

重要事項説明書

指定短期入所生活介護（ショートステイ）

当事業所は介護保険の指定を受けています。

（事業者番号 2874100346）

当事業所は、ご契約に対して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通り説明します。

1. 事業者

- | | |
|----------|---------------------|
| （１）法人名 | 社会福祉法人いぼがわ福祉センター |
| （２）法人所在地 | 兵庫県たつの市揖保川町半田608番地1 |
| （３）電話番号 | 0791-72-6600（代） |
| （４）代表者氏名 | 理事長 古橋淳夫 |
| （５）設立年月日 | 平成5年4月1日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-------------|---|
| （１）建物の構造 | 鉄筋コンクリート造瓦葺き2階建て |
| （２）建物の延べ床面積 | 3016㎡ |
| （３）施設の周辺環境 | 揖保川町東部に位置し、揖保川沿いに風光明媚な静かなよい環境に恵まれております。特に2km南に国道2号線、山陽本線が走り交通は便利です。 |

3. 事業所の説明

- | | |
|------------|----------------------------|
| （１）施設の種類 | |
| 指定介護老人福祉施設 | ・平成12年4月1日指定指令福兵庫県第6号2 |
| 指定短期入所生活介護 | ・平成12年4月1日兵庫県指令長第1999-1720 |
| 指定通所介護事業所 | ・平成12年4月1日兵庫県指令長第1999-2298 |
| 居宅介護支援事業所 | ・平成12年4月1日兵庫県指令長第1999-549 |
- * 各事業所は特別養護老人ホームいぼがわ荘に併設されています。

(2) 施設の目的

介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）の家族の方が、病気・冠婚葬祭・旅行・介護疲れなどの事情で、一時的に介護ができなくなったとき、短期間日常生活を営むことが出来るように支援することを目的として、必要な居室および共用施設などをご利用いただき、介護予防（ショートステイ）サービスを提供します。

(3) 施設の名称 特別養護老人ホームいぼがわ荘

(4) 施設の所在地 兵庫県たつの市揖保川町半田608番地1

交通機関 *山陽自動車道龍野IC下車、龍野大橋を渡り国道2号線
方面へ曲がって10分

*国道2号線、正條交差点を龍野方面へ曲がって10分

(5) 電話番号 0791-72-6600 (代)

FAX番号 0791-72-5750

(6) 施設長（管理者）氏名 山本孝子

(7) 当施設の運営方針

家庭的な温かい心遣いで心身の健康に留意し快適で安らぎと暖かさを感じ、そして自由な生活ができる環境づくりに努めると共に、お年寄りに明るく生きがいのある老後、ゆとりのある生活を送っていただけるよう、心から接し、心の安らぎを大切にさせていただくよう努めます。

