

# 『短期入所生活介護 遊づる』 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。  
短期入所生活介護（大阪府指定 第 2774800219 号）

当事業所は利用者に対して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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 堺暁福祉会  
(2) 法人所在地 大阪府堺市北区南花田町 1687 番地の 2  
(3) 電話番号 072-251-0200  
(4) 代表者氏名 理事長 宮田 裕司  
(5) 設立年月 昭和 55 年 3 月 31 日

## 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・平成 12 年 3 月 15 日指定  
※当事業所は特別養護老人ホーム遊づるに併設されています。  
(2) 事業所の目的 要介護状態になった場合においても、利用者が可能な限り居宅においてその能力に応じ自立した日常生活を送ることができるよう、必要なサービスを提供し、心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図り、利用者に対し必要な福祉サービスを総合的に提供することを目的とします。

- (3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム遊づる  
(4) 事業所の所在地 大阪府松原市岡 1 丁目 184 番地の 1  
(5) 電話番号 072-335-0110  
(6) 事業所管理者氏名 宮田 裕司  
(7) 当事業所の運営方針

利用者の人格の尊厳、人権の尊重を最優先させながら、心身の特性を踏まえて、居宅サービス計画に基づき、可能な限り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事ができるよう、入浴、排泄、食事等日常生活上の介護及び機能訓練その他必要なサービスの提供に努め、自立の援助をおこなう。

- (8) 開設（サービス開始）年月日  
指定短期入所生活介護 平成 12 年 4 月 1 日  
(9) 事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

指定介護老人福祉施設(開設年月)平成9年4月1日

指定介護予防短期入所生活介護・平成18年4月1日指定

指定通所介護・平成12年3月15日指定

指定介護予防通所介護・平成18年4月1日指定

居宅介護支援・平成11年9月16日指定

(10) 通常の送迎の実施地域 松原市・羽曳野市・藤井寺市・堺市全域・大阪市全域

(11) 営業日及び営業時間

年中無休 (受付は平日の午前9時30分から午後5時)

(12) 利用定員

指定短期入所生活介護の利用定員は20名です。

なお、当該事業と一体的に指定介護予防短期入所生活介護を実施し、両事業の利用者数の合計が当該定員を超えない範囲で実施します。ただし、災害その他やむを得ない事業がある場合はこの限りではありません。

(13) 居室等の概要 (短期入所生活介護)

短期入所生活介護サービスの利用にあたり、当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。利用者の心身の状況や居室の空き状況により居室を決定します。

居室・設備の種類	室数	備考
個室 (1人部屋)	22室	
2人部屋	1室	
4人部屋	14室	
合 計	37室	
食堂	2室	
機能訓練室	1室	
浴室	2室	機械浴・特殊浴槽
医務室	1室	

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して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。短期入所生活介護サービスは併設の特別養護老人ホームと一体の基準です。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

○短期入所生活介護 (特別養護老人ホームと一体の職員配置)

職種	短期入所生活介護	
	常勤換算	指定基準
1. 事業所長 (管理者)	1	1名
2. 介護職員	25	24名
3. 生活指導員	1	1名
4. 看護職員	4	3名
5. 機能訓練指導員	1	1名
6. 介護支援専門員	1	1名
7. 医師	(非常勤)	必要数
8. 栄養士	1	1名

※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事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。  
 （例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では1名（8時間×5名÷40時間=1名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 管理者	月～金曜日 8:30～17:30
2. 介護職員	早朝 7:00～16:00 日中 9:15～18:15 夜間 17:45～9:45
3. 生活相談員	月～金曜日 8:30～17:30
4. 看護職員	日中 9:15～18:15
5. 介護支援専門員	月～金曜日 8:30～17:30
6. 栄養士	月～金曜日 8:30～17:30

☆土日は上記と異なります。

〈配置職員の職務〉

**管理者**……………事業所と従事者の管理及び業務の管理を行うとともに、法令等において規定されている短期入所生活介護サービスの実施に関し尊重すべき事項において指揮命令を行います。また、管理者は、担当者に4日以上連続して利用される利用者に個別援助計画書を作成させ、利用者又はその家族に対し、その内容等について説明、同意を行わせるものとします。

