重要事項説明書（介護予防・短期入所生活介護サービス）

あなたに対する居宅サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令３７号１５５条、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．事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人　和生福会
主たる事業所の所在地	和歌山県海南市孟子字波免７０９－１
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長　武久　敬洋
電話番号	０７３－４８６－０７８８

２．ご利用施設

事業所の名称	介護老人福祉施設　緑風苑
事業所の所在地	和歌山県海南市孟子字波免７０９－１
介護保険事業者番号	３０７１４００５８８
施設長の氏名	永山　間夕美
電話番号	０７３－４８６－０７８８
ファクシミリ番号	０７３－４８６－０８２２
利用定員	２０名（短期入所）

３．ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
介護老人福祉施設	平成１８年３月１日	３０７１４００５８８	１００名
通所介護（予防）	平成１８年８月１日	３０７１４００６２０	２２名
居宅介護支援	平成２３年１０月１日	３０７１４００９３５	３５名

４．事業所の目的と運営の方針

事業所の目的	この事業所は、寝たきり老人や独居老人を主とし老人の自立を支援し家庭復帰を促進する事を目的とする。
運営の方針	当事業所にあたっては、明るく家庭的な雰囲気を保持し、地域及び行政機関等との連携を密にして、家庭との結びつきを重視した運営を行う。

５．利用対象者

短期入所生活介護（介護予防）:　介護保険にて要支援、要介護と認定された方

６．送迎の実施区域　　海南市・和歌山市・紀の川市・紀美野町・岩出市

７．事業所でのサービス

① 短期入所生活介護計画の立案
② 食事
③ 入浴
④ 生活全般の介護サービス
⑤ 機能訓練（レクリエーション）
⑥ 相談援助サービス

８．事業所の人員配置と勤務体制

	基準人員数
施設長	１名
医師	１名以上
介護支援専門員	１名以上
看護職員	１名以上
介護職員	６名以上
管理栄養士	１名以上
生活相談員	１名以上
機能訓練指導員	１名以上

（令和７年４月１日　現在）

① 管理者【施設長】（１人）

管理者は理事長の命を受け職員を指揮監督して事業所の業務を統括し、運営管理に万全を期する。

② 事務員（１名以上）

（イ）一般庶務及び他に属さない事務等

（ロ）会計経理に関すること。

③ 医師（１名以上）

（イ）利用者等の病状把握及び診療業務に関すること。

（ロ）事業所療養全般に関すること。

（ハ）利用者等の健康管理及び療養上の指導に関すること。

④ 介護支援専門員（１名以上）

（イ）短期入所生活介護計画の作成に関すること。

（ロ）短期入所生活介護計画のモニタリングに関すること。

（ハ）家族や地域全般との調整に関すること。

⑤ 看護職員・介護職員（７名以上）

（イ）医師の指導に従い利用者等に必要な医療措置を講ずること。

（ロ）利用者等の保健衛生に関すること。

（ハ）利用者の日常生活介護に関すること。

⑥ 機能訓練指導員（１名以上）

（イ）機能訓練に関すること。

⑦ 管理栄養士又は栄養士（１名以上）

（イ）給食の献立及び給食記録の作成に関すること。

（ロ）調理及び配膳に関すること。

（ハ）給食に関する事務。

⑧ 生活相談員（１名以上）

（イ　生活上の相談に関すること。

（ロ）市町村との連絡調整に関すること。

⑨調理員（８名以上）

（イ）給食調理及び配膳の関すること。

当事業所の看護及び介護職員は必要に応じて下記の時間帯において勤務を遂行いたします。

早　　出	７：３０　～　１６：００	１人
日　　勤	８：３０　～　１７：００	３～４人
遅　　出	１０：３０　～　１９：００	１人
夜　　勤	１６：３０　～　　９：００	１人