(8) 開設（サービス開始）年月 平成5年4月12日

(9) 利用定員 5名（空床利用 特別養護老人ホーム定員まで）

(10) 通常送迎の実施地域 たつの市・太子町

4. 施設利用対象者

(1) 介護保険制度における要介護度認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

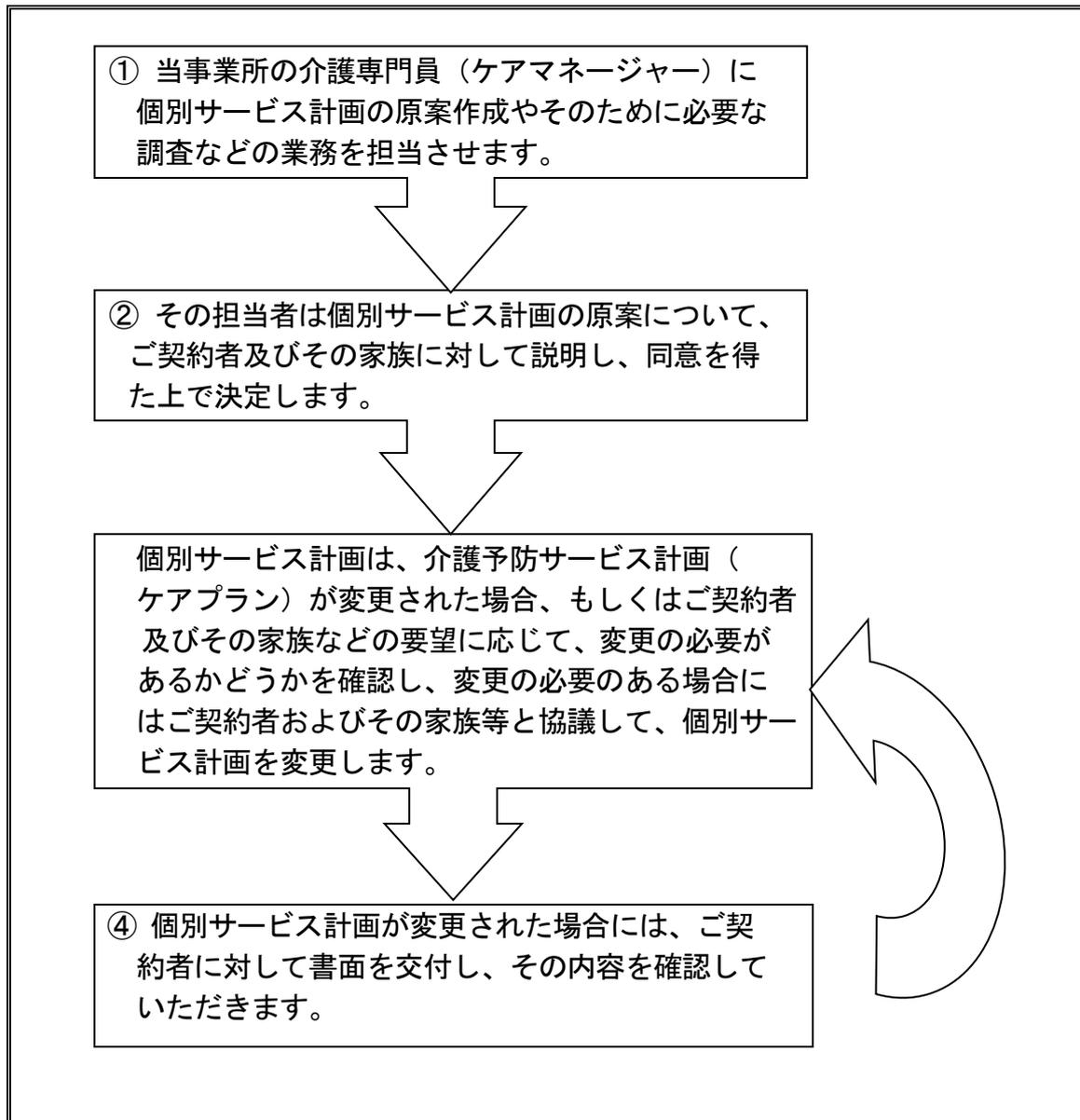
(2) 短期入所生活介護での利用に際しまして、事業者から感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出をお願いする場合があります。このような場合には、利用者は、これにご協力下さるようお願いいたします。

また、入院加療を要する病状や感染症を有し、他の入所者に重大な影響を与える恐れがあるようなやむを得ない場合には、治癒するまでは利用を断る場合があります。

5. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご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それぞれのサービスに係る個別サービス計画に定めます。

契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。



6. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。

(特養と共用)

居室・設備の種類	室数	面積㎡	備 考
個室（1人部屋）	16室	17.63	従来型個室（居室内トイレ・洗面所）
2人部屋	13室	19.16	多床室（居室内洗面所）
4人部屋	7室	36.54	多床室（居室内洗面所）
合 計	36室		
食 堂	1室	191.75	舞台・液晶ビジョンカラオケ
機能訓練室	1室	34.35	歩行訓練用階段・肩関節運動器
浴 室	1室	46.94	機械浴・特殊浴槽・シャワー浴
医 務 室	1室	18.72	車椅子体重計・シャーカステン
静 養 室	1室	17.90	電動ベッド

★居室の変更： ご契約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施設でその可否を決定します。また、ご契約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、ご契約者や家族等と協議のうえ決定するものとします。

7. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護福祉施設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。

職 種	配 置	備 考
1. 施設長（管理者）	1名	
2. 生活相談員	1名以上	
3. 介護支援専門員	1名以上	
4. 看護職員	3名以上	常勤換算法による内1名は常勤
5. 介護職員	24名以上	常勤換算法による。
6. 医師（嘱託医・精神科医）	2名	
7. 機能訓練指導員（兼務）	1名以上	
8. 栄養士又は管理栄養士	1名以上	

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 医師	毎週火・金曜日 12:30～14:00 隔週 水曜日 12:30～14:00
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早 出 7:00～15:30 3名 日 勤 8:45～17:15 3名 遅 出 10:30～19:00 3名 夜 勤 17:00～ 9:45 3名
3. 看護職員 4. 介護支援専門員 5. 生活相談員	標準的な時間帯における最低配置人員 日 勤 8:45～17:15

