

「指定居宅サービス」重要事項説明書

～短期入所生活介護＋介護予防短期入所生活介護～

当事業者は介護保険の指定を受けています。

短期入所生活介護 (兵庫県指定 第 2875200723 号)

介護予防短期入所生活介護 (兵庫県指定 第 2875200723 号)

当事業所はご契約者に対して短期入所生活介護サービス（介護予防短期入所生活介護含む）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 大慈厚生事業会
- (2) 法人所在地 兵庫県神戸市中央区東川崎町6丁目2番6号
- (3) 電話番号 078-992-0065 (FAX078-992-6568)
- (4) 代表者氏名 理事長 松井尚子
- (5) 設立年月日 昭和27年 5月28日
- (6) インターネットアドレス番号 <http://www.daijien.com>

2. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上3階 地下 1階
- (2) 建物の延べ床面積 6800㎡
- (3) 施設の周辺環境

神戸市営地下鉄 西神南駅より徒歩700m、緑に囲まれた落ち着いた雰囲気の中に施設があります。また、最寄駅周辺にはコープ西神南店のような大型店舗や、飲食店もあり都市の利便性と郊外の快適性を併せもった地域です。

事業所の説明

- (1) 施設の種類

指定短期入所生活介護事業所・平成 12年 4月 1日

指定 兵庫県 2875200723号

※当事業所は特別養護老人ホーム大慈弥勒園に併設されています。

- (2) 施設の目的 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ

可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むため必要な居室および共用施設等をご利用いただき、短期入所生活介護サービス（介護予防短期入所生活介護含む）を提供します。

(3) 施設の名称 短期入所生活介護サービス施設 大慈弥勒園ショートステイ

(4) 施設の所在地 兵庫県神戸市西区櫛谷町長谷 1 3 - 1
交通機関 神戸市営地下鉄 （西神南駅）

(5) 電話番号及びFAX番号 078-992-0065 （FAX 078-992-6568）

(6) 施設長（管理者）氏名 重光雄明

(7) 当施設の運営方針

時代の変遷にともない、福祉ニーズの変化を敏感に把握し、社会の人々の為に、良質な福祉サービスを提供すると共に、いつでも・どこでも・だれもが必要なときに最善の福祉サービスを提供出来るように日々、研究・努力する。併せて、老人福祉法及び介護保険法の理念・規則に則り、法人の設立精神である「和顔・愛語・上敬下愛」を基本方針として、高齢者の人権を尊重し、自立を目指して高齢者の精神的、肉体的な援助を行う。

(8) 開設（サービス開始）年月
短期入所生活介護 平成 1 2 年 4 月 1 日
介護予防短期入所生活介護 平成 1 8 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。

[居宅介護支援事業] 平成 1 2 年 4 月 1 日
指定 兵庫県 2 8 7 5 2 0 0 1 1 1 号
[特定入所者生活介護事業所] 平成 1 8 年 4 月 1 日
指定 兵庫県 2 8 7 5 2 0 2 4 1 4 号
[介護予防支援事業] 平成 1 8 年 4 月 1 日
指定 神戸市 2 8 0 5 2 0 0 0 2 5 号

(10) 通常の事業の実施地域
原則として、神戸市内

(11) 営業日及び営業時間

営業時間	年中無休
受付時間	月～金 9時～16時
サービス提供時間帯	毎日24時間
送迎時間	毎日 9時～18時

(12) 利用定員 15人

(13) 居室等の概要（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。利用される居室は、原則として4人部屋ですが、個室など他の種類の居室への利用をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。（但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。）

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	3室	
2人部屋	0室	
4人部屋	3室	
合計	6室	
食堂	1室	
機能訓練室	1室	〔主な設置機器〕 マイクロ波治療器 起立訓練ベッド、バー平行棒
浴室	3室	機械浴・中間浴・一般浴
医務室	1室	

