

重要事項説明書（短期入所生活介護サービス）

あなたに対する短期入所生活介護サービス提供にあたり、介護保険法に関する平成11年3月31日厚生省令第37号（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準）125条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人 百賀 時の会
主たる事務所の所在地	富田林市喜志町3丁目13-10
法人種別	医療法人
代表者名	吉川 元祥
電話番号	0721-24-0024

2. ご利用施設

施設の名称	医療法人 百賀 時の会 ショートステイ弥生
施設の所在地	大阪府富田林市喜志町3丁目15-17
都道府県知事指定番号	2774901926
管理者の氏名	村田 豊彦
電話番号	0721-25-8410
ファクシミリ番号	0721-25-8422

3. 施設の目的と運営の方針

施設の目的	指定短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員、看護職員又は介護職員、医師、栄養士、機能訓練指導員及び調理員その他の従業者が、 <u>要介護状態（介護予防にあつては要支援状態）</u> にある高齢者に対し、適正な短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護を提供することを目的とする。
運営の方針	事業所の短期入所生活介護従業者は、ご利用者の意思及び人格を尊重し、心身の特性を踏まえて、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、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上のお世話及び機能訓練により、心身機能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り、生活機能の維持又は向上を目指すサービス提供に努める。 指定介護予防短期入所生活介護の提供に当たって、ご利用者様が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活

	上の支援及び機能訓練を行うことにより、心身機能の維持回復を図り、ご利用者様の生活機能の維持又は向上を目指す。
--	--

4. 施設の概要

短期入所生活介護

敷地		992.53 m ²
建物	構造	鉄骨造り2階建て
	延床面積	994.06 m ²
	利用定員	20名

(1) 居室

居室の種類	室数	面積	1人あたり面積
従来型個室 トイレ付	4	約52 m ²	約13 m ²
従来型個室	8	約104 m ²	約13 m ²
多床室	2	約88 m ²	約11 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積	特色
食堂	1 (機能訓練室と兼用)	73.7 m ²	ゆったりとした空間です。
機能訓練室	1 (食堂と兼用)	73.7 m ²	ゆったりとした空間です。
一般浴室	1	17.85 m ²	人工温泉となっています。
機械浴室	特殊浴槽1台 個浴	19.66 m ²	寝たきりの方も入れます。
医務室	1	14.84 m ²	
洗面所	1階2箇所 2階3箇所		各居室にも設置しています
トイレ	1階4箇所 2階9箇所		
デイルーム	1	41.16 m ²	

5. 職員体制

従業者の 職種	員数	区分				指定基準	保有資格
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			(常勤)	
医師	1				1	必要な数(非常勤可)	医師
生活 相談員	2		2			入所者数が100またはその端数を増すごとに1以上(常勤)	介護福祉士
介護職員	12	3		9		介護職員と看護職員の総数は、常勤換	介護福祉士

					算方法で入所者の数が3またはその端数を増すごとに1以上。	介護職員初任者研修
看護職員	3			3	1人以上は常勤。 入所者30未満…常勤換算方法で1以上。	准看護師 正看護師
栄養士	1			1	1以上（ただし、入所定員が40人を超えない施設にあっては、他の社会福祉施設等の栄養士との連携を図ることにより当該指定介護老人福祉施設の効果的な運営を期待することができる場合であって、入所者の処遇に支障がない時は配置しないことができる）	
機能訓練指導員	1			1	1以上	

6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	シフト制	週休2日
医師	12:30～15:30	火・木・土
生活相談員	シフト制	週休2日
介護職員	シフト制	週休2日
看護職員	シフト制	週休2日
栄養士	隔週月曜日 9:00～17:45	その他の曜日
機能訓練指導員	11:30～12:30	週休2日

7. 施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています。）

（1）介護保険給付によるサービス

サービスの種別	内容	自己負担額
排せつ	自立排せつか、時間排せつか、おむつ使用について利用者の状況にあわせて具体的に記載。	介護報酬の1割、2割または3割をお支払い頂きます。
入浴・清拭	入浴日 月曜日～日曜日 入浴時間 11時～16時 清拭は必要に応じ対応させていただきます。	
離床	寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。	
着替え	毎朝夕の着替えのお手伝いをします。	
整容	身の回りのお手伝いをします。	
シーツ交換	長期ご利用の方につきましては、週1回行います。	

機能訓練	機能訓練指導員による機能訓練をあなたの状況にあわせて行います(現在は、休止中)	
健康管理	常に利用者様の健康状況に注意し、健康保持の為の適切な処置をとります。また、緊急の場合に、主治医あるいは当施設の医師により、健康管理に努めます。外部の医療機関に通院する場合はできる限り介添えにご協力します。	
娯楽等	当施設では、次のような娯楽設備を整えております。 ・テレビ、飲料サーバー等	
介護相談	入所者とその家族からのご相談に応じます。	

(2) 介護報酬単位

当事業所は富田林市事業所(6級地)で1単位10.33円となります。

介護保険自己負担額は利用者様の負担割合で計算させていただきます。

	要支援 ①	要支援 ②	要介護 ①	要介護 ②	要介護 ③	要介護 ④	要介護 ⑤
従来型個室・ 多床室	479	596	645	715	787	856	926
夜勤職員配置加算(Ⅰ)	加算無し		13				
送迎加算(片道)	184						
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の13.6%						

