

老人短期入所施設 おたきほうむ  
介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護（ショートステイ）

重要事項説明書

当事業所は利用者に対して指定介護予防短期入所生活介護サービス又は指定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とおり説明します。

◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人	2
2. ご利用施設	2
3. 職員の配置状況	3
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金	4－6
5. 苦情の受付について	7
6. 緊急時の対応	7
7. 事故発生時の対応について	7
8. 合意裁判管轄について	7
9. 非常災害対策	7
10. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について	7
重要事項説明書に関わる同意書	8

## 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 ケアネット  
(2) 法人所在地 東京都中野区弥生町2-42-2  
(3) 電話番号 03-5342-0820  
(4) 代表者氏名 理事長 鈴木 裕  
(5) 設立年月 2000年2月18日

## 2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護予防短期入所生活介護事業所（併設型・空床型）  
指定短期入所生活介護事業所（併設型・空床型）  
(2) 施設の目的 事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、介護老人福祉施設サービスを提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。  
(3) 施設の名称 老人短期入所施設 おたきほうむ  
(4) 施設の所在地 東京都中野区東中野5-17-30  
(5) 電話番号 03-5937-2160  
(6) 管理者氏名 川村 将大  
(7) 開設年月 2013年4月1日  
(8) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	月～金 8:30～17:30

- (9) 利用定員 6名  
※この他に、併設施設である特別養護老人ホームおたきほうむの空床を利用して、サービスを実施します。

- (10) 通常の送迎実施地域 中野区全域、新宿区全域、豊島区の一部

- (11) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。利用者の身体状況や認知症の状況によって居室を決定しています。

居室・設備の種類	室数	備考
個室 (1人部屋)	6室 (1ユニット10～13室)	洗面台・トイレ・タンス・ エアコン完備
合計	6室	
浴室	6室 (普通入浴2室、リフト浴3室、 シャワーバス入浴1室)	[主な設置機器] 普通浴槽、リフト浴槽、車椅子浴 槽、シャワーバス機器等
共同生活室	5室	キッチン
医務室	1室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、ユニット型指定短期入所生活介護事業所及びユニット型指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆居室の変更：利用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可能な範囲で調整します。また、利用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、利用者や家族等と協議のうえ決定するものとします。

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して介護予防短期入所生活介護サービス又は指定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〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

以下の職員は、指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム おたきほうむの職員として兼務しております。

職種	指定基準
1. 施設長（管理者）	1名
2. 介護職員	常勤換算で16.3名以上 (看護職員と合算して18.3名以上)
3. 生活相談員	1名以上
4. 看護職員	常勤換算で2名以上
5. 機能訓練指導員	1名以上
6. 介護支援専門員	基準なし
7. 医師	必要数
8. 管理栄養士	1名以上

※当サービスは専用床（6床）と、併設する指定介護老人福祉施設（50床）における利用者の入院等で生じる空床を利用した介護予防短期入所生活介護事業又は短期入所生活介護事業です。そのため、指定基準職員数は併設する指定介護老人福祉施設の指定職員基準と合算しています。

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 介護職員	C番 7:00～13:00
	早番 7:00～16:00
	日勤 9:00～18:00
	遅番 12:00～21:00
	夜勤 17:30～9:30
2. 生活相談員	日勤 8:30～17:30
3. 看護職員	早番 8:00～17:00
	日勤 9:00～18:00
	遅番 10:00～19:00
4. 機能訓練指導員	日勤 8:30～17:30
5. 介護支援専門員	日勤 8:30～17:30
6. 医師	週一回

#### 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。

当事業所が提供するサービスについて、

- |   |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合<br>(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) 当施設が提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、居住費、食費を除き 通常9割が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

##### ① 食事

- ・当事業所では、管理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。

(食事時間)

朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～

##### ② 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・身体状況に応じて一般浴槽及び特殊浴槽を使用して入浴することができます。
- ・但し、発熱や病気などにより、入浴を中止し、清拭となる場合があります。

##### ③ 排泄

- ・排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を活用した援助を行います。

##### ④ 機能訓練

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

##### ⑤ 送迎サービス

- ・利用者の希望により、ご自宅と施設間の送迎を行います。  
また、送迎サービスの希望が多数の場合には、ご希望に添えない場合もございますのでご了承下さい。

##### 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。

## 〈サービス利用料金（1日あたり）〉

利用料は、介護保険法に基づく厚生労働大臣が定める基準によるもの（生活介護費・加算の1～3割負担）と、利用者と施設の契約によって定める食事提供費及び居住費よりなり、利用者の要介護度、利用者負担段階、居室環境の違い等に応じて個々に設定された利用料の額を、表1及び表2に示します。