☆居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

☆居室に関する特記事項

各部屋全室、トイレ・洗面所付き

各部屋全室、個別冷暖房完備

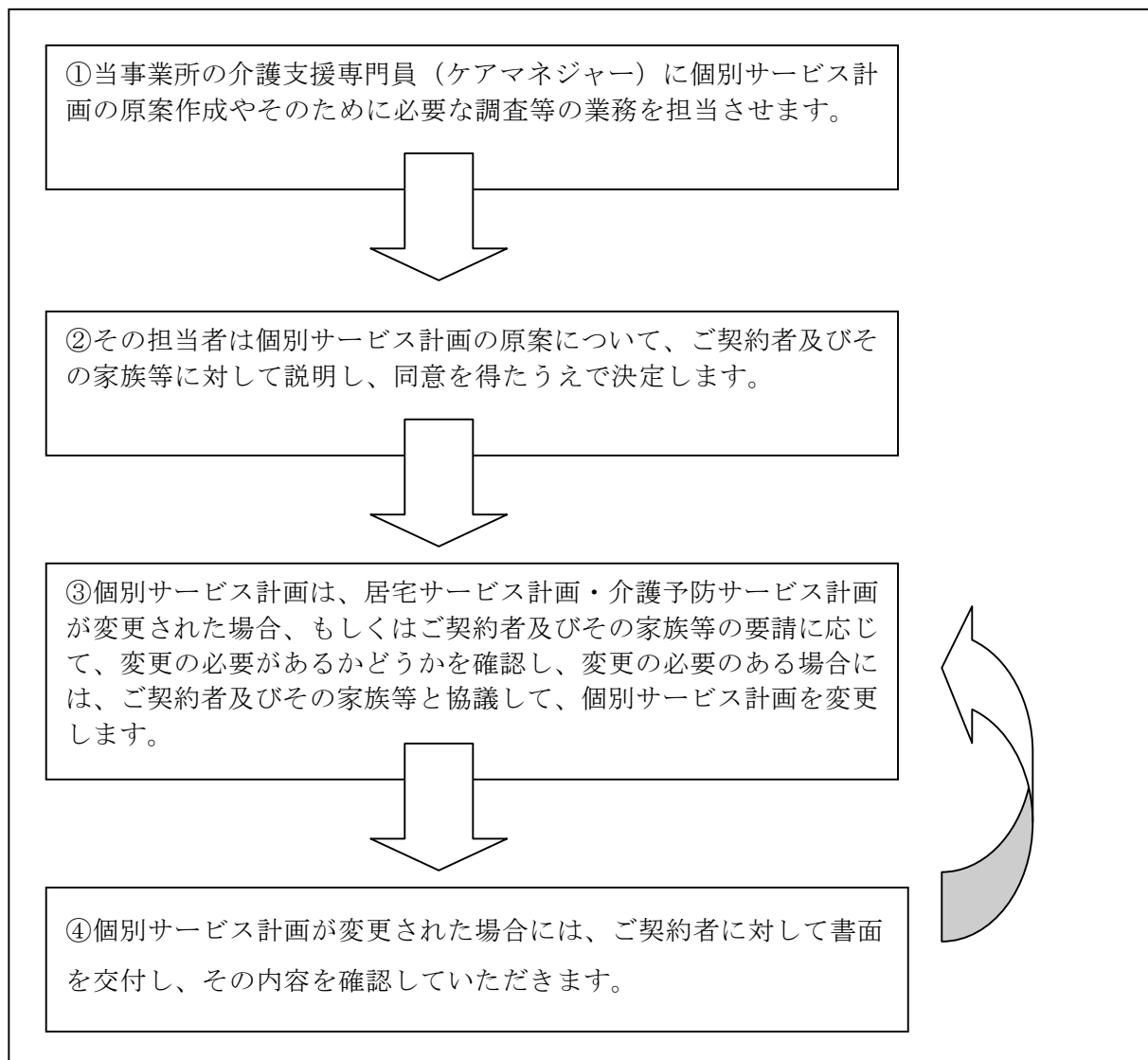
各部屋全員、全自動介護ベッド完備

各部屋全員、ナースコール完備

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

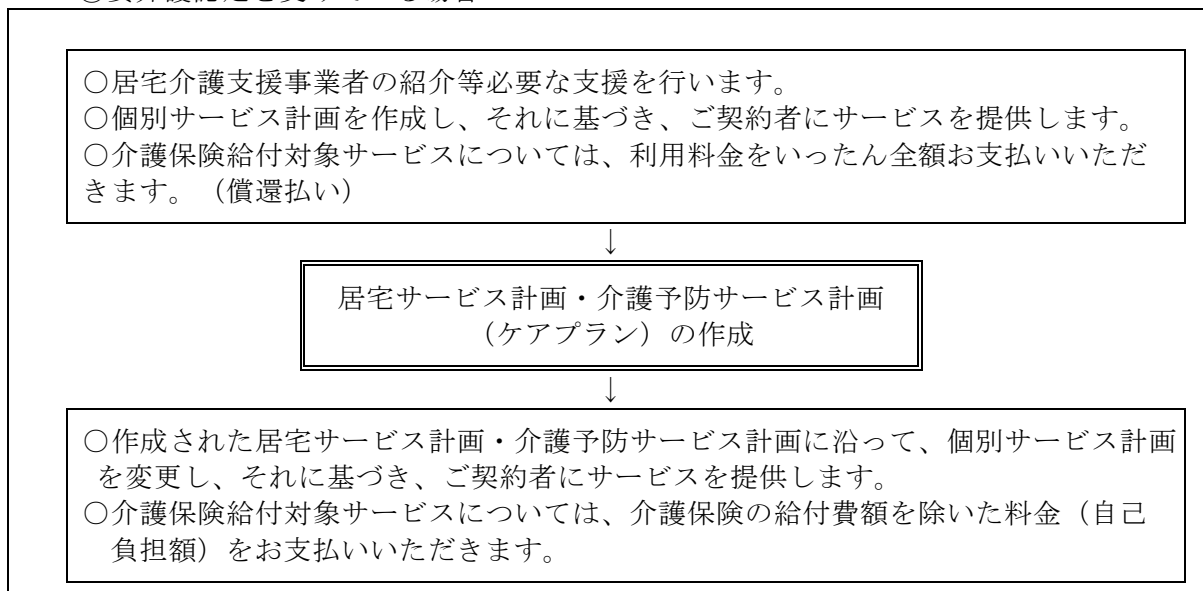
- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、居宅サービス計画（ケアプラン）及び地域包括支援センター介護予防支援事業者が作成した介護予防サービス計画に沿って作成がされている場合には、その内容を踏まえ、契約締結後に作成するそれぞれのサービスに係る介護計画（以下、「個別サービス計画」という。）に定めます。

