

「座間味偕生園 短期入所生活介護事業所」

離島等相当介護予防短期入所生活介護 重要事項説明書

当事業所は利用者に対して離島等相当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。

改定日:令和7年2月16日

◆◆目次◆◆

1.	事業者	2
2.	事業所の概要	2
3.	職員の配置状況	3
4.	当施設が提供するサービスと利用料金	4~7
5.	身体の拘束について	7
6.	高齢者虐待防止について	7
7.	褥瘡対策について	8
8.	災害非常対策について	8
9.	事故発生の防止及び発生時の対応	8
10.	感染症対策について	8
11.	苦情の受付について	8
12.	緊急時の対応方法について	9
13.	重要説明書付属文書	9~13
14.	同意書	14

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 偕生会
- (2) 法人所在地 沖縄県那覇市首里石嶺町4丁目390番地
- (3) 電話番号 098-886-2844
- (4) 代表者氏名 理事長 安里 政晃
- (5) 設立年月日 昭和47年5月9日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 離島等相当介護予防短期入所生活介護事業所
(沖縄県第4799910023号)
- (2) 事業所の目的 当施設は、福祉サービスを必要とする者が、心身ともに健やかに育成され、又は社会、経済、文化その他のあらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるとともに、その環境、年齢及び心身の状況に応じ、地域において必要な福祉サービスを総合的に提供されるように援助することを目的とします。
- (3) 事業所の名称 座間味偕生園介護予防短期入所生活介護事業所
座間味偕生園サテライトショートステイ
- (4) 施設の所在地 沖縄県島尻郡座間味村字座間味西原434-10番地 (座間味)
沖縄県島尻郡座間味村字阿嘉89番地 (阿嘉)
- (5) 電話番号 098-987-3560 (座間味)
098-987-3321 (阿嘉)
- (6) 管理者氏名 鍋田 倫子
- (7) 運営方針 利用者の人間性、自主性を重んじ、利用者ひとり一人に添った介護サービスの提供を行ってまいります。また、地域に施設機能を開放することにより常に地域との交流の場を設け、地域社会と偕(とも)に生きることを実践してまいります。

(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 2人 (座間味)
2人 (阿嘉)
- (10) 通常の事業の実施地域 座間味村
- (11) 居室等の概要

当施設では以下の居室をご用意しています。

① 座間味事業所

居室	室数	備考
2人部屋	2室	多床室

② 阿嘉事業所

居室	室数	備考
個室	2室	1部屋は畳間

☆ 居室の変更：利用者及び契約者からの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、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、利用者及び契約者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

当施設では、利用者に対して離島等相当介護福祉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。

利用予定に応じ、他の特養施設等より必要数の職員を派遣いたします。

<主な職員の配置状況>

職 種	職員 (座間味)	職員 (阿 嘉)
1. 管理者(兼務)	1名以上	
2. 介護職員(兼務)	1名以上	1名以上
3. 生活相談員(兼務)	1名以上	1名以上
4. 看護職員(兼務)	1名以上	
5. 機能訓練指導員(兼務)	1名以上	
6. 介護支援専門員(兼務)	1名以上	

4. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて

- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 (2) 利用料金の全額を利用者及び契約者に負担いただく場合 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

がございます。

(1) 当施設が提供する基準介護サービス（契約書第4条参照）

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 居室の提供

個室又は多床室

② 食 事

- ・当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及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。

③ 入 浴

- ・入浴は利用者の希望に応じて毎日行います。

④ 排 泄

- ・排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤ 健康管理

- ・看護職員が、内服管理・血圧測定等の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、清潔で快適な生活が送れるように、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）>（契約書第7条参照）

下記の料金表によって、利用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1～3割）をお支払下さい。利用者負担の割合が記載された「介護保険負担割合証」が交付されます。サービスを利用する時は、事業者に提示してください。サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。

【個室：阿嘉】

	要支援1	要支援2
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	4,510円	5,610円
2. 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）（13.6%）	610円	760円
3. サービス利用料金合計 1+2	5,120円	6,370円
4. うち、介護保険から給付される金額（9割の場合）	4,608円	5,733円
5. サービス利用に係る自己負担額（1割負担の場合）	512円	637円
6. 食事にかかる自己負担額	1,445円	
7. 居室にかかる自己負担額	1,728円	1,728円
8. 自己負担額合 （5+6+7）	3,685円	3,810円

