

## 「指定介護予防短期入所生活介護事業 アル・ソーレ」

### 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。

(堺市指定 第2770104814号)

当事業所はご契約者に対して指定介護予防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。

(指定介護予防短期入所生活介護)

1. 事業所法人

「法人名」 社会福祉法人 南の風  
「代表者名」 理事長 吉川 美幸  
「法人の所在地」 堺市堺区甲斐町西2丁1-15  
「設立年月日」 平成13年7月3日

2. ご利用事業所

「事業所の種類」 指定介護予防短期入所生活介護事業所  
平成18年 4月 1日指定 大阪府第2770104814号  
「目的」 指定介護予防短期入所生活介護は、介護予防保険法に基づきご利用者が、その有する能力に応じ自立の可能性を最大限引き出せるように支援する事を目的として、日常生活を営む為に必要な居室及び共用施設等をご利用頂き、介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。  
「事業所名称」 特別養護老人ホーム アル・ソーレ  
「代表者氏名」 吉川 美幸  
「事業所連絡先」 電 話：072-222-2262（代）  
FAX：072-222-2302  
「事業所の所在地」 堺市堺区甲斐町西2丁1-15  
「運営方針」 ユニットケアの概念を取り入れ家庭的な環境の中で、ご利用者一人一人が尊重され、その人らしく生活が営める様に支援し、各ユニットで共同生活を営む事によって馴染みの関係作りを目指します。  
「ご利用定員」 5名

3. 職員の配置状況

職 種	
1 施設長	1
2 介護職員	17
3 看護職員	2
4 生活相談員	1
5 介護支援専門員	1
6 事務職員	1
7 機能訓練指導員	1
8 医師	1
9 栄養士	1
10 調理員	3

4. 居室の概要

当事業所では、ユニット型の居室ですので、総室のご利用の方でも建具を閉めると個室のようにご利用して頂けます。

5. 提供するサービス

①食 事

- ・ 管理栄養士が作成する献立表をもとに栄養面及び利用者の状態、嗜好に合わせた食事を提供し

ます。

- ・ 入所者の自立支援の為原則として離床し、食堂にて食事をして頂きます。
- ・ 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。入所者の有する能力を生かして可能な限り一般浴での入浴を目指しますが、ADLの状態本人の希望により特別浴での入浴もして頂けます。

③排泄

- ・ 各利用者の排泄パターンを把握し、身体能力を最大限に活用した援助を行います。

④送迎

- ・ ご利用者の自宅と当事業所間の送迎を行います。

## 6. 利用料金

- 1 介護予防短期入所生活介護サービスを利用した場合の料金は、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（告示上の額）によるものとし、当該介護予防短期入所生活介護が法定代理受領サービスであるときは、その1割の支払を受けるものとする。
- 2 事業者は、法定代理受領サービスに該当しない場合（償還払いになる場合）に利用者から支払を受ける利用料の額と、前項の額との間に不合理な差額が生じないようにする。
- 3 送迎に要する交通費（実施地域外の送迎の実費分）
- 4 介護保険外の料金は、下記のとおりとする。

①

		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食事代		300円	600円	1000円	1300円	1700円
居住費	個室	320円	480円	880円	880円	1800円
	多床室	0円	430円	430円	430円	915円

※ 第1～第3段階の方は、市町村から施設に補足的給付（補助）があります。

- ② 日用品費 1日 ※希望されないときは徴収いたしません。
  - ・コーヒー、紅茶、ココア、その他飲料水 100円（希望時、回数にかかわらず対応）
  - ・入れ歯洗浄剤、BOXティッシュ、ひげそり、化粧水等 30円
  - ・特別なおやつ（1日2回） 120円
- ③ 電気代 100円／1日  
※テレビ、電気毛布等を居室にて使用された方のみ
- ④ 介護予防短期入所生活介護サービスを提供するにおいて、通常必要となるもので、利用者に負担させることが適当と認められるものの費用。
- ⑤ 当日キャンセル分のみ食事代を徴収いたします。
- 5 利用料等の支払を受けたときは、利用料とその他の利用料（個別の費用ごとに区分）について記載した領収書を交付する。
- 6 介護予防短期入所生活介護サービスの提供に当たって、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、サービス内容及び費用について説明した上で、同意を得なければならない。