契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。（契約書第3条参照）

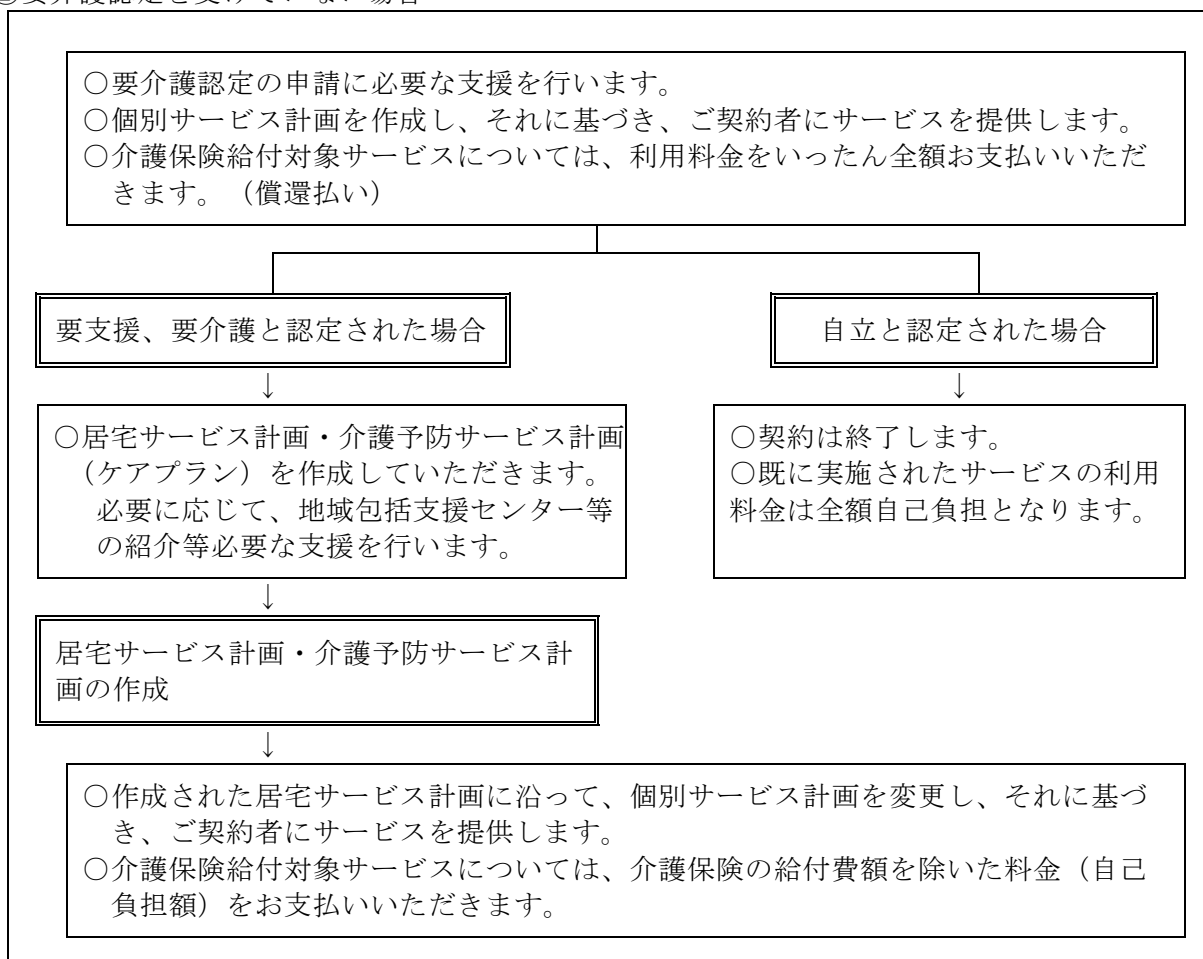


(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画・介護予防サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合



4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して短期入所生活介護サービス・介護予防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。

〈主な職員の配置状況〉

職 種	内 容	
	常勤換算	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1	1名
2. 介護職員	5	4名
3. 生活相談員	1	1名
4. 看護職員	1	1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	※1	必要数
8. 管理栄養士	※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施設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	時間等
1. 医師	毎週月・水・金曜日 9：00～17：00
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝 7：00～16：00 1名 日中 9：00～18：00 2名 夜間 16：00～10：00 1名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中 8：45～17：15 1名
4. 機能訓練指導員	毎週月～土曜日 9：00～17：00

☆土日は上記と異なります。

〈配置職員の職種〉

介護職員

…ご契約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。

- ・ 3名の利用者に対し1名の介護職員を配置しています。

生活相談員

…ご契約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

看護職員

…主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行います。日常生活上の介護、介助等も行います。

- ・ 1名の看護職員を配置しています。

機能訓練指導員

…ご契約者の機能訓練を担当します。

- ・ 1名の機能訓練指導員を配置しています。

※専任での配置はしていませんが、リハビリをご希望された場合は、定期的に実施します。

医師

…契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。1名の医師を配置しています。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

○短期入所生活介護サービス、介護予防短期入所生活介護サービス

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)利用料金の全額をご契約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（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

(i) サービスの概要

①食事（但し、食費は別途いただきます）

- ・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約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。
- ・ご本人のお体の状態で、医師により食事療法が必要と判断されている場合、滞在中指示に基づいた療養食を提供します。

（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。
- ・入浴又は清拭を週2回行います。