※介護職員等処遇改善加算についての費用計算は小数点以下切り捨てになります。

【多床室：座間味】

	要支援1	要支援2
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	4,510円	5,610円
2. 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）（13.6%）	610円	760円
3. サービス利用料金合計 1+2	5,120円	6,370円
4. うち、介護保険から給付される金額（9割の場合）	4,608円	5,733円
5. サービス利用に係る自己負担額（1割負担の場合）	512円	637円
6. 食事にかかる自己負担額	1,445円	

7. 居室にかかる自己負担	437 円	
8. 自己負担額合 (5+6+7)	2,394 円	2,519 円

※介護職員等处遇改善加算についての費用計算は小数点以下切り捨てになります。

【送迎利用料】 1回あたり(片道につき)

1. 送迎利用料	1, 840 円
2. うち介護保険から給付される金額	1, 656 円
自己負担額 (1-2)	184 円

※ただし、暴風警報発令中の送迎は行えません

※船舶を利用する場合の本人運賃分は個人負担になります。

《当施設の滞在費・食費の負担額》

施設との契約により設定されます。なお、所得の低い方には補足的な給付を行う場合に基準となる平均的な費用額は次のとおりです

負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額となります。

＜滞在費と食費の負担額：個室（阿嘉）＞

対象者		区分	滞在費	食費
生活保護受給者		利用者負担 1段階	550円	300円
老齢福祉年金受給者				
市町村民税 非課税世帯 全員が	公的年金等収入額+合計所得金額が 80万円以下の方	利用者負担 2段階	550円	600円
	公的年金等収入額+合計所得金額が 120万円以下の方	利用者負担 3段階①	1,370円	1,000円
	公的年金等収入額+合計所得金額が 120万円を超える方	利用者負担 3段階②	1,370円	1,300円
上記以外の方		利用者負担 4段階	1,728円	1,445円

＜滞在費と食費の負担額：多床室（座間味）＞

対象者	区分	滞在費	食費
-----	----	-----	----

生活保護受給者		利用者負担 1段階	0円	300円
市町村民税 非課税世帯 全員が	高齢福祉年金受給者	利用者負担 2段階	430円	600円
	公的年金等収入額+合計所得金額が 80万円以下の方	利用者負担 3段階①	430円	1,000円
	公的年金等収入額+合計所得金額が 120万円以下の方	利用者負担 3段階②	430円	1,300円
上記以外の方		利用者負担 4段階	437円	1,445円

☆ 利用者がま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る場合、利用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。

☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

(2) 当施設が提供できる基準外サービス（契約書第5条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者及び契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 特別な食事（酒を含みます）

利用者及び契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

② レクリエーション、クラブ活動

利用者及び契約者の希望によりレクリエーションや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。

③ 複写物の交付

利用者及び契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をいただきます。

1枚につき 10円

④ 日常生活上必要となる諸費用実費

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。

(3) 利用料のお支払方法（契約書第7条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は、後日ご利用期間分の合計金額の請求書を送付いたしますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア. 窓口での現金支払い

イ. 下記指定口座への振込

社会福祉法人 偕生会

理事長 安里 政晃

沖縄銀行 石嶺支店 普通預金 1514362

ウ. 金融機関口座から自動引き落とし（1回に着き110円の手数料がかかります）

ご利用できる金融機関：沖縄銀行、琉球銀行、農業協同組合、郵便局

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第8条参照)

- 利用予定期間の前に、利用者及び契約者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用の中止又は変更、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実施の前日までに事業者申し出て下さい。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、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。但し利用者の体調不良等正当な理由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
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10% (自己負担相当額)

※ 但し、緊急の場合は、ご相談に応じます。

- 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及び契約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、既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. 身体拘束について (契約書第12条参照)

当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を廃止しています。但し、当該入所者または他の入所者等の生命または身体の保護、事故の危険がある場合等やむを得なく身体拘束を行う場合があります。その場合は、必要な理由を記載し、家族の同意を得て対応いたします。

6. 高齢者虐待の防止について

1. 当事業所は、利用者の人権の養護・虐待の防止等の為次の措置を講ずる物とする。
 - (1) 虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従事者に周知徹底を図るものとする。
 - (2) 虐待防止の為の指針を整備するものとする。
 - (3) 虐待を防止する為の従業者の人権意識の向上や知識・技術のための研修を実施する。
 - (4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置くものとする。
2. 従業者が支援に当たって新任職員及び業務上のストレス・悩み相談のある職員には悩みを相談できる体制を整備する。"

7. 褥瘡対策について（契約書第13条参照）

当施設は、利用者に対し良質なサービスを提供する取り組みとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針（別添）を定め、その発生を防止するための態勢を整えています。

8. 非常災害対策

施設長又は防災管理者は、非常災害その他緊急事態に備えるべき措置についてあらかじめ予防対策を定め、それを点検するとともに、毎年2回入所者及び職員間で消防訓練を行なうものとする。