<日 課>

時間	内 容
4	巡回
5	排泄介助
6	洗面介助
7	起床
8	朝食
9	
10	入浴 (月～土曜日)
11	
12	昼食
13	
14	レクリエーション・クラブ活動
15	おやつ
16	排泄介助
17	
18	夕食
19	
20	排泄介助
21	就寝
22	巡回
23	
24	巡回
0	
1	
2	巡回
3	

8. 提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（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、栄養並びにご契約者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約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 ~ 9 : 00
 昼 食 12 : 00 ~ 13 : 00
 夕 食 18 : 00 ~ 19 : 00

② 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③ 排泄

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

④ 健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑤ 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。

<サービスの利用料金（1日あたり）>

下記の料金表によって、ご契約者の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）をお支払い下さい。

（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。）

下記のサービス利用料金表の（ ）内は、加算を含んだ料金を記載しています。

加算の内容としましては、職員配置体制等により、サービス提供強化加算（Ⅰ）220円、夜勤職員配置加算150円、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（所定単位数の14%）となっております。

短期入所生活介護サービス利用料金

令和6年 8月

<多床室の場合>1日あたり

単位：円

要介護度	1	2	3	4	5
1. サービス 利用料金	6,030 (7,296)	6,720 (8,082)	7,450 (8,914)	8,150 (9,712)	8,840 (10,499)
2. 自己負担額 1割負担	(729)	(808)	(891)	(971)	(1,049)
3. 自己負担額 2割負担	(1,458)	(1,616)	(1,782)	(1,942)	(2,098)
4. 自己負担額 3割負担	(2,187)	(2,424)	(2,673)	(2,913)	(3,147)
5. 居住費	915				
6. 食費	1,545 (朝食 335 昼食 675 夕食 535)				
7. 1割自己負担 合計額 (2+5+6)	(3,189)	(3,268)	(3,351)	(3,431)	(3,509)
8. 2割自己負担 合計額 (3+5+6)	(3,918)	(4,076)	(4,242)	(4,402)	(4,558)
9. 3割自己負担 合計額 (4+5+6)	(4,647)	(4,884)	(5,133)	(5,373)	(5,607)

<従来型個室の場合>

単位：円

要介護度	1	2	3	4	5
1. サービス 利用料金	6,030 (7,296)	6,720 (8,082)	7,450 (8,914)	8,150 (9,712)	8,840 (10,499)
2. 自己負担額 1割負担	(729)	(808)	(891)	(971)	(1,049)
3. 自己負担額 2割負担	(1,458)	(1,616)	(1,782)	(1,942)	(2,098)
4. 自己負担額 3割負担額	(2,187)	(2,424)	(2,673)	(2,913)	(3,147)
5. 居住費	1, 2 3 1				
6. 食費	1, 5 4 5 (朝食 335 昼食 675 夕食 535)				
7. 1割自己負担 合計額 (2+5+6)	(3,505)	(3,584)	(3,667)	(3,747)	(3,825)
8. 2割自己負担 合計額 (3+5+6)	(4,234)	(4,392)	(4,558)	(4,718)	(4,874)
9. 3割自己負担 合計額 (4+5+6)	(4,963)	(5,200)	(5,449)	(5,689)	(5,923)

なお、保険者（市区町村）への申請により介護保険負担限度額の認定を受けている方は、所得に応じて利用者負担の軽減措置がありますので、実際に負担いただく額は、次の表のとおりとなります。

介護保険負担限度額認定者のサービス利用料金

○制度対象者と利用者負担段階

利用者 負担段階	対象者		
第1段階	生活保護受給者		
第2段階	世帯の全員（世帯を分離している配偶者を含む）が 市民税非課税	本人の年金収入額＋その他の 合計所得金額 80 万円以下	かつ、預貯金等の合計が 650 万円（夫婦は 1, 650 万円）以下
第3段階①		本人の年金収入額＋その他の 合計所得金額 80 万円超 120 万 円以下	かつ、預貯金等の合計が 550 万円（夫婦は 1, 550 万円）以下
第3段階②		本人の年金収入額＋その他の 合計所得金額 120 万円超	かつ、預貯金等の合計が 500 万円（夫婦は 1, 500 万円）以下

※年金収入額には老齢年金などの課税年金だけではなく、非課税年金（遺族年金、障害年金）も含む。

※その他の合計所得金額は、譲渡所得に係る特別控除を除く。

※その他の合計所得金額に給与所得が含まれている場合には、所得金額調整控除適用前の給与所得から 10 万円を控除した後の金額を用いる。

※65 歳未満の人は、収入等に関係なく、預貯金等の合計は、1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下。

