

短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）

重要事項説明書

[令和7年4月1日現在]

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

- (1) 担 当 _____ (生活相談員)
(2) 電話番号 0773-38-1031
受付時間：午前8時30分～午後5時30分

2 短期入所生活介護事業所 グリーンビラ夜久野の概要

(1) 提供できるサービスの概要と地域

事業所名	短期入所生活介護事業所 グリーンビラ夜久野
所在地	京都府福知山市夜久野町平野1030番地
サービス提供責任者	管理者 足立 智保子
介護保険指定番号	京都府 第2671900054号
サービス提供地域	福知山市・兵庫県朝来市 (上記以外の方でもご希望の方はご相談ください。)
電話番号等	電話 (0773)38-1031 FAX (0773)38-1037
利用定員	10名

(2) 主な設備概要

居室	4人部屋	1室 (42.9 m ²)	静養室	1室 (1床)
	個室	6室 (1室 17.8 m ²)	医務室	1室
浴室	室	一般浴槽と特別浴槽があります。	食堂 (機能訓練室)	1室 (328.2 m ²)
			デイルーム	3ヶ所

※浴室・静養室・医務室・食堂(機能訓練室)・デイルームは介護老人福祉施設と共用です。

(3) 職員体制 (主たる職員)

※職員は介護老人福祉施設と兼務しています。

	正規職員	非正規職員	計	主な業務内容
管理者	1名	—	1名	事業所の業務を統括
医師	—	1名	1名	診察・健康管理・保健衛生指導等
生活相談員	1名	1名	2名	生活相談・入退所調整等
管理栄養士	1名	—	1名	栄養管理、給食全般
介護支援専門員	2名	—	2名	介護サービス計画の作成等
看護職員	3名	3名	6名	医療・健康管理業
介護職員	21名	8名	29名	日常生活上の介護、援助、相談等
事務職員	3名	—	3名	庶務、会計等一般事務

3 サービスの内容

短期入所介護計画（介護予防短期入所介護計画）沿って、食事・入浴・排泄介護など生活の全てのシーンで支援を行うと共に、機能訓練、レクリエーション等を行います。

送迎	<p>○利用者のご希望により、居宅と事業所との間の送迎を行います。</p> <p>○利用者が車椅子ご使用の方、またベッドから車椅子への移乗が困難な方も職員が介助し、リフト付きの車で送迎を行います。</p> <p>○利用者が寝たきりの場合は、ストレッチャーを利用して送迎を行います。</p> <p>○送迎時間は下記の時間内で、概ねの時間は個別に連絡します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・お迎え 8：40～9：30の間 ・お送り 16：00～17：00の間 <p>※天候や交通事情などにより送迎時間を変更する場合があります。</p>
食事	<p>○身体の状態の他、咀嚼・嚥下機能を考慮した食事を提供します。</p> <p>○食事は原則として下記の時間に食堂にて提供しますが、利用者の状態や施設の状況に応じて居室やデイルームで提供したり、食事時間を変更することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・朝食 8：00～ ・昼食 12：00～ ・夕食 18：00～
入浴	<p>○身体の状態に応じ、個浴槽または特別浴槽を使用し入浴していただきます。</p> <p>○体調等により清拭となる場合があります。</p>
介護	<p>○ご希望や身体の状態に応じ、着替え、口腔、整容、排泄、食事、水分補給、体位交換等の介護、シーツ交換、移動の付添いのほか、安楽な起床、その方らしさに配慮した生活の楽しさを援助します。</p>
機能訓練	<p>○機能訓練指導員等（看護師）により、利用者の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又は減退の防止に努めます。</p>
健康管理	<p>○常に利用者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとります。</p>
緊急時の対応	<p>○利用者の様態変化等があった場合は、主治医に連絡をするなど必要な措置を講ずるほか、ご家族に速やかに連絡します。</p> <p>○状況によっては医療機関に緊急搬送を行います。</p>
レクリエーション	<p>○年間を通して様々な行事を行っています。ご家族も参加していただける行事もあります。</p>
生活相談	<p>○利用者が施設内で快適な生活ができるよう、介護以外の日常生活に関することも含め相談に応じています。</p>
その他	<p>○理美容サービス 訪問理美容を利用していただきます。</p> <p>○選択飲み物 希望によりコーヒー・昆布茶などの飲み物を提供します。</p> <p>○洗濯サービス 希望される場合は、クリーニング店の取次をさせていただきます。</p>

