

「指定介護予防短期入所生活介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(大阪市指定 第 2770800247 号)

当事業所はご契約者に対して予防短期入所生活介護サービスを提供します。事業者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。

I. 事業者

- | | | |
|-----|-------|-------------------------|
| (1) | 法人名 | 社会福祉法人 めぐむ福祉会 |
| (2) | 法人所在地 | 大阪市東住吉区今川 7 丁目 9 番 7 号 |
| (3) | 電話番号 | 0 6 - 6 7 6 9 - 1 1 5 5 |
| (4) | 代表者氏名 | 理事長 岡田 智仁 |

II. 施設の概要

- | | | |
|-----|--------|---|
| (1) | 事業所の種類 | 指定介護予防短期入所生活介護
平成 1 8 年 4 月 1 日大阪市指定 第 2770800247 号
*当事業所は特別養護老人ホーム「くれない」に併設されています。 |
| (2) | 事業所所在地 | 大阪市東住吉区今川 7 丁目 9 番 7 号 |
| (3) | 電話番号 | 0 6 - 6 7 6 9 - 1 1 5 5 |
| (4) | 事業所長名 | 施設長 小野 雅一 |
| (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・支援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。・ 職員全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。 |
| (7) | 入所定員 | 1 0 人 (短期入所生活介護を含む) |
| (8) | 送迎実施地域 | 東住吉区・平野区・阿倍野区・生野区 |

Ⅲ. 居室の概要

当事業所では以下の居室・設備を用意しています。

居室種類	室 数	備 考
個室	6 室	ご契約者の心身の状況等によりベット・畳に変更
多床室	1 室	
食堂	3 室	各フロアー
浴室	2 室	一般浴室・リフト浴・特殊浴
医務室	1 室	併設の「くれない診療所」
機能訓練室	1 室	2 F

居室の変更…ご契約者の心身の状況により居室の変更を行う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。

Ⅳ. 職員の配置状況・職務内容

職 種	指定基準	実配置数	職 種	指定基準	実配置数
施 設 長	1 名	1 名	医 師	1 名	1 名
生活相談員	1 名	1 名	管理栄養士	1 名	1 名
介 護 職 員	2 8 名	3 0 名	介護支援専門員	1 名	1 名
看 護 職 員	3 名	3 名			

施設長

施設の職員の管理及び業務実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。

医師

利用者の健康管理を行うとともに必要に応じ利用者の診療を行います。

生活相談員

利用者及び家族の必要な相談に応じ、適切なサービスが提供されるよう施設内のサービスの調整、他機関との連携を行います。

看護職員

健康チェック等を行うことにより利用者の健康状態を的確に把握するとともに利用者がサービスを利用するために必要な処置を行います。

介護職員

施設サービスの提供にあたり利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者に対して適切な介護を行います。

管理栄養士

栄養並びに利用者の身体の状態及び嗜好並びに適時適温を考慮した食事の提供を行います。

介護支援専門員

施設サービス計画の作成に関する業務を担当します。

V. 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、栄養なら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 時より 昼食 12 時より 夕食 17 時 45 分より

・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態により入浴方法の変更及び中止にする事があります。）

・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。

・健康管理

医師や看護職員が健康管理を行います。

・機能訓練

心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を行います。

・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）

（従来型個室・多床室）

要支援度	要支援 1	要支援 2
単位数	451 単位	561 単位
利用料	490 円	610 円

※連続 31 日を超えるご利用について

要支援度	要支援 1	要支援 2
単位数	442 単位	548 単位
利用料	480 円	596 円

- ・ 居住費（滞在費）及び食費の基準費用額及び負担限度額

居住費（滞在費） 1日あたり

負担限度額	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
多床室	0円	430円	430円	430円	915円
従来型個室	380円	480円	880円	880円	1,231円

食費 1日あたり

負担限度額	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
	300円	600円	1,000円	1,300円	1,445円

※食費及び居住費は令和8年8月1日より以下の通り変更となる

居住費（滞在費） 1日あたり

負担限度額	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
多床室	0円	430円	430円	530円	915円
従来型個室	380円	480円	880円	980円	1,231円

食費 1日あたり

負担限度額	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
	300円	600円	1,030円	1,360円	1,545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）。

要介護認定が変更になられた場合、変更された額に合わせてご契約者の負担額を変更させていただきます。

※サービス利用料金については、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、事業者は、契約者に対して、変更を行う日の1ヶ月前までに説明をした上で、当該サービス利用料金を相当な額に変更することが出来ます。

- ・ その他の加算料金

加算種類	サービス提供体制加算Ⅱ	介護職員等処遇改善加算(Ⅰイ)	
料 金	18単位	算定した単位数の1,000分の163に相当する単位数	
利 用 料	19円		
加算種類	送迎加算	療養食加算	生産性向上推進体制加算Ⅱ
料 金	184単位(片道) 368単位(往復)	8単位/回	10単位 (1月につき)
利 用 料	200円 (片道) 400円 (往復)	8円	10円