表1

	1割負担料金 (1日分)	2割負担料金 (1日分)	3割負担料金 (1日分)
予防短期入所生活介護費 要支援 1	587円	1,174円	1,761円
予防短期入所生活介護費 要支援 2	728円	1,456円	2,184円
短期入所生活介護費 要介護 1	781円	1,562円	2,343円
短期入所生活介護費 要介護 2	856円	1,712円	2,568円
短期入所生活介護費 要介護 3	940円	1,880円	2,820円
短期入所生活介護費 要介護 4	1,018円	2,036円	3,054円
短期入所生活介護費 要介護 5	1,095円	2,190円	3,285円
◎サービス提供体制強化加算Ⅰ	24円	48円	72円
◎サービス提供体制強化加算Ⅱ	20円	40円	60円
◎サービス提供体制強化加算Ⅲ	7円	14円	21円
☆ 看護体制加算Ⅰ ※本住居用居室利用時	4円	8円	12円
☆ 看護体制加算Ⅱ ※本入居用居室利用時	9円	18円	27円
☆ 夜勤職員配置加算Ⅱ	20円	40円	60円
# 送迎加算（片道）	204円	408円	612円
機能訓練体制加算	13円	26円	39円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ（1ヶ月）	(生活介護費＋各加算) × 13.6%		

◎印の加算につきましては、前年度の職員の体制によって決定されます。（算定されるのはいずれか1つ）

注：ご案内する居室（併設又は空床）によって加算が異なる場合があります。

☆印の加算につきましては、介護予防短期入所生活介護サービスには算定されません。

#印の加算につきましては、対象者にのみ算定いたします。

1. 加算につきましては、人員配置等の関係により変更する場合があります。
2. 介護保険制度の改正等により、基本料金の改正の可能性があります。

表2

	居室利用料（1日）	食事提供費（1日）
第1段階	880円	300円
第2段階	880円	600円
第3段階①	1,370円	1,000円
第3段階②	1,370円	1,300円
第4段階	2,066円	2,000円

- ※ 居室利用料・食事提供費は 表2 の第4段階の金額です。ただし、「介護保険負担限度額認定」を受けた方は、その段階により 上記のように減額されます。
- ※ 入所期間中に入院、または外泊した場合の取扱については、介護保険の給付の扱いに応じた料金となりますのでご了承ください。
- ※ 食費日額 2,000 円の内訳は、朝食 537 円、昼食 796 円、夕食 667 円です。

## (2) (1) 以外のサービス

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。

### ①理髪・美容

当施設では、月に1回、毎月別途指定日に理美容サービスを実施しております。料金は別途発生いたします。

### ②日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品（歯磨き粉、義歯洗浄剤、義歯ケース、顔剃り、髭剃り、替え刃等）の購入代金等、利用者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用を実費にてご負担いただきます。

※おむつ代は介護保険給付対象となっておりますので、ご負担の必要はありません。

特定のおむつのご使用を希望される際は、利用者の負担となります。

## (3) 利用料金のお支払い方法

郵便口座引き落としの場合、翌月17日に自動引き落としとさせていただきます。

（再引き落としは25日となります）

※17日、25日が土日祝日の際は翌営業日となります。

現金の際は、翌月17日までに窓口にお持ち頂くか、お振込みとさせていただきます。

## (4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定期間の前に、利用者の都合により、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実施日前日午前10時までには事業者へ申し出てください。

○利用予定日の前日午前10時までには申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料をお支払いいただく場合があります。但し利用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。

○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、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

○利用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、すで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。

## 5. 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。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 生活相談員                      〔氏名〕 大垣

○受付時間                      毎週月曜日～金曜日                      8：30～17：30

### (2) 法人全体の苦情担当

毎月1日（午後）弥生ホーム1階相談室にて

担当（生活相談員）                      電話                      03-5342-0820

FAX                      03-5342-0920

### (3) その他

当施設以外に、区の相談・苦情窓口でも受け付けています。

・中野区役所 福祉オンブズマン室                      電話03-3228-8757

・東京都国民健康保険団体連合会苦情相談窓口                      電話03-6238-0177

## 6. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状に急変が生じた場合、その他必要な場合は速やかに主治医または協力医療機関への連絡、家族等への連絡を行うなどの必要な措置を講じます。

## 7. 事故発生時の対応について

サービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに区市町村、家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。

但し、施設の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

## 8. 合意裁判管轄について

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者の所在地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とさせていただきます。

## 9. 非常災害対策

事業所は非常災害に備えて必要な設備を設け、防災・避難に関する計画を作成します。非常災害に備え避難・救出その他必要な訓練などを行います。

## 10. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施無し。

西暦 年 月 日

指定介護予防短期入所生活介護サービス又は指定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。

老人短期入所施設 おたきほうむ  
(事業所番号 1371404243)

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 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、その内容に同意しました。

利 用 者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(代筆者氏名 続柄 )

身元引受人兼連帯保証人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(利用者との関係 )

※この重要事項説明書は、厚生労働省令第37号(1999年3月31日)第125条の規定に基づき、利用申込者又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。