③排泄

- ・ご契約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、ご契約者の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健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥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、適切な整容が行われるよう援助します。

(ii) サービス利用料金（1日あたり）（契約書第10条参照）

別表1の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金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。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

※短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護共

☆ご契約者が未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。要支援又は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、ご契約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。

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。

- ・ 介護保険からの給付額に変更のあった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。その際、変更同意書を取り交わす事で再契約したとみなす事ができるものとします。
- ・ 契約者が介護保険料に未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第10条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

(i) 〈サービスの概要と利用料金〉

① 介護保険給付の支給限度額を超えてサービス

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、前記5(1)(ii)のサービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の全額（自己負担額ではありません）が必要となります。

② 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当分をご負担いただきます。

1枚につき 10円

③ 食事の提供（食費）

ご契約者に提供する食事にかかる費用です。

料金：1日あたり 1,380円

④ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーション、クラブ活動に参加していただくことができます。
利用料金：材料代等の実費をいただきます。

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用（実費）を負担いただきます。

⑥ 理髪・美容

[理髪サービス]

月に1回、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪）をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり 1,750円（顔剃の場合は別途400円）

⑦通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記の料金をいただきます。

また入所中の通院等、その他の送迎についても下記の料金表を適応します。

10km未満	10km以上15km未満	15km以上以後5km毎
500円	1,000円	500円加算

(3)利用料金のお支払い方法（契約書第10条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は次のとおりお支払い下さい。

