

「指定介護予防短期入所生活介護」重要事項説明書
四天王寺悲田院ショートステイまごころ

当施設は介護保険の指定を受けています
(大阪府指定 第2773800228号)

社会福祉法人 四天王寺福祉事業団

【1】 四天王寺悲田院ショートステイまごころの概要

(1) 施設経営法人

名称	社会福祉法人 四天王寺福祉事業団
所在地	〒543-0051 大阪市天王寺区四天王寺1丁目11番18号
電話番号	06-6771-7971
FAX番号	06-6771-8961
代表者氏名	理事長 南谷 恵敬
設立年月日	(創立)昭和6年7月10日 (法人認可)昭和8年5月30日

(2) ご利用施設

種類	介護予防短期入所生活介護(ショートステイ) ※介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に併設されています (開設年月)平成11年12月24日 大阪府指定 第2773800228号
目的	介護保険法令に従い、契約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、短期入所生活介護サービスを提供します
名称	四天王寺悲田院ショートステイまごころ
所在地	〒583-0868 大阪府羽曳野市学園前6丁目1番1号
電話番号	072-957-7512
FAX番号	072-957-7506
代表者氏名	施設長 氏家 幹夫
運営方針	593年 聖徳太子の四ヶ院の制により創立された日本最古の福祉施設。今日まで築きあげた福祉のノウハウと新しい時代への挑戦をもって契約者主体のサービスを提供します。また地域に密着し、地域から信頼される施設を目指します。
定員	8名 短期入所生活介護の定員を含む

(3) 当施設の設備の概要

【施設全体】

居室・設備の種類	設置数	備考
居室	定員 8	全室個室、短期入所生活介護も含む
浴室	3	一般浴槽(個浴)
浴室	2	介助浴槽(チェアイン浴槽)
浴室	1	機械浴槽(ストレッチャー浴槽)
診療室	1	
機能訓練室	1	ホットパック、歩行訓練機、マット、その他

【ユニット】

設備の種類	設置数	備考
居室	定員 8	全室個室、短期入所生活介護も含む
リビング	1	
テレビ	1	
システムキッチン	1	

【各居室】

設備の種類	設置数	備考
ベッド	1	
トイレ	1	
洗面台	1	
エアコン	1	

(4) 当施設の職員体制 [介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に併設されています]

職名	配置状況	業務内容
施設長	1名	施設全体の管理監督
医師	1名以上	診察、健康管理
生活相談員	2名以上	生活相談、連絡調整
介護支援専門員	2名以上	施設サービス計画の作成など
介護職員	33名以上	日常生活介護全般
看護職員	3名以上	健康管理、投薬管理
機能訓練指導員	1名以上	機能訓練
管理栄養士	1名以上	献立作成、栄養指導

※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

【2】 サービスの内容

項目	サービス内容
居宅サービス計画	契約者の有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて、契約者が自立した日常生活を営む上での課題を把握し、短期入所生活介護計画の原案を作成するとともに、必要に応じて変更を行います。
生活相談	契約者および家族からの相談について、誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助をおこなうよう努めます。
食事	管理栄養士の立てる献立表により、栄養と契約者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供いたします。 (食事時間) 朝食 07:00 ～ 08:30 昼食 11:30 ～ 13:00 夕食 18:00 ～ 19:30 契約者の自立支援の為、食事の際は離床して、食堂をご利用いただくことを原則としていますが、体調不良時や、ご本人の希望があれば、その限りではありません。食事時間においても、契約者の予定・日課により、柔軟に対応させていただきます。但し、食品衛生管理上、2時間以上の取り置きはさせていただきます。
排泄	契約者の状況に応じて適切な排泄介助をおこなうと共に、排泄の自立についても適切な援助をおこないます。
入浴	利用日数に応じて、入浴または清拭をおこないます。 座位のとれない方は、入浴機器を用いての入浴も可能です。 入浴いただく曜日は、月・木、火・金、水・土を原則としていますが、契約者の予定・日課により、柔軟に対応させていただきます。
健康管理	必要に応じて、血圧、検温などの健康チェックを行います。 医療が必要と判断された場合は、速やかに医療機関に通院もしくは入院していただきます。この場合、原則として送迎や付き添いは家族で行っていただきます。緊急時は、この限りではありません。

生活介護	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 個人の尊厳に配慮し、適切な整容がおこなわれるよう援助します。 シーツ交換(枕カバー、包布等を含む)は、週1回おこないます。 ただし、必要な場合はその都度交換します。
生きがい活動	短期入所生活の充実を図り、適宜レクリエーションを企画します。
所持品保管	若干の身の回り品は、居室に備え付けの収納庫にてお預りします。
金銭等の管理	自らの手による金銭等の管理が困難な場合は、お預りいたします。
喫煙	施設内の喫煙スペース以外では喫煙はできません。
飲酒	医師または看護師の指示に従っていただきます。