・療養食加算・・・医師より療養食が必要とされた方に加算します。

※1 サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

① 当該指定の短期入所生活介護事業所の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50以上であること。

② 別の告示で定める利用定員・人員基準に適合していること。

※尚、上記金額は介護保険負担割合が1割負担の場合の金額である。

・その他の利用料金

持ち込み品電気代	テレビ100円（1日あたり） ラジオ・スマートフォン等60円（1日あたり）
理容にかかる費用	実費負担となります
レクリエーション活動	原材料の実費を負担して頂くことがあります。
行事費	実費を負担して頂くことがあります。
特別な食事	実費（別途消費税が必要となります。）

Ⅵ. 利用料金のお支払い方法

前記Ⅴの料金・費用は退所時にご利用期間分の合計金額を精算いたします。

※ 事情により退所時の精算が後日になることもあります。

Ⅶ. 利用の中止、変更、追加の時

① 利用予定の前に、ご契約者の都合により、予防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受付いたします。

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2,000円いただきます。

（※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。

Ⅷ. 事故発生時について

当事業所において事故発生時には、速やかに市町村（保険課）及びご家族及び介護予防支援事業者（介護支援専門員）に連絡するとともに必要な措置を講じます。

介護予防短期入所生活介護サービス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、速やかに主治の医師又はあらかじめ施設が定めた協力医療機関・病院への連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

IX. 損害賠償について

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、ご契約者の故意・過失が認められる場合、ご契約者間同士のトラブルによる損害、及び介護の拒否による損害、並びに流行性の疾病の感染（事前に説明は、その都度します）等については、損害賠償責任を減じることができるものとします。

X. 個人情報保護について

事業所が保有する情報の滅失、漏洩、き損等を防ぎ、個人の人格尊重の理念のもと個人情報の適正な取り扱いの確保を行うことにより、事業者として適正かつ円滑な運営をはかりつつ、個人の権利利益を保護し社会的責任を果たすものとする。

XI. 緊急やむを得ず身体拘束等を行う際の手続き

- 1 施設は、指定介護老人福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所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き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行わない。
- 2 施設は、前項の身体拘束等を行う場合には、次の手続きにより行う。
 - (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かった理由を記録する。
 - (3)入所者又は家族に説明し、その他方法が無かったのか改善方法を検討する。

XII. 高齢者虐待防止

- 1 施設は、利用者等の人権擁護・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) 施設における虐待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）を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ること。
 - (2) 施設における虐待防止のための指針を整備すること。
 - (3) 施設において、従業者に対し、虐待の防止のため研修を定期的を実施すること

- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
 - (5) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
 - (6) その他虐待防止のために必要な措置
- 2 施設は、サービス提供中に、当該施設従業員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、これを市町村に通報するものとする。

XIII. 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け付けています。

相談・苦情 受付窓口（1階事務所）

担当者 管理者 小野 雅一

生活相談員 北岡 翔平

ケアマネージャー 前田 一美

受付時間 毎週月曜日 ～ 金曜日

9：00～17：00

TEL 06-6769-1155

行政機関その他苦情受付機関

- ・ 大阪市健康福祉局 高齢者施策高齢施設課
06（6208）8053
- ・ 大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険課
06（6949）5418
- ・ 大阪市東住吉保健福祉センター地域保険福祉課介護保険係
06（4399）9859
- ・ 大阪市平野保健福祉センター 地域保険福祉課介護保険係
06（4302）9859

XIV 利用に当たっての留意事項について

当施設ご利用の際に留意いただく事項

- ①共同生活の秩序を保ち、親睦に努めてください。
- ②外出や外泊の際には、必ず行き先や同伴者等を外出・外泊届け用紙にご記入の上職員に提出してください。またご本人の心身の状況については、必ず介護、看護職員からご確認下さい。
- ③施設内は禁煙のため決められた場所で喫煙してください。
- ④飲食物を無断で持ち込まないで下さい。

XV 非常災害対策

非常災害に備えて避難、救出、夜間想定を含め、その他必要な訓練を年2回以上実施します。

XVI 協力医療機関

田 中 病 院 大阪府堺市美原区黒山 39-10 072 (361) 3555
(内科・外科・整形外科・形成外科・婦人科・循環器科)
かねむら歯科 大阪市生野区巽北 2 丁目 17 番 15 号 06 (6752) 8148

XVII. 福祉サービス第三者評価

当施設では福祉サービス第三者評価を受審しておりませんが、福祉サービスの向上に努めております。

XVIII. 業務継続計画の策定等(短期入所運営規程)

- 1 施設は、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サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- 2 施設は、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実施するものとする。
- 3 施設は、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計画の変更を行うものとする。

同意書

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。

特別養護老人ホーム ぐれない

説明者名

私は、本書面に基き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。

契約者名
(利用者名)

申出者
(立会人名)