**生活相談員**…………利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

1名の生活相談員を配置しています。

**栄養士**…………利用者の嗜好と栄養に配慮し、保健の維持増進と生きがいのある食生活に資する調理献立と給食の指導を行います。

**介護職員**…………利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

**看護職員**…………主に利用者の健康管理や療養上の世話をいますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

#### 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

また、それぞれのサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額を利用者に負担いただく場合

があります。

##### （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、利用料金の9割もしくは8割もしくは7割が介護保険から給付されます。

## 〈サービスの概要〉

### ①食事介助

- ・食事の介助を行います。

### ②入浴

- ・入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。
- ・短期入所生活介護では、入浴又は清拭を週2回行います。

### ③排泄

- ・利用者の排せつの介助を行います。

### ④機能訓練

- ・機能訓練指導員により、利用者的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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

### 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。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕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、適切な整容が行なわれるよう援助します。

## 〈サービス利用料金(1日あたり)〉(別紙参照)

利用者の要介護度に応じたサービス利用料金（介護報酬の告示上の額）から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、利用者の要介護度、負担割合に応じて異なります。）

※利用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）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、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、利用者の負担額を変更します。

### (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、利用料金の全額が利用者の負担となります。

## 〈サービスの概要と利用料金〉

### ①食事の提供に要する費用

1食単位での料金となります。

朝食：385円　　昼食：550円　　夕食：510円

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・食事準備の都合上、入所時間、退所時間の変更、外出、外食等による食事のキャンセルは前日17時までにお申し出ください。前日までにお申し出のない場合、食数として含めさせていただきます。

#### (食事時間)

朝食 7:30~8:30 昼食 12:00~13:00 夕食 18:00~19:00

②滞在に要する費用 従来型個室 1,231円／日 多床室 915円／日

③利用者の選定に基づくレクリエーション等に係る費用の実費をお支払いいただきます。

④理美容代 カット 1,980円／回 パーマ 4,180円／回 毛染め 4,180円／回

⑤前号に掲げるものの他、指定短期入所生活介護の提供に当たって通常必要となる日常生活上の便宜の提供に係る費用であって、その利用者に負担させることが適當と認められる費用（実費）

⑥介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額が利用者の負担となります。

⑦複写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録を閲覧できますが、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。 1枚につき 10円

※サービスの提供にあたっては、あらかじめ、入所者又はその家族に対し当該サービスの内容及び費用について説明を行い、その同意を文書により確認するものとします。

※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、相当な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 1か月前までにご説明します。

※食費・滞在費の利用料については、介護保険負担限度額認定証の交付を受けた者にあっては、当該認定証に記載されている負担限度額とする。

#### (3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

- ア. 預金口座より自動振替
- イ. 下記指定口座への振り込み  
りそな銀行 金岡支店 普通預金 6271542  
(名義: 社会福祉法人 堀暁福祉会 遊づる)

※ア. 翌月 28 日に自動振替となります。 イ. 翌月 28 日までにお支払い下さい。

#### (4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業者に申し出でください。

○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、他の利用可能期間又は日時を利用者に提示して協議します。

#### (5) 事故発生時の対応及び損害賠償

事業者は、サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに保険者及び関係各機関並びに介護支援専門員、利用者の後見人及び家族又は身元引受人に連絡を行うとともに、

必要な措置を講じます。

事業者の責任により利用者に損害が発生した場合は、事業者は速やかに利用者の損害を賠償します。ただし、事業者に故意、過失がない場合はこの限りではありません。当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

松原市 高齢介護課	所在地 大阪府松原市阿保1丁目1番1 電話番号 (072)337-3131 FAX (072)337-3005 受付時間 午前9時から午後5時半まで
大阪府福祉部高齢介護室 介護事業者課	所在地 大阪市中央区大手前2丁目 電話番号 (06)6941-0351(代表) 受付時間 午前9時から午後6時まで

#### (6) 緊急時の対応方法について

サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医にご連絡するとともに、予め指定する連絡先にも連絡します。

○主治医

主治医名

医療機関名

所在地

電話番号

○緊急時の家族等

氏名

続柄

住所

電話番号

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	医療法人垣谷会 明治橋病院
所在地	大阪府松原市三宅西1丁目358番地3 TEL072-334-8558
診療科	内科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、脳神経外科