<サービス提供までの流れ>

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)」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「短期入所生活介護計画」に定めます。契約者に係る「居宅サービス計画(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 当施設の介護支援専門員(ケアマネージャー)が介護予防短期入所生活介護計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当します。
- ② その担当者は介護予防短期入所生活介護計画の原案について、契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得た上で決定します。
- ③ 介護予防短期入所生活介護計画は、居宅サービス計画(ケアプラン)が変更された場合、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して、短期入所生活介護計画を変更します。
- ④ 介護予防短期入所生活介護計画が変更された場合には、契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

【3】施設利用料

<基本利用料(ユニット型個室)>

令和6年4月1日現在

要介護度	要支援1	要支援2
単位数	529単位	656単位
一日あたり費用 (単位数×10.33円)	約5,465円	約6,777円
自己負担分(一割)	約547円	約678円
自己負担分(二割)	約1094円	約1,356円
自己負担分(三割)	約1,641円	約2,034円

<加算利用料(全要介護度共通)>

(基本加算)

令和5年4月1日現在

加算項目	単位数	1日あたり 費用	自己負担分		
			(一割)	(二割)	(三割)
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位	約185円	約18円	約37円	約55円
機能訓練体制加算	12単位	約123円	約13円	約25円	約37円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とする。				

(該当者加算)

加算項目	単位数	1日あたり 費用	自己負担分		
			(一割)	(二割)	(三割)
送迎加算	184単位	約1,900円	約190円	約380円	約570円
療養食加算	8単位	約237円(3食 /日の場合)	約24円	約48円	約71円
若年性認知症入所者受入加算	120単位	約1,239円	約124円	約248円	約371円

※ 算定要件を満たせば、上記加算内容に応じた単位を算定させていただきます。

<一日あたり食費、居住費>

令和6年8月1日現在

	第4段階 (一般)	第3段階②	第3段階	第2段階	第1段階
食事サービス費 自己負担分	1,445円	1,300円	1,000円	600円	300円
居住費 自己負担分	2,066円	1,370円	1,370円	880円	880円

※ 一定の条件を満たす方が、「負担限度額認定」の申請を行うことで、所得の段階(1~3)に応じた自己負担限度額が決められた場合は、限度額までの支払いとなります。

※ 一定の条件を満たす方が、「社会福祉法人等による利用者負担軽減制度」の申請を行うことで、契約者負担軽減が認められた場合は、介護保険一部負担額・食事サービス費・居住費が25%減額となります。

※ 食費については、下記の設定となり、提供した食事分のみご負担頂きます。

朝食	昼食(間食含む)	夕食
275円	650円	520円

<その他の料金(介護保険の給付対象とならないサービス)>

以下の費用については、実費ご負担いただきます。

① 日常生活上必要となる日用品

- ・ 日常生活品(嗜好品や衣類等)の購入代金等契約者の日常生活に要する費用で、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を負担いただきます。
- ・ おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

② 散髪代(当施設では2つの業者が来訪しています)

- ・ 髪や
カット 1,980円、顔そり 660円、パーマ 4,180円、毛染め 4,180円
マニキュア 4,180円、シャンプー 660円、ベッドカット2,750円
- ・ レオン
カット 1,500円、スポーツ刈り(丸刈り) 1,000円

③ レクリエーション費

- ・ 入居者等の希望によってレクリエーションに参加される際は、諸費用実費をご負担いただきます。
- ・ レクリエーションに不参加の場合は、ご負担いただく必要はございません。

<支払いの方法>

料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月26日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。利用料の請求書・領収書は、希望する場合にのみ、契約者または代理人に送付するものとします。

(ア) 契約者指定金融機関口座からの引き落とし

(イ) 施設内窓口での現金による支払い

【4】 利用の手続き

(1) 必要な書類など

- ① 介護保険被保険者証(写し)
- ② 介護保険に関わる認定証(写し)
- ③ 健康保険被保険者証(写し)
- ④ 後期高齢者医療被保険者証(写し)
- ⑤ 諸制度手帳(写し)
- ⑥ 諸制度医療証(写し)

(2) その他お持ちいただくもの

- ① 衣類や口腔ケア用品等、普段使用されている日用品
- ② 杖や車イス等、普段使用されている介護用品
- ③ 日数分の投薬

【5】 利用の中止、変更、追加

- (2) 利用予定期間の前に、契約者の都合により、短期入所生活介護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。この場合にはサービスの利用日までに事業者へ申し出てください。
- (3) 契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金と、既に提供が済んでいる食費の費用はお支払いいただきます。

