

(介護予防) 短期入所生活介護 重要事項説明書

(令和8年8月改定)

(介護予防) 短期入所生活介護を提供するにあたり、事業所の概要や提供するサービス内容、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。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 北星会
主たる事務所の所在地	京都府宮津市字宮村1277番地
代表者（職名・氏名）	理事長 今出 陽一朗
設 立 年 月 日	昭和51年10月 8日
電 話 番 号	0772-22-8233

2. 事業所の概要

事業所の名称	(介護予防) 与謝の園短期入所生活介護事業所		
事業所の所在地	京都府与謝郡与謝野町字明石2120番地		
電話番号	0772-42-0051		
FAX番号	0772-42-0052		
指定年月日・事業所番号	平成12年4月1日 (介護予防) 平成18年4月1日	第2672000094号	
管理者の氏名	前田 重人		
利用定員	15名 (与謝の園介護予防短期入所生活介護事業所利用人員を含む)		
通常の事業の実施地域	京都府与謝郡与謝野町全域		
併設事業所	特別養護老人ホーム与謝の園 与謝の園通所介護事業所 与謝の園訪問介護事業所 与謝の園訪問入浴介護事業所 与謝の園居宅介護支援事業所		
第三者評価の実施の有無	有	実施した直近の年月日	令和8年1月26日
実施した評価機関の名称	NPO 法人 カロア	評価結果の開示状況	有

3. 運営の方針

事業所の従業者は、要支援者又は要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように入浴、排泄、食事等の介護その他日常

生活上の世話及び機能訓練を行い、利用者家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることに努めます。事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者に寄り添い、支え合うユニットケアサービスを提供するとともに、行政機関はもとより指定（介護予防）居宅介護支援事業所、その他地域の保健医療、福祉サービス関係機関と連携し、親切で家庭的な短期入所サービスの提供を行います。

4. 主な職員の配置状況

職 種	員数	
管理者	1 名	介護老人福祉施設長が兼務
医師	1 名	介護老人福祉施設嘱託医が兼務
生活相談員	1 名	介護老人福祉施設生活相談員が兼務
看護職員	1 名以上	介護老人福祉施設看護職員が兼務
介護職員	5 名以上	
管理栄養士	1 名以上	介護老人福祉施設管理栄養士が兼務
機能訓練指導員	1 名	介護老人福祉施設機能訓練指導員が兼務
調理職員	1 名以上	介護老人福祉施設調理職員が兼務
介護支援専門員	1 名以上	介護老人福祉施設介護支援専門員が兼務

5. 提供するサービスの内容

（１）食事

管理栄養士の作成した献立表により、栄養並びに契約者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。また、契約者の自立支援のため、離床してユニット内の食堂で食事を摂っていただくことを原則としています。

①食事時間

朝食 午前 7 時 3 0 分～午前 8 時 3 0 分

昼食 午後 0 時 0 0 分～午後 1 時 0 0 分

夕食 午後 6 時 0 0 分～午後 7 時 0 0 分

（２）入浴・整容

入浴は週 2 回を原則とし、身体状況に応じた個浴又は特殊浴槽（寝たまま入れるお風呂）を使用して入浴していただきます。なお、体調不良により入浴ができない場合は清拭を行います。口腔ケアは、食後・起床時・就寝前等必要に応じて行います。

（３）排泄

排泄の自立を促すため、可能な限りトイレを使用し、契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

（４）機能訓練

契約者の心身状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又は減退を防止するための訓練を機能訓練指導員（看護師等）が実施します。

(5) 健康管理

看護職員が随時医師の指導のもとに健康管理を行います。

(6) その他の自立支援

①寝たきり防止のため、離床（食事、レクリエーション、趣味活動、機能訓練、社会参加活動等）を行います

②生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行います。

③清潔で快適な生活が送られるよう、適切な整容を援助します。

6. 利用料等

サービスを利用した場合のお支払いいただく利用料は、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。ただし、支払方法が償還払いとなる場合は、いったん利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