## 7. 利用等のお支払方法

利用料等は、1ヶ月ごとに計算し、月末締めでご請求しますので、翌月の末までに下記の方法にてお支払い下さい。

A：窓口での現金払い

B：金融機関指定口座への振り込み

C:口座振替（別途手続きが必要）

8. 緊急時における対応方法

- ・事業者は、現に介護予防短期入所生活介護サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに家族に連絡を取り施設が定めた協力医療機関吉川病院への連絡を行うとともに必要な措置を講じる。
- ・利用者に対する介護予防短期入所生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は速やかに保険者、利用者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じる。
- ・利用者に対する介護予防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う。

9. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次の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 ・ 梶崎 貴之
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 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・普及するための研修を実施しています。

10. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または、他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性・・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性・・・・身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性・・・・利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

11. 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害や地震等に対処する計画を作成し、防火管理者又は責任者を定め、消火設備、非常放送設備等の点検確認、消防法に基づき防災計画を立て年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

また、地域住民、協力医療機関や連携施設等との連携方法や支援体制について定期的に確認を行います。

大地震、自然災害、感染症の蔓延等、あらゆる不測の事態が発生しても事業を継続できるよう計画（BCP）を策定し研修の実施、訓練を定期的に行います

12. 感染症予防及び感染発生時の対応（衛生管理等を含む）

感染症の発生、または蔓延しないように必要な措置を講じるとともに、食中毒及び感染症の発生防止するための措置等について必要に応じて保健所の助言・指導を求めるとともに常に連携に努めます。

また、感染症の指針を整備し、感染症発生防止のための委員会の開催、従業者に対する研修、発生時の訓練を定期的に行います。

13. 業務継続計画の策定等について

1. 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定介護予防短期入所生活介護の提供を継続的に実施するため及び、非常時の体制で早期の業務再開をはかる為の計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
2. 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
3. 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

14. 秘密保持及び個人情報の保護

指定介護予防短期入所生活介護事業所は、サービスを提供する上で知りえた利用者及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さない。この秘密を保持する義務は、契約終了後も継続する。ご利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議においても個人情報が含まれる記録物の漏洩を防止する。

15. 指定介護予防短期入所介護に関する相談・苦情について

\* 苦情・相談受付窓口

施設長 梶崎 貴之 相談担当者 小倉 大  
TEL 072-222-2262 (代)  
FAX 072-222-2302

\* 受付時間

毎週月曜日から金曜日（祝日と年末年始を除く）

9:00～17:00

16. 行政機関、その他の苦情受付機関

\* 国民健康保険団体連合会

大阪市中央区常磐町1丁目3番8号中央通りFNビル内  
TEL 06-6949-5418

\* 堺市健康福祉局長寿社会部介護保険課

堺市堺区南瓦町3番1号  
TEL 072-228-7513

\* 堺区地域福祉課

堺市堺区南瓦町3番1号  
TEL 072-228-7477

\* 中区地域福祉課

堺市中区深井沢町2470番7号  
TEL 072-270-8195

\* 東区地域福祉課

堺市東区日置荘原寺町195番1号  
TEL 072-287-8112

\* 西区地域福祉課

堺市西区鳳東町6丁600  
TEL 072-275-1912

\* 南区地域福祉課

堺市南区桃山台1丁1番1号  
TEL 072-290-1812

\* 北区地域福祉課

堺市北区新金岡町5丁1番4号  
TEL 072-258-6771

\* 美原区地域福祉課

堺市美原区黒山167番1  
TEL 072-363-9316

令和 年 月 日

### 同意書

指定介護予防短期入所生活介護事業所のサービス提供の開始に際し、本書面に基づきご利用者に説明を行いました。

指定介護予防短期入所生活介護事業所アル・ソーレ

説明者職名

---

氏名

(印)

社会福祉法人 南の風

特別養護老人ホーム アル・ソーレ

代表者 施設長 梶崎 貴之 (印)

私は、本書面に基づいて、指定介護予防短期入所生活介護事業所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いたします。

ご利用者住所

---

氏名

(印)

代理人住所

---

氏名

(印)