<多床室の場合>

（利用者負担第1段階：例）生活保護受給者（公費助成あり）

単位：円

要介護度	1	2	3	4	5
1. サービス 利用料金	6,030 (7,296)	6,720 (8,082)	7,450 (8,914)	8,150 (9,712)	8,840 (10,499)
2. 自己負担額 1割負担	(729)	(808)	(891)	(971)	(1,049)
3. 居住費	0				
4. 食費	300				
5. 自己負担 合計額 (2+3+4)	(1,029)	(1,108)	(1,191)	(1,271)	(1,349)

(利用者負担第2段階：例) 年金80万円以下の者

単位：円

要介護度	1	2	3	4	5
1. サービス 利用料金	6,030 (7,296)	6,720 (8,082)	7,450 (8,914)	8,150 (9,712)	8,840 (10,499)
2. 自己負担額 1割負担	(729)	(808)	(891)	(971)	(1,049)
3. 居住費	430				
4. 食費	600				
5. 自己負担 合計額 (2+3+4)	(1,759)	(1,838)	(1,921)	(2,001)	(2,079)

(利用者負担第3段階①：例) 年金80万円超120万円以下の者

単位：円

要介護度	1	2	3	4	5
1. サービス 利用料金	6,030 (7,296)	6,720 (8,082)	7,450 (8,914)	8,150 (9,712)	8,840 (10,499)
2. 自己負担額 1割負担	(729)	(808)	(891)	(971)	(1,049)
3. 居住費	430				
4. 食費	1,000				
5. 自己負担 合計額 (2+3+4)	(2,159)	(2,238)	(2,321)	(2,401)	(2,479)

(利用者負担第3段階②：例) 年金120万円超の者

単位：円

要介護度	1	2	3	4	5
1. サービス 利用料金	6,030 (7,296)	6,720 (8,082)	7,450 (8,914)	8,150 (9,712)	8,840 (10,499)
2. 自己負担額 1割負担	(729)	(808)	(891)	(971)	(1,049)
3. 居住費	430				
4. 食費	1,300				
5. 自己負担 合計額 (2+3+4)	(2,459)	(2,538)	(2,621)	(2,701)	(2,779)

＜従来型個室の場合＞

(利用者負担第1段階：例) 生活保護受給者 (公費助成あり) 単位：円

要介護度	1	2	3	4	5
1. サービス 利用料金	6,030 (7,296)	6,720 (8,082)	7,450 (8,914)	8,150 (9,712)	8,840 (10,499)
2. 自己負担額 1割負担	(729)	(808)	(891)	(971)	(1,049)
3. 居住費	380				
4. 食費	300				
5. 自己負担額 合計 (2+3+4)	(1,409)	(1,488)	(1,571)	(1,651)	(1,729)

(利用者負担第2段階：例) 年金80万円以下の者 単位：円

要介護度	1	2	3	4	5
1. サービス 利用料金	6,030 (7,296)	6,720 (8,082)	7,450 (8,914)	8,150 (9,712)	8,840 (10,499)
2. 自己負担額 1割負担	(729)	(808)	(891)	(971)	(1,049)
3. 居住費	480				
4. 食費	600				
5. 自己負担額 合計 (2+3+4)	(1,809)	(1,888)	(1,971)	(2,051)	(2,129)

(利用者負担第3段階①：例) 年金80万円超120万円以下の者 単位：円

要介護度	1	2	3	4	5
1. サービス 利用料金	6,030 (7,296)	6,720 (8,082)	7,450 (8,914)	8,150 (9,712)	8,840 (10,499)
2. 自己負担額 1割負担	(729)	(808)	(891)	(971)	(1,049)
3. 居住費	880				
4. 食費	1,000				
5. 自己負担額 合計 (2+3+4)	(2,609)	(2,688)	(2,771)	(2,851)	(2,929)

(利用者負担第3段階②) : 例) 年金120万円超の者

単位 : 円

要介護度	1	2	3	4	5
1. サービス 利用料金	6,030 (7,296)	6,720 (8,082)	7,450 (8,914)	8,150 (9,712)	8,840 (10,499)
2. 自己負担額 1割負担	(729)	(808)	(891)	(971)	(1,049)
3. 居住費	880				
4. 食費	1,300				
5. 自己負担額 合計 (2+3+4)	(2,909)	(2,988)	(3,071)	(3,151)	(3,229)