９．利用料について

短期入所生活介護費に対する利用料は、厚生労働省の定める基準に従うものとする。（別紙利用料表参照）

１０．お支払方法

お支払い方法は、原則として口座引き落としをご利用ください。ご都合により他の支払い方法をご希望の場合は、窓口にて現金もしくは銀行振り込みでお支払いください。

毎月１０日に前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。口座引き落としの場合は、毎月２６日に引き落としになります。

１１．利用の手続き

（１）利用開始の手続き

①当事業所の相談員・介護支援専門員により、利用相談を行います。

②必要書類（利用申込書、診療情報提供書等）を提出していただきます。

③利用者様及びご家族様と面談させて頂きます。

④当事業所の施設長、看護師、介護福祉士、管理栄養士、生活相談員、介護支援専門員で利用判定を行います。

⑤後日、相談員・介護支援専門員より利用判定の結果等について連絡させていただきます。

⑥当事業所の利用にあたり、重要事項の説明に同意を頂いた上で、契約を締結致します。

（２）利用中止の手続き

※利用者様からの契約解除

利用者様及びご家族様は、１週間以上の予告期間をもって、当事業所に対し、利用中止の意思表明をすることにより、本契約に基づく利用契約を解除・終了することができます。

※当事業所からの契約解除

当事業所は、利用者様及びご家族様に対し、次に掲げる場合には本契約に基づくサービスを解除、終了することができます。

①利用者様が要介護認定において自立又は要支援と認定された場合

②利用者様の病状及び心身の状態が著しく悪化し、当事業所での適切な介護保険施設サービスの提供が困難と判断された場合。

③利用者様の行動が、他の利用者の生命または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、十分な介護を尽くしてもこれを防止できない場合。

④利用者様が重大な自傷行為を繰り返す等、十分な介護を尽くしてもこれを防止できないと思われる場合。

⑤利用者様が、故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないと判断した場合。

⑥利用者様、ご家族様から法定介護サービス以外のサービスを不当に強要され、実施不能の由を伝えてもなお強要されるような場合。

⑦利用者様、ご家族様からサービス担当者が不当なセクハラや暴言、暴行等の干渉を受け、かつ注意により改善されない場合。

⑧利用者様が、他の介護保険施設に入所された場合。

⑨利用者様が、病院等の医療機関に入院された場合。

⑩利用者様が死亡された場合。

⑪利用者様及びご家族様が、本契約に定める利用料金を２か月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず、７日間以内に支払われない場合。

⑫利用者様が、当事業所の従業者並びに他の入所者様、又は、当事業所の設備並びに備品に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合。

１２.事業所利用にあたっての留意事項

食事	栄養管理を施した食事を提供致します。 食べ物の持ち込みは、健康管理及び感染予防上、原則禁止とさせていただきます。
面会時間	面会時間は午前７時から午後９時とします。 受付カウンターにある面会簿に必要事項を記入してください。
消灯時間	午後９時とします。
外出・外泊	各階詰所にお申し出下さい。 所定の届出書に記載頂き、許可により外出、外泊をしていただきます。
飲酒	栄養管理上、原則禁止とさせていただきます。
喫煙	健康管理上、原則禁止とさせていただきます。
火気の取り扱い	防火管理上、原則禁止とさせていただきます。
設備､備品の利用	本来の使用法に従ってご利用ください。 これに反した利用により破損等が生じた場合、弁償して頂く場合があります。
所持品･備品等の持ち込み	収納スペースに限りがある為、記名の上、必要最小限でお願いします。
金銭･貴重品管理	原則自己管理をしていただきます。 多額な金銭及び貴重品は所持されないようにお願いします。
営利行為 宗教・政治活動	他の入所者様にご迷惑がおよぶ行為、活動は一切禁止とさせていただきます。

１３.身体拘束

当施設は、原則として入所者様に対し身体拘束は行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合、当施設がその様態及び時間、その際の入所者様の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録するとともにご家族様にその旨を説明し同意を得ます。

利用者等の身体拘束防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じる。

（１）身体拘束に対する基本指針の決定

（２）定期的な研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努める。

（３）多職種による身体拘束防止委員会を定期的に開催する。

（４）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、従業者が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努める