(1) 基本利用料

負担割合	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 割	529 円	656 円	704 円	772 円	847 円	918 円	987 円
2 割	1,058 円	1,312 円	1,408 円	1,544 円	1,694 円	1,836 円	1,974 円
3 割	1,587 円	1,968 円	2,112 円	2,316 円	2,541 円	2,754 円	2,961 円

(2) 滞在費・食費

	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	第 4 段階
滞在費	880 円	880 円	1,370 円	1,470 円	2,066 円
食 費	300 円	600 円	1,030 円	1,360 円	1,645 円

※食費 1,645 円／日（朝 285 円・昼 675 円・夕 685 円）

※所得段階に応じた減免制度の適用を受けるためには、市町村から交付される「介護保険負担限度額認定証」が必要です。

(3) 加算

短期入所生活介護事業所

加算略称	1 割負担	2 割負担	3 割負担
送迎加算（片道 1 回につき）	184 円／日	368 円／日	552 円／日
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 円／日	44 円／日	66 円／日
夜勤職員配置加算（Ⅱ）	18 円／日	36 円／日	54 円／日
在宅中重度者受入加算Ⅳ	425 円／日	850 円／日	1275 円／日
緊急短期入所受入加算 （最大 7 日または 14 日）	90 円／日	180 円／日	270 円／日
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10 円／日	20 円／日	30 円／日
処遇改善加算（Ⅰ）ロ	所定単位数×176／1000に相当する額		

介護予防短期入所生活介護事業所

加算略称	1 割負担	2 割負担	3 割負担
送迎加算（片道 1 回につき）	184 円／日	368 円／日	552 円／日
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 円／日	44 円／日	66 円／日
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10 円／日	20 円／日	30 円／日
処遇改善加算（Ⅰ）ロ	所定単位数×176／1000に相当する額		

※上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料等を書面でお知らせします。

※介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただく事となりますのでご注意ください。

※上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

（４）その他費用

おやつ代	108 円／日(内消費税 8 円)
交通費	通常の事業実施地域を越えて行う送迎に係る費用 事業実施地域の境界から片道概ね 30 km 未満 1 回 500 円 事業実施地域の境界から片道概ね 30 km 以上 1 回 700 円
複写物の交付	20 円／枚
理美容代	実費 ご依頼による理美容サービス利用
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の周り品やレクリエーション活動費用などに要する費用）について、費用の実費をいただきます。

（５）キャンセル料

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をいただく場合があります。ただし、ご契約者の体調不良等のやむを得ない事由がある場合は、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
- ・利用予定日の当日申し出があった場合……………利用初日分の自己負担相当額

（６）社会福祉法人による利用者負担の軽減制度

事業所では、社会福祉法人による利用者負担の軽減を行っております。市町が発行する「社会福祉法人利用者負担金軽減確認証」を事業所に提示していただくことが必要となり、提示いただいた月の利用者負担金から当該確認証に記載された率を軽減します。軽減の申請等、詳しくは各市町の介護保険担当までお問い合わせください。

(7) 利用料金の支払い方法

料金は、1カ月ごとに計算し、請求しますので、翌月25日までに、次のいずれかの方法でお支払いください。お支払方法は、現金払いもしくは下記金融機関のうち、指定された預金口座からの自動振替によるお支払いをお願いします。

・京都銀行 ・京都北都信用金庫 ・ゆうちょ銀行 ・京都農業協同組合

※なお、振替日は毎月25日（25日が金融機関休業日の場合は翌営業日）となります。

7. 個人情報の保護について

事業所は、契約者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

8. 緊急時における対応方法

契約者がサービス利用中に心身の状態が急変した場合は、かかりつけ医師の医学的判断により、関係医療機関に必要な措置をとると共に速やかに家族及び関係機関等に連絡します。

9. 事故発生時の対応

サービス提供中、事故が発生した場合、迅速に応急措置をとり、速やかにかかりつけ医に医学的指示を仰ぎ必要な措置を講じるとともに家族及び関係機関に連絡します。また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。