9. 事故発生の防止及び発生時の対応（契約書第14条参照）

- (1) 当施設は、安全かつ適切に、質の高い介護サービスを提供するために、事故発生の防止の指針（別途）を定め、介護事故を防止するため態勢を整えています。また、サービス提供等に事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を行います。
- (2) 施設嘱託医の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断された場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼いたします。

10. 感染症対策（契約書第15条参照）

当施設は、感染症が発生し又はまん延しないように、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針（別途）を定め、必要な措置を講ずるための態勢を整えています。

11. 苦情の受付について（契約書第25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。

- 苦情解決責任者
担当者：鍋田 倫子 電話098-987-3560
- 苦情受付担当者
担当者：宮平 三枝子
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

座間味村役場 住民課	所在地：島尻郡座間味村字座間味109 連絡先：098-896-4045 受付時間：9：00～17：00（土・日・祝祭日除く）
沖縄県国民健康 保険団体連合会	所在地：那覇市西3丁目14番地18号 電話番号：098-860-9026（電話・FAX兼用） 受付時間：9：00～17：00（土・日・祝祭日除く）
沖縄県介護保険 広域連合	所在地：読谷村字比謝江55番地 電話番号：098-911-7502（代表） 受付時間：9：00～17：00（土・日・祝祭日除く）