（５）身体拘束に関する責任者の選定

責任者　施設長　永山間夕美

１４.守秘義務の徹底

当事業所の職員は、業務上知り得た利用者様又はご家族様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します。

ただし、介護保険サービスの為の市町村、居宅介護支援事業者、その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、医療機関への療養状況を提供する場合については、当事業所は利用者様及びご家族様から予め同意を得た上で行うこととします。

１５.個人情報の提供

次の様な状況の場合に、当事業所はその必要とする範囲内の個人情報の提供を行います。

①介護保険法令に従い、利用者様のサービス計画に基づくサービスを円滑に実施するために行うサービス担当者会議において利用する場合。

②利用者様が医療機関を受診する際、当該医療機関に対しての個人情報を提供する場合。

③契約終了によって、利用者様を他の施設へ紹介する等の援助を行う際、当該施設に対して個人情報を提供する場合

１６．苦情・相談等申出窓口

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、当施設相談窓口までお気軽にご相談、お申し出下さい。

受付窓口（担当者）

氏名　　南坂　麻衣　　職名　生活相談員

電話番号　０７３－４８６－０７８８

苦情解決責任者

氏名　　永山　間夕美　　職名　施設長

第三者委員

①氏名　白石　裕美　　②氏名　久保田　文代

連絡先　０７２－２６３－０８２５　　連絡先　０７３－４８８－０１５０

受付時間　　毎週　　月曜日　～　金曜日　　８時半　～　１７時

第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたます。また、ご意見箱での受け付けもいたしておりますので、ご利用下さい。責任をもって調査し、その処理の結果を相当の時期までにご本人に通知いたします。

【公的機関窓口】

〇海南市役所　高齢介護課

所在地：〒６４２－８５０１　海南市南赤坂１１　　TEL：０７３－４８３－８７６４

〇紀美野町総合福祉センター　保健福祉課

所在地：〒６４０－１１２１　海草郡紀美野町下佐々１４０８－４

TEL：０７３－４８９－９９６０

〇紀の川市役所　高齢介護課

所在地：〒６４９－６４９２　紀の川市西大井３３８　　TEL：０７３６－７７－２５１１

○和歌山市役所　指導監査課
所在地：〒６４０－８５１１　和歌山市七番丁２３　　TEL：０７３－４３５－１３１９

○和歌山県国民健康保険団体連合会　日赤会館内　　介護サービス苦情相談窓口
所在地：〒６４０－８１３７　和歌山市吹上２丁目１番２２号　TEL：０７３－４２７－４６６２

○和歌山県福祉サービス運営適正化委員会　　和歌山ビッグ愛７Ｆ　和歌山県社会福祉協議会内
所在地：〒６４０－８５４５　和歌山市手平２丁目１の２　　TEL：０７３－４３５－５５２７

１７．第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	１　あり	実施日	年　月　日
		評価期間の名称	
		結果の開示	１　あり　　２　なし
	②　なし		

１８．協力医療機関

施設の名称	医療法人康生会　泉佐野優人会病院
施設の所在地	〒５９８－００６３　大阪府泉佐野市湊４丁目５番１７号
診療科目	内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・放射線科・リハビリテーション科
電話番号	０７２－４６２－２８５１
ＦＡＸ	０７２－４６２－１８９９

施設の名称	国保野上厚生病院
施設の所在地	〒６４０－１１４１　和歌山県海草郡紀美野町小畑１９８
診療科目	内科・外科・整形外科・婦人科・神経精神科・眼科・内視鏡センター・耳鼻咽喉科・泌尿器科・脳神経外科
電話番号	０７３－４８９－２１７８
ＦＡＸ	０７３－４８９－５６３９