【6】 サービスが提供できない場合

- (1) 入院して医療・治療が必要と判断された場合
- (2) 施設として適切な短期入所生活介護サービスを提供することが困難な場合

【7】 契約の終了について

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、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、仮に下記事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了となります。

- ① 要介護度認定により契約者の心身の状況が自立又は要介護と判定された場合
- ② 事業者が解散・破産した場合、又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当施設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
- ⑤ 契約者からの申し出があった場合(詳細は以下をご参照下さい。)
- ⑥ 事業者からの申し出を行った場合(詳細は以下をご参照下さい。)

(1) 契約者からの申し出による中途解約・契約解除

契約の有効期間であっても、契約者から当施設からの解約を申し出ることができます。その場合には、解約を希望する日の7日前までに申し出てください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・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 契約者が入院された場合
- ③ 事業者(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
- ④ 事業者(サービス従事者)が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者(サービス従事者)が故意又は過失により契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、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
- ⑥ 他の契約者が契約者の身体・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) 事業者の申し出による契約解除

- ① 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 契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅滞し、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 契約者が、故意又は重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の契約者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行う事などによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3) 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 契約者がお亡くなりになった場合

【8】施設利用に当たっての留意事項

事項	内容
面会	面会時間9:00～19:00 上記以外についてはご相談下さい。 来訪者は、総合事務所受付にて名簿にご記入願います。なお、来訪される場合、食物の持ち込みは必ず職員にご相談下さい。食中毒の危険性がある場合や食事療法中の方への食物の持ち込みについてはご遠慮いただきます。また、下痢・発熱・嘔吐等のウイルス性感染症の症状がみられる方のご面会は、ご遠慮いただく場合があります。
所持品の持ち込み	高額な品物の持ち込みは出来る限りご遠慮下さい。 危険物の持ち込みは禁止します。
施設外での受診	医師、協力病院の医師の指導ではなく、ご自身のご希望で他の医療機関を受診する場合は、家族でお願いいたします。また、診察結果、処方薬などは必ず職員にお申し出下さい。
宗教・政治活動	他の契約者に対する宗教活動および、政治活動はご遠慮下さい。
ペット	飼育を前提にしたペットの持ち込みはお断りします。
食物の持ち込み	健康上のため、職員にお尋ね下さい。

【9】 サービス提供の記録

- (1) 施設および全ての職員は、サービス提供をする上で知り得た契約者および、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。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様といたします。
- (2) 契約者ご自身に関する施設サービス実施記録を閲覧できます。
- (3) 契約者ご自身に関する施設サービス実施記録の複写物の交付を受けることができます。その場合、複写に係る実費をいただきます。

【10】 秘密保持の厳守

- (1) 施設および全ての職員は、サービス提供をする上で知り得た契約者およ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。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様といたします。
- (2) 契約者から予め文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業等に対し、契約者の個人情報を提供いたしません。

【11】 身体拘束の禁止

- 基準省令(「指定短期入所生活介護の人員、設備及び運営に関する基準」ほか)における身体拘束の規定は次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
- (1) サービスの提供にあたっては、当該利用者(契約者)、又は他の利用者(契約者)等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者(契約者)の行動を制限する行為を行ってはならない。
- (2) 前項の身体的拘束を行う場合には、その対応及び時間、その際の利用者(契約者)の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。当該記録は、サービスの提供の完結の日から5年間保存しなければならない。

【12】 虐待の防止について

施設(事業所)は、利用者(契約者)の人権の擁護、虐待の防止等の為、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 施設長 氏家 幹夫
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 虐待等に関する苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及する為の研修を実施しています。

【13】 緊急時の対応方法

- (1) 契約者に容体の変化などがあった場合は、家族の方に速やかに連絡いたします。
- (2) 体調急変時は、速やかに主治医または医療機関に連絡を取り、必要な措置を講じます。
- (3) 事故・災害発生時は、速やかに府と市、利用者の家族に連絡を行い、必要な措置を講じます。また、事故に際しては、その状況と採った措置を記録し、利用者に対する短期入所生活介護サービスの提供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。

【14】 事故発生時の対応方法

事故が発生した場合は、応急処置および緊急受診等の必要な処置を講ずるほか、家族に速やかに連絡いたします。また、状況に応じて保険者へ速やかに報告いたします。

安全対策担当者 中野 真二

【第1連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

【第2連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

【15】 協力医療機関

医療を必要とする場合は、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、協力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、協力医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。