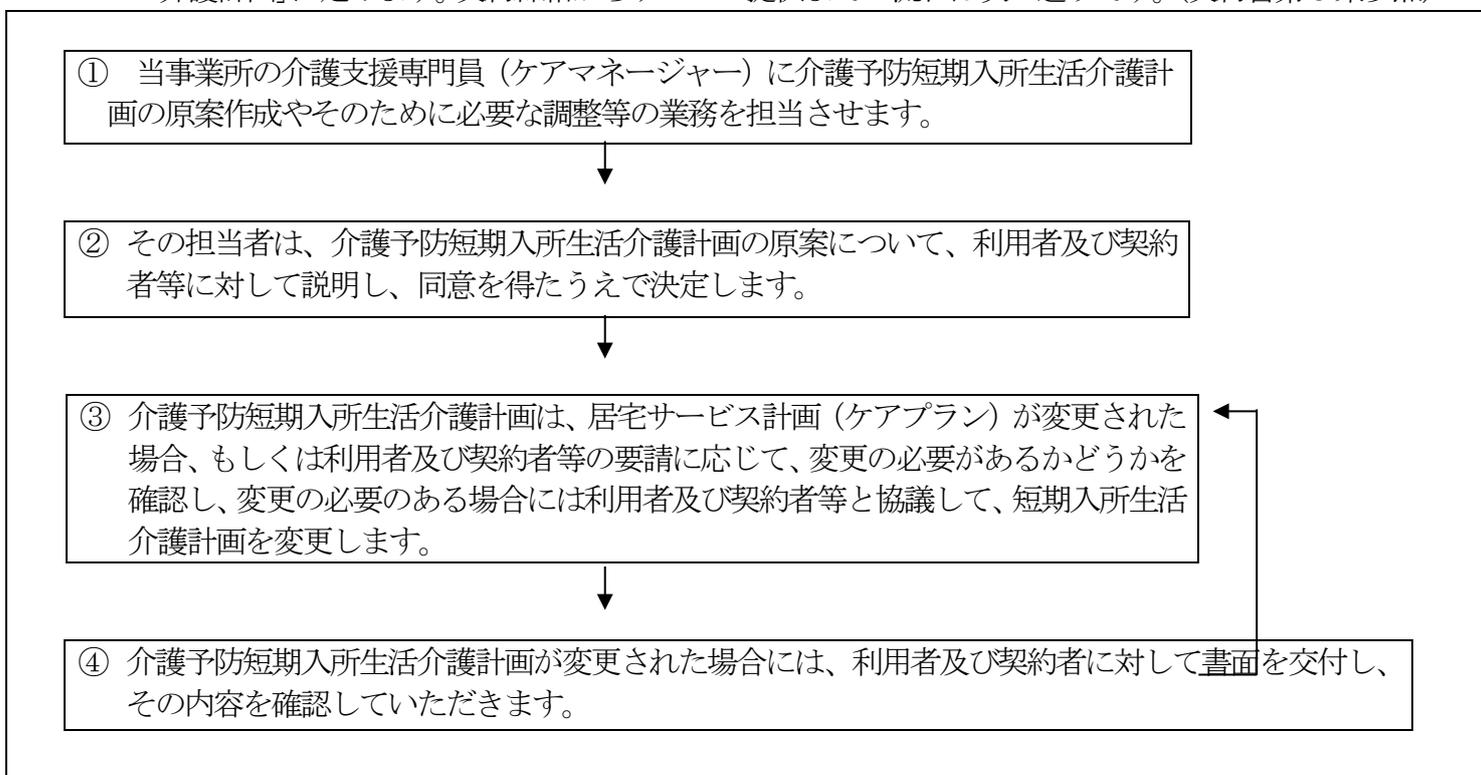
12. 緊急時の対応方法について

介護従事者等は、介護予防短期入所生活介護を実施中に、利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を行うとともに、管理者に報告します。介護予防短期入所生活介護の実施中に、天災その他の災害が発生した場合、介護従事者等は、必要によりサービス利用者の避難等の措置を行う他、管理者に連絡の上その指示に従います。

<重要事項説明書付属文書>

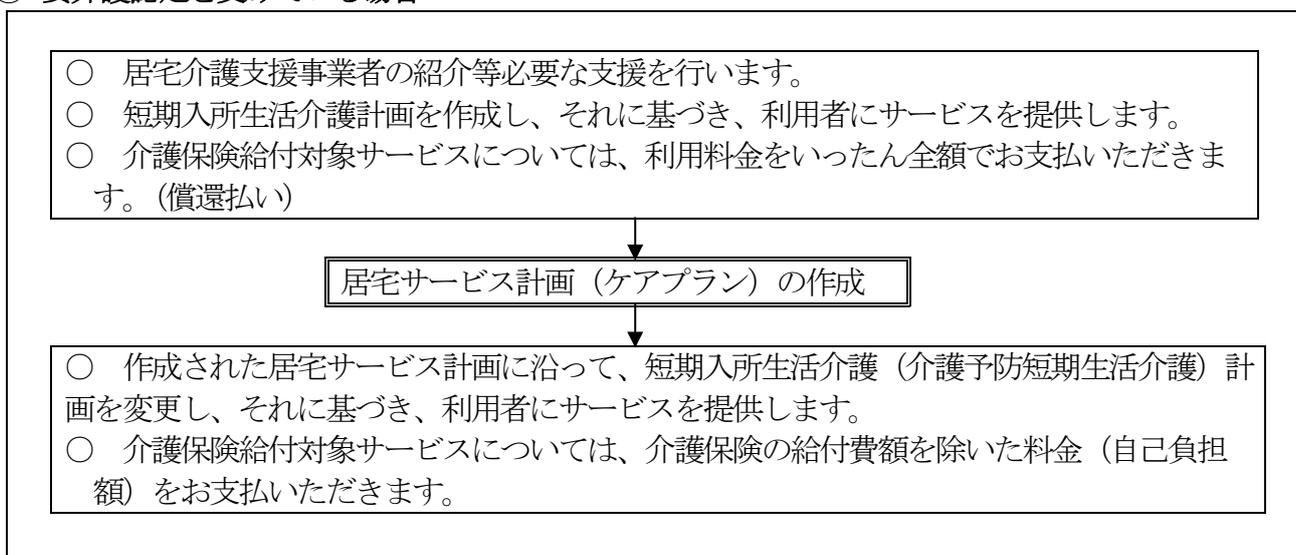
1. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) 利用者に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「介護予防短期入所生活介護計画」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通りです。(契約書第3条参照)