施設の名称	山中歯科
施設の所在地	和歌山県紀の川市貴志川町神戸７８４
電話番号	０７３６－６４－２３７９

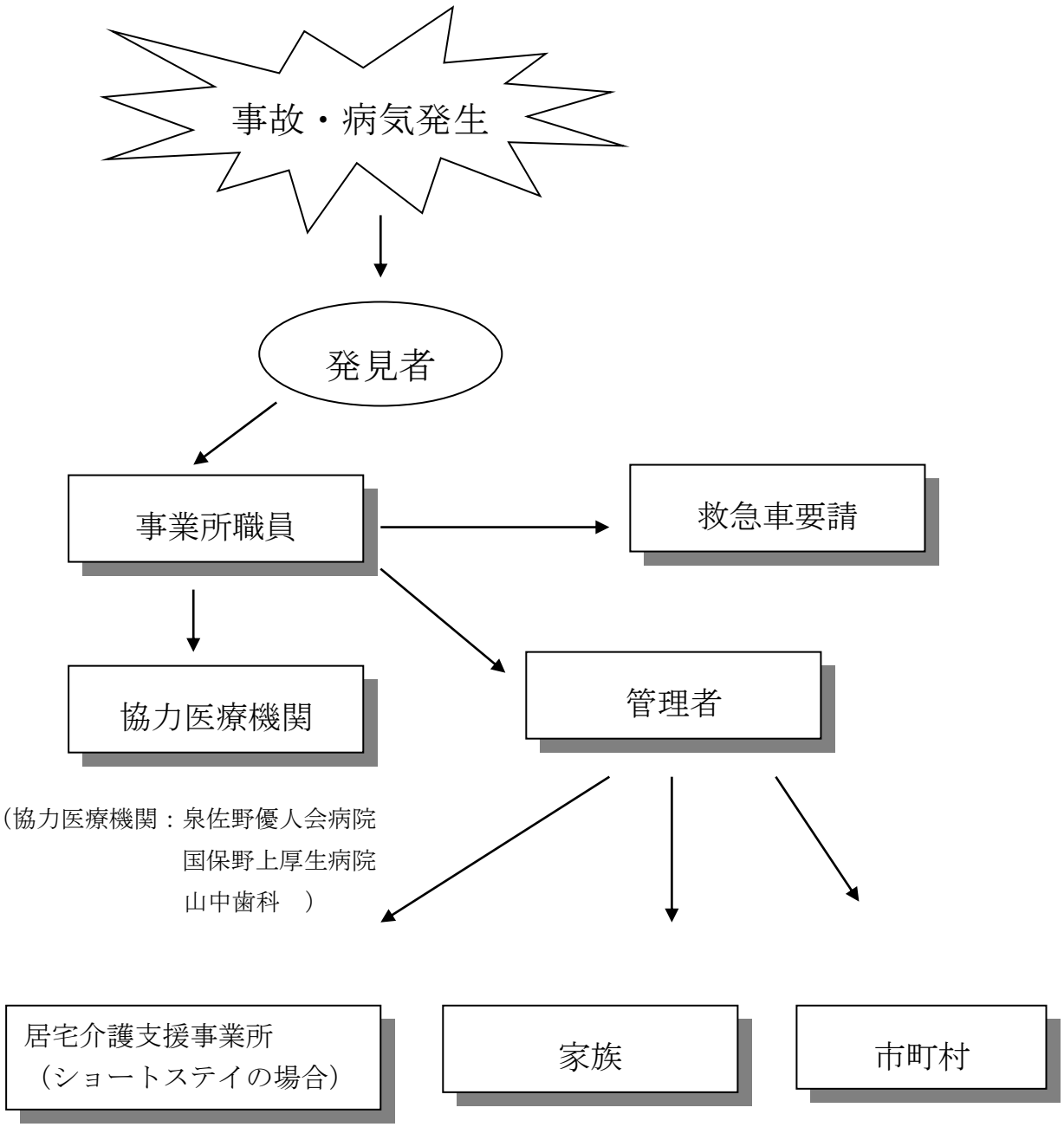
１９．事故発生時の対応

（１）施設は、入所者様がサービス利用中に事故（転倒による骨折や飲食中の誤嚥等）が発生した場合、指定された緊急連絡先に事故発生時の経過及び状況説明を行い、直ちに適切な対応を講じます。