10. 非常災害対策及び業務継続計画（BCP）の策定

- ・事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する具体的な防災計画を作成します。
- ・事業所は、防災計画に基づき、年2回以上利用者及び従業者等の避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ・事業所は、感染症の流行や自然災害の発生時においても、利用者に必要なサービスを継続的に提供し、早期復旧を図るための業務継続計画（BCP）を策定しています。これに基づき、日頃からの備蓄、従業者への研修及び訓練を定期的実施します。

11. 虐待の防止のための措置

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、虐待の防止に関する指針を整備し、虐待防止検討委員会の開催、従業者に対する研修の実施、虐待防止の担当者の配置等、必要な措置を講じます。

12. 衛生管理（感染症対策等）

事業所は、利用者の清潔な保持及び衛生的な管理に努め、感染症や食中毒の発生・まん延を防止するため、指針及びマニュアルの整備、感染症対策委員会の開催、及び従業者に対する研修及び訓練（シミュレーション）を定期的実施します。

1 3. ハラスメント対策

- ・事業所は、適切な短期入所生活介護サービスの提供を確保するため、職場における性的言動や優越的関係を背景とした不当な言動など、職員の就業環境を害するハラスメントを防止するための方針を明確にし、必要な体制整備及び研修等を行います。
- ・利用者又はその家族等による暴言・暴力・過度な要求などのハラスメントについても、事業所は職員の安全と尊厳を守る観点から迅速かつ適切に対応し、事実確認の上、必要に応じて説明・是正の依頼・サービス提供方法の調整・関係機関との連携等を行います。

1 4. 苦情相談窓口

苦情の受付

当事業所に関する苦情や相談の窓口は、次のとおりです。

(1) 事業所の窓口

事業所相談窓口	電話番号	0 7 7 2 - 4 2 - 0 0 5 1
	受付時間	月曜日から金曜日 9時00分から18時00分
	受付担当者	相談室主任
社会福祉法人北星会 苦情解決第三者委員会	電話番号	0 7 7 2 - 2 2 - 8 2 3 3
	受付時間	月曜日から金曜日 9時00分から18時00分
	受付担当者	法人本部

(2) その他苦情申立の窓口

苦情受付機関	与謝野町 福祉課	0 7 7 2 - 4 3 - 9 0 2 1
	京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談係	0 7 5 - 3 5 4 - 9 0 9 0
	京都府福祉サービス 運営適正化委員会	0 7 5 - 2 5 2 - 2 1 5 2

(3) 苦情受付の体制及び手順について

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

①【苦情受付の体制】

・電話 ・文書 ・来所

②【苦情対応の手順】

ア 苦情内容の把握

苦情の内容を把握し、どのような解決を望まれているのかを把握します。

イ 苦情内容への対応

まずはしっかりと苦情内容を聞き、それについての説明を行います。納得が得られた場合でも苦情があったことについては、管理者に報告するとともに社会福祉法人北星会苦情解決第三者委員会へ報告します。後日回答とした場合、関係者を含めて検討会議を行います。検討会議の結果を基に、調査結果や改善内容を管理者に報

告し、管理者は具体的な対応を指示します。

ウ 利用者等への報告

放置したままにせずにできるだけ早く謝罪を行った上で解決策等を提示します。

エ 記録の保存

対応した経過及び結果を記録し、5年間保存します。

オ 苦情の周知

苦情内容及びその対応の結果等を職員に周知し、再発防止策を協議検討します。

※苦情の対応にあたっては守秘義務を徹底するとともに、公正不偏の立場を保持し、利用者の正当な権利を損なわないように留意します。

令和 年 月 日

サービス提供の開始に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者

所在地 京都府与謝郡与謝野町字明石 2 1 2 0 番地

事業所 社会福祉法人北星会
与謝の園短期入所生活介護事業所
与謝の園介護予防短期入所生活介護事業所

職 名 生活相談員

氏 名 芝井絵美 印

私は、事業所より重要事項説明書の説明・交付を受け、サービス提供開始及び介護保険適用サービス並びに介護保険適用外のサービス利用料金の支払に同意しました。

契約者（利用者）

住 所 京都府与謝郡与謝野町字

氏 名 印

（署名・法定）代理人

住 所 京都府与謝郡与謝野町字

氏 名 印

（契約者との続柄 ）