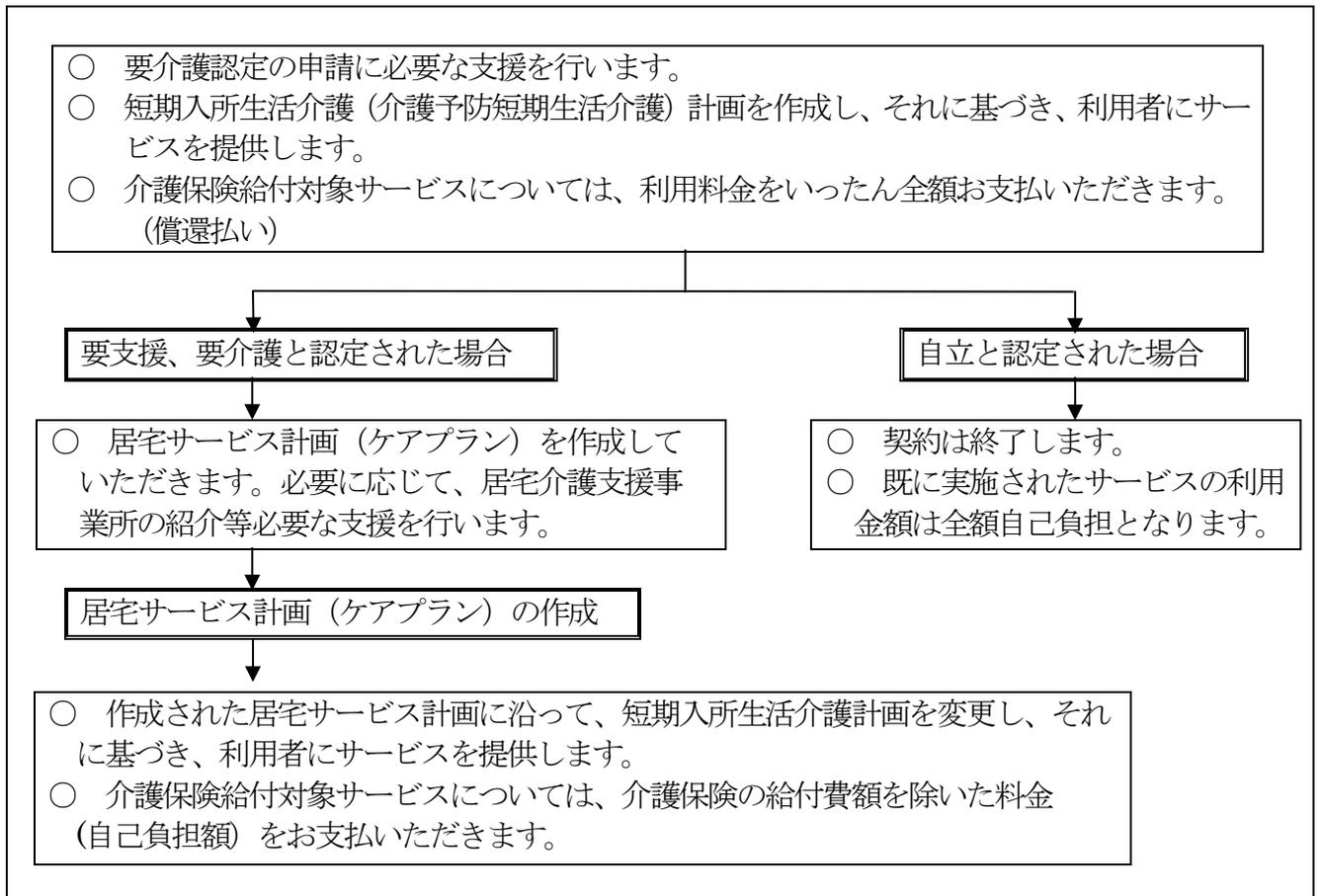


(2) 利用者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

① 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



2. サービス提供における事業者の義務（契約書第10条、第11条参照）

当施設は、利用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 利用者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。
- ② 利用者の体調、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うえ、利用者から聴取、確認します。
- ③ 利用者へ提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、利用者または契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ 利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。
 ただし、利用者又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、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ 利用者へのサービス提供時において、利用者へ病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかにご家族への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者又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、利用者へ緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に利用者の心身等の情報を提供します。

3. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、

安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持込の制限

入所にあたり、危険物は原則として持ち込むことができません。

(2) 施設・設備の使用上の注意（契約書第 16 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、又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、利用者及び契約者の自己負担により現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。
- 利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- 当施設の職員や他の入所者に対し、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。

4. 損害賠償について（契約書第 17 条、第 18 条参照）

当施設において、事業者の責任により利用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、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

5. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 2 日前までに契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に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 20 条参照）

- ① 利用者が死亡した場合
- ② 要介護認定により利用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、利用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 利用者及び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 21 条、第 22 条参照）

契約の有効期間であっても、利用者及び契約者から利用契約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 利用者が入院された場合
- ③ 利用者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④ 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短期入所生活介護サービスを実施しない場合
- ⑤ 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
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失等により利用者の身体・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
- ⑦ 他の利用者が利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つけられ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) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 23 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① 利用者及び契約者が、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 利用者及び契約者による、サービス利用料金の支払が6ヶ月以上遅延し、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
利用者及び契約者が、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生命・身体・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

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第 20 条参照）

契約が終了する場合には、事業者は利用者の心身の状況、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。

令和 年 月 日

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。

総合ケアセンター 座間味偕生園 介護予防短期入所生活介護事業所

氏名： _____ 印

本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所： 座間味村字座間味 _____

氏名： _____ 印

家族(代理人) 住所： 座間味村字座間味 _____

氏名： _____ 印

連帯保証人 住所： 座間味村字座間味 _____

氏名： _____ 印

(本人との関係) _____)