- 交通費 送迎区域・・・たつの市・太子町
上記の地域の方で、お住まいと当施設間の送迎を利用される場合は片道184単位加算されます。
その他の区域・・・実費をお支払いいただきます。
- 減算について 連続して30日を超えて入所される時、60日まで1日30単位の減算、61日以降は更に20単位減算となります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

- ① 介護保険給付の支給限度額を超えてサービス
介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の全額（自己負担額ではありません）が必要となります。
- ② 契約者が使用する居室料
ご契約者のご利用いただく居室を提供します。
利用料金：居室に係る利用料金は、以下のとおりとします。（1日あたり）

居室別料金表

居室別	居室料金
多床室	915円
従来型個室	1,231円

③ 契約者の食事の提供

ご契約者の栄養状態に適した食事を提供します。

利用料金： 朝食335円・昼食675円・夕食535円

但し、隔週木曜日のおやつ販売・喫茶の利用料金は、実費をいただきます。

④ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーション、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。

⑤ 理髪サービス

1ヶ月に1回、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

1回 2,000円

* 経済状況の変化、その他やむを得ない事由がある場合は、相当額に変更する事があります。その場合変更の内容と変更する事由について、変更を行う1ヵ月前までに文書でご説明します。

⑥ 利用期間中に受けられた診療費

利用料金：実費

(3) 利用料金のお支払い方法

其の月のサービス利用終了後に請求書(兼)領収書を発行いたしますので、退所時にお支払い下さい。

9. 緊急時における対応

利用者の病状の急変が生じた場合や事故が発生した場合、その他必要な場合は速やかに利用者の家族、主治医、協力医療機関への連絡を行うなどの必要な措置を講じる。

10. 非常災害対策

消火器・スプリンクラー・消火栓の設置と非常災害に備えて避難、救出、夜間想定を含めその他必要な訓練を消防署立ち会いのもと年2回以上する。

1 1. 業務継続計画の策定等

感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

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実施するものとする。

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うものとする。

1 2. 身体拘束について

生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き身体拘束は行いません。ただし緊急やむを得ず利用者の行動を制限する場合は、利用者及び身元引受人に対し行動で制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分に説明し、同意のもとに身体拘束中の経過を記録、解除につながるよう努めます。

1 3. 虐待の防止等

利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる事項を実施する。

(1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図る。

(2) 虐待防止のための指針を整備する。

(3) 虐待を防止するための定期的な研修を実施する。

1 4. ハラスメントの防止対策

就労する職員の安全確保と安心できる労働環境が維持できるよう介護現場でのハラスメントの防止に向け取り組みます。

15. 契約の終了について

(1) ご契約者からの退所の申し出

- 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 施設の運営規定の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が入院された場合
- 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によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しく不信行為、その他本契約を継続しがたい重要な事情が認められる場合
- ⑦ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用などを傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応を取らない場合
- ⑧ 利用者の「居宅サービス計画」が変更された場合

(2) 事業者からの申し出

- ① ご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 ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間をさだめた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご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
- ④ 契約者の行為が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、あるいは、契約者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

16. 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窓口で受け付けます。

〔職名〕 施設長 山本孝子

○電話番号 0791-72-6600

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

8:45～17:15

(2) 行政機関その他苦情受付機関

国民健康保険 団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号 (078) 332-5617 FAX番号 (078) 332-5650 受付時間 月～金 9:00～17:15
介護保険担当課	所在地 揖保川総合支所健康福祉課 電話番号 (0791) 72-2524(代) 受付時間 9:00～17:00

17. 損害賠償について

- (1) 当事業所において、事業者の責任によりご契約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、契約者側に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

- (2) 事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。

とりわけ以下の各号に該当する場合は、事業者は損害賠償責任を免れます。

- ① 契約者（その家族も含む）が、契約締結に際し、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ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ② 契約者（その家族も含む）が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ③ 契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合

18. 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) 持ち込みの制限

大型家具、ペット、危険物、現金、その他利用時にお尋ね下さい。

- (2) 面会

面会時間 9:00～17:00

令和 年 月 日

短期入所生活介護サービス（ショートステイ）の提供に際し、書面に基づき重要事項の説明を行いました。

いぼがわ荘短期入所生活介護事業所

説明者職名 生活相談員
氏 名

印

私達は、事業者からの重要事項の説明を受け、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（利用者）

住 所

氏 名

印

身元引受人

住 所

氏 名

印

（契約者との続柄 ）

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、短期入所生活介護サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住 所

氏 名

印

（契約者との続柄 ）

* 立会人

住 所

氏 名

印

（契約者との続柄 ）