<協力医療機関>

医療機関名	所在地	電話番号
四天王寺悲田院診療所(内科)	羽曳野市学園前6-1-1	072-957-7512
四天王寺病院(内科、外科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、放射線科、乳腺外科)	大阪市天王寺区大道1-4-41	06-6779-1401
阪和病院(内科、リハビリ科、耳鼻咽喉科、皮膚科)	大阪市住吉区南住吉3-3-7	06-6692-1181
阪和第二泉北病院(内科、外科、歯科、眼科、麻酔科、放射線診断科、リハビリテーション科、整形外科、人工関節センター)	堺市中区深井北町3176	072-277-1401
藤本病院(内科、消化器内科、循環器内科、外科・消化器外科、整形外科、形成外科、皮膚科、リハビリテーション科)	羽曳野市誉田3-15-27	072-958-5566
城山病院(脳・脊髄・神経センター、心臓血管センター、消化器、一般内科、血液内科、整形外科、形成外科、肛門外科、乳腺外科、泌尿器科、皮膚科、腎臓内科)	羽曳野市はびきの2丁目8番1号	072-958-1000
岸川歯科医院(歯科)	堺市堺区一条通17-18	072-221-0506

【16】 損害賠償について

当施設において、施設の責任により契約者に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められた場合には、契約者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

【17】 非常災害対策

- (1) 施設に担当者(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) 植木 啓司
- (2) 消防法に準拠して災害対策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設備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (3) 非常災害に備えて避難、救出、夜間想定等、必要な訓練を年2回以上行います。
- (4) 防災設備……スプリンクラー、消火器、消火栓など

【18】サービス提供における事業者の責務

当施設は、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 契約者の生命、身体の安全・確保に配慮します。
- ② 契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師または看護職員と連携のうえ、契約者から聴取・確認します。
- ③ 契約者に提供したサービスについて記録を作成し、完結の日から5年間保管するとともに、契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ 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。但し、契約者又は他の契約者の生命、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、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ 事業者及びサービス従事者又は職員は、サービスを提供するにあたって知り得た契約者または家族等に関する事項を正当な理由無く、第三者に漏洩しません(守秘義務)但し、契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に契約者の心身等の情報を提供します。また、契約者の円滑な退居の為の援助を行う際には、あらかじめ文書にて、契約者の同意を得ます。

【19】 サービス内容に関する相談・苦情

契約者からの相談、苦情に対応する窓口を設置し、施設の設備またはサービスに関する契約者の要望、苦情に対し、迅速に対応いたします。

- (1) 当施設苦情解決責任者・苦情受付担当・第三者委員
 - ・苦情受付窓口 社会福祉法人 四天王寺福祉事業団
四天王寺悲田院ショートまごころ 苦情相談受付係
電話番号 072-957-7512
 - ・苦情解決責任者 氏家 幹夫(施設長)
 - ・苦情受付担当者 中山 和也(生活相談員)
 - ・第三者委員 笠原 幸子(大学教授) TEL 072-956-3181 (四天王寺大学)
鳥海 直美(大学講師) TEL 同上

※また、苦情受付ボックスを各階に設置しています。

- (2) 当施設以外に、行政機関その他苦情受付機関などでも受け付けています。
他市町村の方は、その方の介護保険者が苦情受付の窓口になります。

機関名	羽曳野市役所 福祉指導監査課
所在地	羽曳野市誉田4丁目1番1号
電話番号	072-958-1111
受付時間	9:00～17:30

機関名	国民健康保険団体連合会
所在地	大阪府中央区常盤町1丁目3番8号
電話番号	06-6949-5418
受付時間	9:00～17:00

機関名	大阪府 福祉部 高齢介護室 介護事業者課
所在地	大阪府中央区大手前2丁目1番22号
電話番号	06-6944-7203
受付時間	9:00～17:00

機関名	大阪府社会福祉協議会 福祉サービス 苦情解決委員会
所在地	大阪府中央区谷町7丁目4番15号
電話番号	06-6191-5660
受付時間	9:00～17:00

- (3) 羽曳野市介護相談員が、2ヵ月に1回来所しています。ご自由にご相談下さい。

- (4) 市民オンブズマン(O-ネット)が、月に2回来所しています。ご自由にご相談下さい。

指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に際して、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

【事業者】

所在地 〒583-0868 大阪府羽曳野市学園前6-1-1
事業者 社会福祉法人 四天王寺福祉事業団
四天王寺悲田院ショートステイまごころ
説明者 相談員 印

私は、本書面にに基づいて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(短期利用者)】

住所
氏名 印

契約者は、署名が出来ない為、契約者本人の意思を確認の上、私が契約者に代わって、その署名を代行致します。

【代理人】

住所
氏名 印
(契約者との関係)