（２）施設は、速やかに市町村に連絡し、その状況を記録します。

（３）施設は、入所者様に対する施設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。

事故発生時の対応



２０．緊急時の対応

サービス提供中に病状が急変した場合は、応急処置を行うと共に速やかに家族、主治医、その他関係機関に連絡をとり対応致します。（前図参照）

２１．災害発生時の対応

消防計画に基づき対応します。火災及び地震発生時のために、非常災害要因を決め、組織を編成し任務の遂行に当たります。１年に２回防災訓練を実施します。（内１回は夜間を想定）災害時マニュアルに従い、利用者の安全確保に努めます。また、業務継続計画（ＢＣＰ）に基づき、業務継続に向けた取り組みを実施します。

２２．感染症の発生及びまん延等に関する取り組み

感染症の発生及びまん延等防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じる。

（１） 感染症の発生及びまん延等防止に対する基本指針の決定

（２） 定期的な研修・訓練を通じて、知識や技術の向上に努める。

（３） 多職種による感染予防委員会を定期的に開催する。

（４）まん延時は業務継続計画（ＢＣＰ）に基づき、業務継続に向けた取り組みを実施する。

２３．高齢者虐待防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じる。

（１）高齢者虐待に対する基本指針の決定

（２）定期的な研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努める。

（３）多職種による虐待防止検討委員会を定期的に開催する。

（４）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、従業者が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努める

（５）サービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかにこれを市町村に通報する。

（６）高齢者虐待に関する責任者の選定

責任者　施設長　永山間夕美

２４．ハラスメントについて

セクシャルハラスメントやカスタマーハラスメント等に対応するため、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

（１）ハラスメントに対する事業所としての基本方針の決定

（２）マニュアル等の作成

（３）相談しやすい職場環境づくりと窓口の設置

２５．当事業所が提供するサービスについての相談窓口

担当者氏名　　南坂　麻衣　　職名　生活相談員

電話番号　　０７３－４８６－０７８８

私は、本書面に基づいて、乙の職員（職名　　氏名　　）から上記サービス内容と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

（署名代行者）

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を行いました。

住　　所

氏　　名　　印

署名代行の理由

（利用者の家族等）

住　　所

氏　　名　　印

同　意　書

私及び家族は、（介護老人福祉施設緑風苑）との介護保険法に基づく施設サービス利用契約書第１３条に規定する秘密保持に関し、（介護老人福祉施設緑風苑）又は他の事業者が私に対して提供する介護サービスがより妥当適切なものとなるよう、契約の有効期間中に限り、（介護老人福祉施設緑風苑）従業者が私及び家族の個人情報をサービス担当者会議等において用いることに同意します。

年　　月　　日

社会福祉法人　和生福会
介護老人福祉施設　緑風苑

理事長　　武久　　敬洋　　殿

（利用者）住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（代理人氏名）住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（家族の代表）住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（別紙）　　料　金　表　　介護老人福祉施設　緑風苑（予防）短期入所生活介護

