) その他について

所持品につきましては、貴重品（貴金属・現金等）の持ち込みはトラブルの元となりますので、お控えください。衣類に関しましても、紛失の恐れがありますので、必ず氏名を記入しておいて下さい。 当苑では、特養入居者、ショートステイ利用者合わせて100名の方が常時共同生活さ
--

れています。基本的に特養、ショートは別々に洗濯しておりますが、誤って一緒に洗濯し、紛失してしまう事があります。退所時に足りなかった衣類等については探しますが、あらかじめご了承下さい。

(4) 緊急時、事故発生時の対応について

8. 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。病院の付き添いについては出来る限り家族の方にお願ひします。

協力病院	・医療法人毅峰会 青樹会病院 寝屋川市緑町47番7号 072-833-8810 内科・循環器科・胃腸科 ・医療法人大慶会 星光病院 寝屋川市豊野町14番5号 072-824-3333 内科・外科・整形外科・脳神経外科・循環器科・形成外科 リハビリテーション科・乳腺外来 ・医療法人全心会 寝屋川ひかり病院 寝屋川市石津元町12番20号 072-829-3331 内科・外科・整形外科・脳外科・循環器科・皮膚科・消化器科 泌尿器科・診療科				
救急病院	・医療法人山弘会 上山病院 寝屋川市秦町15-3 072-825-2345 内科・外科・整形外科・脳神経外科・循環器科・形成外科 救急外来皮膚科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科 心臓血管外科・消化器科・泌尿器科・膠原病外来・呼吸器外来				
主治医	<table border="0"> <tr> <td>医療機関名</td><td>氏名</td></tr> <tr> <td>所在地</td><td>電話番号</td></tr> </table>	医療機関名	氏名	所在地	電話番号
医療機関名	氏名				
所在地	電話番号				

家族等の連絡先	氏名	続柄
	住所	電話番号
市町村		

9. ご利用の申し込みについて

お申し込み方法	ご利用を希望される本人又は家族が直接当苑にお申し込みください。その際、受給者証をご提示の上、受給資格を確認させていただきます。
お申し込みの受付期日	ご利用の2ヶ月前より受付いたします。原則として先着順となりますので、ご希望に添えない場合も有ります。

10. 受給者証の事業者記入欄の記入

事業者はサービス提出後、居宅受給者証の短期入所事業者実施記入欄に「事業者及びその事業者の名称」、「実績日」、「実績日数」及び、「月累計」を記入し、「事業者確認印」を押印します。

11. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその他家族に関する秘密の保持について	事業所及び事業者の使用する物は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。 この秘密を守る義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護について	事業者は、利用者から予め文章で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文章で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者を持って管理し、また、処分の際しても第三者への漏洩を防止するものとします。

12. 損害賠償について

利用者に対する指定短期入所生活介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、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。

また、利用者に対する指定短期入所生活介護の提供及び送迎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。

【市町村（保険者）の窓口】 寝屋川市 福祉部 障害福祉課	所在地	寝屋川市池田西町 28 番 22 号
	電話番号	050-1725-7913
	ファックス番号	072-812-2118
	受付時間	9：00～17：30（土日祝は休み）

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損害保険ジャパン日本興亜（株）
保 険 名	賠償責任保険

1 3. 虐待の防止について

事業者は、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	管理者 吉田 謙治
-------------	-----------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) サービス提供中に、当該事業所授業者又は養護者（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、これを市町村に通知します。
- (5) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話措置等を活用して行うことができるものとします。）を定期的開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ります。
- (6) 虐待防止のための指針を整備します。
- (7) 虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (8) (5) から(7)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置しています。

担当者	管理者 吉田 謙治
-----	-----------

1 4. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の(1)から(3)の要件を全て満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

15. サービス提供の記録

- ① 指定短期入所生活介護を提供した際には、提供した具体的なサービス内容等の記録を行うこととし、その記録は完結した日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

16. 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
災害対策に関する担当者（防火管理者）氏名：奥田 和美
- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
避難訓練実施時期：（毎年2回）

17. 衛生管理等

- ① 短期入所生活介護の用に供する施設、食器その他の設備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 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。
- ③ 事業所において感染症が発症し、又は蔓延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。
ア 事業所における感染症の予防及び蔓延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を概ね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。
イ 事業所における感染症の予防及び蔓延の防止のための指針を整備しています。
ウ 事業所において従業員に対し、感染症の予防及び蔓延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

18. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定短期入所生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常的の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続の変更を行います。

19. 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保等

業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を定期的に開催します。

20. サービス提供に関する相談、苦情について

【事業所の窓口】 (事業者の担当部署・窓口の名称) 特別養護老人ホーム寝屋川苑 担当者 吉田 謙治	所在地	大阪府寝屋川市宇谷町 1-36
	電話番号	072-824-0345
	FAX番号	072-824-7216
	受付時間	午前 9 時 00 分～午後 6 時 00 分
【市町村の窓口】 福祉部 障害福祉室	所在地	大阪府寝屋川市池田西町 28-22
	電話番号	050-1725-7913
	FAX番号	072-812-2118
	受付時間	午前 9 時 00 分～午後 5 時 30 分
【公的窓口】 福祉サービス苦情解決委員会 (大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会)	所在地	大阪府中央区谷町 7-4-15
	電話番号	06-6191-3130
	FAX番号	06-6764-7811
	受付時間	午前 10 時 00 分～午後 4 時 00 分

(苦情処理の体制手順)

苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため、必要に応じ面接を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者への対応報告を含めた結果報告を行います。時間を要する旨を翌日までに連絡します。

15. 初回利用決定日

年	月	日
---	---	---

この重要事項説明書の説明年月日 年 月 日

上記の内容について、「指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令37号）」第125条に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府寝屋川市宇谷町1番36号	
	法人名	社会福祉法人 東和福祉会	
	代表者名	理事長 岸田 幸之助	印
	施設管理者	施設管理者 辻井 達也	印
	事業所管理者	短期入所管理者 吉田 謙治	印
	事業所名	・社会福祉法人 東和福祉会 ショートステイ寝屋川苑 ・特別養護老人ホーム寝屋川苑	
	説明者氏名	印	

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印
保護者	住所	
	氏名	(続柄) 印
法定代理人	住所	
	氏名	(続柄) 印
代理人	住所	
	氏名	(続柄) 印

*契約者本人が18歳未満の場合、必ず保護者の方も保護者の欄に署名捺印をお願いします。また18歳以上20歳未満の場合、本人の署名捺印以外にも法定代理人（通常は親権者が署名）の同意が必要となります。上記以外で本人自身が署名捺印をする事が出来ない場合は、代理人の欄に代筆される方の署名捺印をお願いします。