①短期入所生活介護及び通所介護— サービス利用終了時毎に、その都度お支払い下さい。

ア．窓口での現金支払
イ． 下記指定口座への振り込み 大慈ショートステイをご利用の方 三井住友銀行 西神中央支店 普通預金 3658399
ウ．金融機関口座からの自動引き落とし ご利用できる金融機関： 銀行、 信用金庫

(4)利用の中止、変更、追加（契約書第11条参照）

○利用予定日の前に、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、利用予定日の前々日までに事業者へ申し出て下さい。

○利用予定日の前々日までに申し出がなく、前日もしくは当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前々日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日に申し出があった場合	当日の利用料金の50%
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の全額

○介護保険給付の対象となるサービスの取消料については、上表の区分に従い自己負担額の50%もしくは全額となります。

○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契約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契約者に提示して協議します。

(5) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、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	広野高原病院
所在地	兵庫県神戸市西区北山台3丁目1番1号
診療科	総合病院

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療社団法人 檉林歯科
所在地	兵庫県明石市大蔵谷字東山488の70朝霧駅前第1ビル

7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間満了の7日前までに契約者から契約終了の申し出がない場合には、契約は更に6か月間（要介護認定期間）同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

（契約書第22条参照）

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ① ご契約者が死亡した場合 ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合 ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合 ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合 ⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合 ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。） ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。） |
|--|

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第23条、第24条参照）

契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出下さい。

ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合。
- ②事業所の運営規定の変更に同意できない場合。
- ③ご契約者が入院された場合（一部解約はできません）。
- ④ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合（一部解約は出来ません）。
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合。
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合。
- ⑦事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ⑧他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 25 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。

- ①ご契約者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ご契約者の行動が他の利用者もしくはサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそれがあるような場合）を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

(3) 契約の一部が解約または解除された場合（契約書第 26 条参照）

本契約の一部が解約又は解除された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

(4) 契約の終了に伴う援助（契約書第 22 条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

8. サービス提供における事業者の義務（契約書第 14 条、第 15 条参照）

当事業所は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第 14 条、第 15 条に規定される義務を負います。当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご契約者から聴取、確認します。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
ただし、コピー代は有料となります。
- ⑤ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑦事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。ただし、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、ご契約者の同意を得ます。

9. サービスの利用に関する留意事項

(1) 持ち込みの制限

利用にあたり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。

入所時必要物品

- 下着（肌着 綿の物）パンツ 5セット以上（前開きのものが望ましい）
- 靴下 5足以上
- パジャマ（綿の物） 2セット以上（前開きのものが望ましい）
- トレーナー上下（綿の物） 4セット以上
- ズボン（外出用）2枚（女性の方2枚のうち1枚はスカート等可）
- 上衣（外出用）2枚（女性の方2枚のうち1枚はワンピース等可）
- カーデガン 春・冬物 各2枚
- 上靴、下靴 各1足（スリッパは転倒の恐れがあるので避けて下さい。）
- 帽子 1個
- プラスチック製のコップ（把つてのあるもの） 1個
- 入れ歯、入れ歯容器 1個
- その他 ご本人が大切にされている所持品（写真やぬいぐるみ等）

※ 入所前には必ず全ての物品に名前をご記入下さい。

黒い物にも分かるように、名前を縫い付けてください。

(2) 施設・設備の使用上の注意（契約書第17条、第18条参照）

- 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

(3) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

10. 損害賠償について（契約書第19条、第20条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認めれる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

1 1. 苦情の受付について（契約書第 29 条参照）

(1) 当施設における苦情の受付

当施設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。

- 苦情受付窓口担当者 [職名] 相談員
- 苦情受付窓口担当者責任者 施設長 重光雄明
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 随時

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号 (078) 332-5617 FAX番号 (078) 332-5650 受付時間 9:00～17:15 月～金
○西区区役所 あんしんすこやか係	所在地 神戸市西区玉津町小山字川端180番地の3 電話番号 (078) 929-0001 受付時間 9:00～17:00 月～金

平成 年 月 日 時 分 ～ 時 分

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。

事業者

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、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。

契約者（利用者）

住所

氏名 印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住所 同上

氏名 印

（契約者との関係 ）

立会人

住所

氏名 印

（契約者との続柄 ）

○当園機関紙「だいの森」・ホームページへの掲載について

ご意向	ご希望
お写真の掲載を了承する。	
一人の写真でなければ了承する。	
お写真の掲載を拒否する。	