１.施設サービス費についての利用者負担は下表の通りです。

併設型ユニット型短期入所生活介護費Ⅰ＜ユニット型個室＞

		利用者負担 （介護報酬の１割）	利用者負担 （介護報酬の２割）	利用者負担 （介護報酬の３割）
基本報酬	要支援１	５２９単位（円）/日	１０５８円/日	１５８７円/日
	要支援２	６５６単位（円）/日	１３１２円/日	１９６８円/日
	要介護１	７０４単位（円）/日	１４０８円/日	２１１２円/日
	要介護２	７７２単位（円）/日	１５４４円/日	２３１６円/日
	要介護３	８４７単位（円）/日	１６９４円/日	２５４１円/日
	要介護４	９１８単位（円）/日	１８３６円/日	２７５４円/日
	要介護５	９８７単位（円）/日	１９７４円/日	２９６１円/日
機能訓練体制加算		１２単位（円）/日	２４円/日	３６円/日
看護体制加算Ⅲイ		１２単位（円）/日	２４円/日	３６円/日
看護体制加算Ⅳイ		２３単位（円）/日	４６円/日	６９円/日
夜勤職員配置加算Ⅳ		２０単位（円）/日	４０円/日	６０円/日
生産性向上推進体制加算Ⅱ		１０単位（円）/月	２０円/月	３０円/月
サービス提供体制強化加算Ⅰ		２２単位（円）/日	４４円/日	６６円/日
送迎加算		１８４単位（円）/片道	３６８円/片道	５５２円/片道
療養食加算		８単位（円）/１食	１６円/１食	２４円/１食
個別機能訓練加算		５６単位（円）/日	１１２円/日	１６８円/日
医療連携強化加算		５８単位（円）/日	１１６円/日	１７４円/日
口腔連携強化加算		５０単位（円）/月	１００円/月	１５０円/月
若年性認知症利用者受入加算		１２０単位（円）/日	２４０円/日	３６０円/日
認知症行動・心理症状緊急対応加算		２００単位（円）/日	４００円/日	６００円/日
緊急短期入所受入加算		９０単位（円）/日	１８０円/日	２７０円/日

２．介護職員処遇改善加算について

＊上記の介護報酬に対し、介護職員等処遇改善加算Ⅰ：所定単位数に１４%加算されます。

３.長期利用者減算について

＊３１日～６０日以内連続して利用された要介護者に関しては、１日－３０円減算されます。

＊３１日以上連続して利用された要支援者と６１日以上連続して利用された要介護者に関しては、下表の通り基本報酬の単位数が変わります。

要介護度	基本報酬（３０日以内）	基本報酬（３１日～６０日）	基本報酬（６１日以上）
要支援１	５２９単位	５０３単位	
要支援２	６５６単位	６２３単位	
要介護１	７０４単位		６７０単位
要介護２	７７２単位		７４０単位
要介護３	８４７単位		８１５単位
要介護４	９１８単位		８８６単位
要介護５	９８７単位		９５５単位

４.食費について

朝食：５５０円・昼食：５５０円・夕食：５５０円　１日１６５０円

負担限度額	
利用者負担第１段階	３００円/日
利用者負担第２段階	６００円/日
利用者負担第３段階①	１０００円/日
利用者負担第３段階②	１３００円/日

＊第１段階・第２段階・第３段階①・第４段階②の方は、介護保険からの補足給付を受けるものとします。

＊食費に関しては、今後の制度改正等に伴い変動するものとします。

５.居住費について

１日２０６６円

負担限度額	
利用者負担第１段階	８８０円/日
利用者負担第２段階	８８０円/日
利用者負担第３段階①	１３７０円/日
利用者負担第３段階②	１３７０円/日

＊第１段階・第２段階・第３段階①・第３段階②の方は、介護保険からの補足給付を受けるものとします。

＊居住費に関しては、今後の制度改正等に伴い変動するものとします。

６.理美容代

実費

７.教養娯楽費について

新聞、雑誌、BGM、遠足、誕生日会、イベント、各種レクリエーション等につきましては、当施設では施設側が負担致しますので、利用者のご負担金は必要ありません。

８.電気代

テレビ	５０円/日	冷蔵庫	５０円/日
電気毛布	５０円/日	ラジオ	１０円/日
アンカ	４０円/日	ポット	５０円/日
扇風機	３０円/日	空気洗浄機	３０円/日

緊　急　連　絡　先

利用者	フリガナ 氏名	
	生年月日	年　　月　　日
	住所 （住民票住所地）	〒
	電話	

家族	フリガナ 氏名	
	続柄	
	住所	〒
	電話	（自宅）
		（携帯）

家族	フリガナ 氏名	
	続柄	
	住所	〒
	電話	（自宅）
		（携帯）

市・保険者	市町村名	
	保険者番号	
	住所	〒
	電話	

主治医関係者	フリガナ 氏名	
	病院名	
	住所	〒
	電話	