(3) 食事(食費)

食事	<p>食事時間 朝食7時30分～9時まで 昼食11時30分～14時まで 夕食17時～19時まで</p> <p>食事場所 できるだけ離床して食堂でお食ください。 食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談ください。 お茶または白湯の給湯は自由となっております。</p>	<p>負担限度額 1日あたり 1840円</p> <p>朝食 390円 昼食 750円 夕食 700円</p>
----	---	---

	負担限度額
第1段階の方	300円/日
第2段階の方	600円/日
第3段階①の方	1000円/日
第3段階②の方	1300円/日
第4段階の方	1840円/日
<p>食費の負担限度額は本人及び世帯の収入により異なります。</p> <p>・第1段階の方・・・生活保護を受けている方、老齢福祉年金受給者で世帯全員が市町村住民税非課税の方</p>	

・第2段階の方・・・世帯全員が市町村民税非課税の方で本人の合計所得金額と課税年金収入の合計が80万円以下の方
・第3段階①の方・・・世帯全員が市町村民税非課税の方で本人の合計所得金額と課税年金収入の合計が80万円を超え、120万円以下の方
・第3段階②の方・・・世帯全員が市町村民税非課税の方で本人の合計所得金額と課税年金収入の合計が120万円を超える方
・第4段階の方・・・上記以外の方

(4) 居室（居住費）

当施設には下記の種類の居室があります。

居室の種類	内容
従来型個室	自室内に洗面所・テレビが設置しています。
従来型個室 (トイレ付)	自室内にトイレ・洗面所・テレビが設置しています。
多床室	4人部屋です。

負担限度額

居室の種類	
従来型個室	第1段階：380円、第2段階：480円、第3段階①：880円、第3段階②：880円、第4段階：1600円
従来型個室 トイレ付	第1段階：380円、第2段階：480円、第3段階①：880円、第3段階②：880円、第4段階：1700円
多床室	第1段階：0円、第2段階：430円、第3段階①：430円、第3段階②：430円、第4段階：1100円
	<p>居住費の負担限度額は本人及び世帯の収入により異なります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第1段階の方・・・生活保護を受けている方、老齢福祉年金受給者で世帯全員が市町村民税非課税の方 ・第2段階の方・・・世帯全員が市町村民税非課税の方で本人の合計所得金額と課税年金収入の合計が80万円以下の方 ・第3段階①の方・・・世帯全員が市町村民税非課税の方で本人の合計所得金額と課税年金収入の合計が80万円を超え、120万円以下の方 ・第3段階②の方・・・世帯全員が市町村民税非課税の方で本人の合計所得金額と課税年金収入の合計が120万円を超える方 ・第4段階の方・・・上記以外の方

(5) 介護保険給付外サービス

サービスの種類	内容	自己負担額
理髪・美容	カット、顔そり	1回 2000円

荷物保管料	1ヶ月（衣類・口腔ケアセット・靴）	1000円
病院/施設への送迎費	<ul style="list-style-type: none"> ・入院先から直接ショート利用時の送迎 ・他施設から直接ショート利用時の送迎 又はショートから直接他施設への送迎 ・利用中の受診時の送迎（行きのみ） <p>※付き添いは出来ないで病院にて待ち合わせ（帰りはご家族様で）</p> <p>※平日の日勤帯のみ（9時～17時）</p> <p>※地域限定</p>	1000円（片道）
その他	※日常生活に必要な物品（ただしおむつを除きます）においては入所者の方の全額負担となっておりますのでご了承ください。	
その他	当施設の医師による健康管理や療養指導につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが、それ以外の医療につきましては他の医療機関による往診や入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担して頂くこととなります。	

8. 利用料金お支払方法

利用料金につきましては、別紙 料金表をご確認ください。

ご利用料金・費用のご請求に関しましては、サービスご利用の翌月15日までに請求書の方を郵送させていただきます。

お支払方法

- 1、現金でのお支払い
- 2、金融機関でのお支払い

既定の「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」が必要となります。

必要事項をご記入・捺印の上での処理となります。

引き落とし日は27日となっております。

*土・日・祝が重なる場合、翌営業日となります。

9. 利用の中止、変更、追加

・利用予定期間前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくはあらたに利用の追加が可能です。サービス実施前日までに、ケアマネジャーもしくは事業所迄申し出てください。

尚、変更、追加に関しましては、事業所の稼働状況により希望の日程でのご利用ができない場合があります。

・キャンセル料は頂いておりませんが、ご利用日 前日の午後からになりますと食材の発注が完了しておりますのでお食事代をお支払い頂く事となります。

※利用中止時間により変更あり

以下の事由に該当する場合、利用期間中でもサービスを中止し、退所して頂く場合があります。

- ・利用者又はご家族が中途退所を希望した場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合
- ・他の利用者の生命または健康に重大な影響をあたえる行為があった場合

上記の場合は、緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医または協力医療機関に連絡を取る等必要な措置を講じます。

10. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設ご利用相談室

(窓口担当者 ショートステイ管理者) 電話(0721-25-8410)までお気軽にご相談ください。

また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。

名称	医療法人 百賀 時の会 ショートステイ弥生
所在地	富田林市喜志町3丁目15-17
電話番号	0721-25-8410
受付時間	9:00~17:45
名称	富田林市 健康福祉部 高齢介護課
電話番号	0721-25-1000
名称	大阪府 福祉部
電話番号	06-6941-0351
名称	大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室 介護保険課
電話番号	06-6949-5418

11. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 百賀 時の会 富田林ときのクリニック
院長名	岡本 昌典
所在地	大阪府富田林市喜志町3丁目13-10
電話番号	0721-24-0024

12. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人 岸川歯科
院長名	岸川 裕
所在地	大阪府堺市堺区一条通17番18号
電話番号	072-221-0506

13. ハラスメントについて

当事業所は利用者に対してより良い介護サービスを提供出来る環境を確保するとともに、介護現場で働く職員の安全を確保し、安心して働き続けられる労働環境を築けるよう、ハラスメントの防止に向け取り組みます。

- ① 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や業務上必要かつ相当な範囲を超える

行為を許容しません。

- (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす行為
- (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- (3) 意に沿わない性的言動や好意的態度の要求、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人、取引先事業者、利用者及びその家族等が対象となります。

- ② 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方についての研修を実施します。
また、ハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ③ ハラスメントと判断された場合には、行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解除等の措置を講じます。

1 4. 緊急時の対応及び事故時の損害について

ご利用者様、ご利用中に容態の変化や事故等があった場合、医師への連絡等必要な処置を講じるほか、ご家族、ケアマネジャー、市町村等に速やかに連絡を行います。
また、損害賠償等が必要な事故が発生した場合、保険会社にて対応を行います。

(緊急連絡先)

住所	電話番号
氏名	続柄
住所	電話番号
氏名	続柄

1 5. 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るときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

1 6. 虐待防止について

事業者は利用者の人権の擁護、虐待等の防止のため次の措置を講じます。

- (1) 虐待を防止する為の従業者に対する研修の実施。
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備。
- (3) その他、虐待防止のために必要な措置。(介護相談員の受け入れ等)

2 事業所はサービス提供中に、当該事業所従業者または養護者(利用者の家族等、利用者を

現に養護するもの)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市町村に通報致します。

3 事業所は、身体拘束防止・高齢者虐待防止対策として、職員に年2回の研修を実施します。

17. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「医療法人 百賀 時の会 消防計画」に則り対応を行います。
平常時の訓練	別途定める「医療法人 百賀 時の会 消防計画」に則り年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。
防災設備	スプリンクラー…あり 避難階段…あり 自動火災報知器…あり 誘導灯・ガス漏れ報知器…あり 屋内消火栓…あり 非常通報装置…あり 漏電火災報知器…あり 非常用電源…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。

18. 感染症対策について

事業所は利用者に適切かつ安全で質の高い介護サービスを提供する為、施設内での平常時の感染防止の対策及び感染症発生の対策に取り組むための基本的な指針を以下のとおり定めます。

- (1) 管理者をはじめ、全職員が一丸となって感染症の発生及び蔓延防止に努めます。
- (2) 国内や府内、地域の感染症状況をよく把握し、全職員が感染症に罹患しない対策を講じます。
- (3) 感染症が発生した場合は速やかに連絡、報告を行い、施設内、事業所内の蔓延を最小限に抑える対策を実施します。
- (4) 感染症対策の指針や感染症防止委員会での決定事項については速やかに全職員に周知・徹底させます。

19. 業務継続に向けた取り組みについて

- (1) 感染症や自然災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するために非常時の体制で早期の業務再開を図る計画（業務継続計画）を策定し当該業務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共に、必要な研修及び訓練を定期的
に実施します。
- (3) 定期的に業務計画の見直しを行い、必要に応じて業務計画の変更を行います。

20. 介護施設ご利用にご留意頂く事項

来訪・面会	面会時間 9時～19時 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。 来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出	外出の際には必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください。
居室・設備・器具 の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく ことがあります。
喫煙・飲酒	館内禁煙・禁酒となっています。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、他の 入所者の許可なく、その居室等に立ち人らないようにしてくださ い。
貴重品の管理	事務室にて管理します。
宗教活動・政治活 動	施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動は、ご 遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

21. 介護負担割合が変更となる利用者様について

平成30年8月から厚生労働省より介護保険料の一定以上の所得者の負担割合見直しにより
介護保険料の自己負担額が3割負担となります。つきましては介護保険負担割合証の利用者負担割合欄
に記載されている割合分の金額を支払っていただきます。
利用料金についてもご説明いたします。

私は、本書面に基づいて、医療法人 百賀 時の会 ショートステイ弥生職員
(職名 , 氏名) から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

年 月 日

(利用者)

住所

氏名

印

(利用者の家族等)

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住所

氏名

印

続柄

(利用者の家族等)

住所

氏名

印

続柄

医療法人 百賀 時の会

ショートステイ 弥生

重要事項説明書