医療機関の名称	医療法人錦秀会
所在地	大阪府大阪市住吉区南住吉3丁目3番7号 TEL0120-787-600
診療科	内科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、心療内科

医療機関の名称	医療法人暁美会 田中病院
所在地	大阪府堺市美原区黒山39番地の10 TEL072-361-3555
診療科	内科、外科、整形外科、形成外科、皮膚科

## ②協力歯科医療機関

医療機関の名称	タニ歯科医院
所在地	大阪府松原市上田 3-1-13 サンライズビル 3F TEL072-330-8041

## 5. 高齢者虐待防止について

当事業所は、利用者の人権擁護・虐待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虐待防止に関する担当者を設置

〔虐待防止に関する担当者：業務管理主任 中村敦〕

②個別支援計画の作成等、適切な支援の実施に努めます。

③従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

④従業者に対する人権擁護・虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

〔研修：従業者の入職時・年2回以上〕

⑤サービス提供中に、当施設の従業者又は養護者（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、速やかに市町村等に通報します。

## 6. 利用契約における個人情報使用について

利用者及び家族の個人情報については、事業者及び事業者の使用するものは、サービスをする上で知り得た利用者及び家族に関する秘密を第三者に漏らさないと共に下記の内容にて使用するために事前に同意を得ます。（守秘義務は契約終了後も継続されます。）

### （1）使用する目的

事業者が介護保険法に関する法令に基づき私に行う介護サービスを円滑に実施するため、サービス担当者会議において、又は私の利用する他のサービス事業者等と情報の共有が必要な場合に使用する。

### （2）使用にあたっての条件

①個人情報の提供は（1）に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

②事業者は個人情報を使用した会議、相手方、内容等を記録しておくこと。

③個人情報の内容（例示）

- ・氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況等、事業者がサービスを提供するために最小限必要な利用者や家族、個人に関する情報。

・その他の情報

※個人情報とは利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され得るものをおいいます。

## 7. 身体拘束など

サービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

また、やむを得ない理由で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、その際の入所者の心身の状況並びに得なかった理由を記録します。
- (2) 利用者又は家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討します。
- (3) 身体拘束等の廃止に向け、定期的に委員会を開催し、年2回以上の研修を実施しています。

## 8. 非常災害対策について

非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

事業所は、次の者を非常災害対策に関わる担当者（防火管理者）として、非常災害対策に関する取り組みを行っています。

非常災害対策に関わる担当者担当者 (防火管理者)	業務管理主任 中村敦
-----------------------------	------------

## 9. 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用窓口で受け付けます。

- 苦情受付 (責任者) 施設長 宮田裕司  
○苦情受付窓口 (担当者) ホーム主任 藤沢 智治  
○受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00  
電話番号 (072) 335-0110 FAX (072) 335-1771

また、意見箱（苦情受付ボックス）を各階エレベーター前に設置しています。

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

松原市 高齢介護課	所在地 大阪府松原市阿保1丁目1番1 電話番号 (072) 337-3131 FAX (072) 337-3005 受付時間 午前9時から午後5時半まで
堺市堺区役所地域福祉課	所在地 大阪府堺市堺区南瓦町3-1 電話番号 (072) 228-7477 FAX (072) 228-7870 受付時間 午前9時から午後5時半まで
大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪市中央区常磐町1丁目3番8号 電話番号 (06) 6949-5418 受付時間 午前9時から午後5時まで

大阪府福祉部高齢介護室介護事業者課

電話 (06) 6941-0351 (代表)

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)

電話 (06) 6191-3130 FAX (06) 6191-5660

(社会福祉法に基づく第三者委員)

大阪公立大学

名誉教授 関川 芳孝 電話 090-1142-0238

社会福祉法人 みかり会

理事長 谷村 誠 電話 078-787-0939

## 10. 第三者評価について

実施機関 大阪府社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価センター

受審年月日 平成25年6月3日

年　月　日

指定居宅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。

説明者職名

氏名

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、指定短期入所生活介護の提供開始に同意しました。

利用者

<住所>

<氏名>

印

利用者家族の代表

<住所>

<氏名>

印

(代理人)

<住所>

<氏名>

印

※この重要事項説明書は、大阪府条例115号153条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。