そ の 他	○テレビの視聴（個室に限定） 個室に入所されている方は、希望により個室でテレビを視聴することができます。 ○喫茶コーナーの開設 毎週1回食堂の一角で、喫茶コーナーを開設しています。喫茶コーナーでは手作りおやつ等を提供します。
-------	---

4 利用料金等（1日あたりの1割負担の利用料です。）

(1) 保険給付対象サービス費

①基本サービス費（全ての利用者において該当します。）

介 護 度	4人部屋	個 室
要支援1	479円	479円
要支援2	596円	596円
要介護1	645円	645円
要介護2	715円	715円
要介護3	787円	787円
要介護4	856円	856円
要介護5	926円	926円

②各種加算（利用者において該当するものと該当しないものがあります。）

加 算 の 種 類	利 用 料
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	22円
夜勤職員配置加算（Ⅲ）	15円
送迎加算（片道当り）	184円
緊急短期入所受入加算	90円
療養食加算（1食当たり）	8円
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3円
認知症行動・心理症状緊急対応加算（7日を限度）	200円
若年性認知症利用者受入加算	120円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	利用者負担合計額の14.0%

※基本サービス費及び各種加算は、所得が一定額以上ある方については、2割又は3割負担となります。（介護保険負担割合証で確認します。）

※空床利用の場合は、各種加算に係る利用料が変更となる場合があります。

(2) 保険給付外サービス費（全ての利用者において該当します。）

サービス内容	利 用 料	備 考
食費（1日）	300円	利用者負担が第1段階の方
	600円	利用者負担が第2段階の方
	1,000円	利用者負担が第3段階①の方
	1,300円	利用者負担が第3段階②の方

	1, 445円 (朝 293円・昼 576円・夕 576円)	利用者負担が第4段階の方	
居住費(1日)	4人部屋	従来型個室	備 考
	0円	380円	利用者負担が第1段階の方
	430円	480円	利用者負担が第2段階の方
	430円	880円	利用者負担が第3段階の方
	915円	1, 231円	利用者負担が第4段階の方(標準費用額)
理美容代	実 費	訪問理美容を利用された場合	
洗濯代	実 費	クリーニング店を利用された場合	
喫茶コーナー 利用代	150円(1回)	週1回の喫茶コーナーを利用された場合。	
おやつ代	実 費	おやつを購入された場合	
選択飲み物代	50円(1杯)	飲み物を利用された場合 ※昆布茶はお代り無料	
コピー費用	10円(片面1枚) 20円(両面1枚)	コピーを利用された場合	
テレビ使用代 (電気代含む)	40円(1日)	個室でのテレビ視聴を希望された場合は、視聴しなくても料金が発生します	
緊急搬送費用	実 費(搬送先、付き添い時間等によって金額が異なります。)	職員が付添い医療機関に緊急搬送を行った場合	

※上記以外でもレクリエーション行事等において必要な費用の負担をお願い致します。

(3) キャンセル料

利用者の都合でサービスを中止する場合、利用予定日の前日までに中止の連絡をされた場合は、キャンセル料は発生しませんが、利用予定日の前日までに中止の連絡をされなかった場合は、利用予定日(1日分のみ)の食材料費として830円のキャンセル料が発生します。

(4) 利用料の支払い方法

① 毎月中旬に、前月分の利用料を請求しますので、請求書が届いた月の25日までに支払いをしてください。お支払いいただきますと領収書を発行します。

※口座振替の場合は、毎月25日が振替日となります。

② 支払方法については、「口座振替」・「口座振込」・「現金払い」の3種類から選択できますので、契約時点で申し出てください。

③ 口座振替の依頼は、京都北都信用金庫・郵便局・京都丹の国農業協同組合で手続きができます。

④ 口座振込の場合の振込先は下記口座です

京都北都信用金庫額田支店 普通預金口座

口座番号 1002761

(5) 利用料金の変更

介護保険関係法令の改正等またはその他の事情により利用料金に変更になる場合は、変更を行う日の1ヶ月前までに利用者やご家族等にご説明をし、書面により同意を得るものとします。

5 サービスの利用方法等

(1) サービスの利用申し込み

- ① 既に居宅サービス計画を作成されている方は、事前に担当の介護支援専門員にご相談の上、お申し込みください。
- ② 初めて利用される方は、利用前に当施設を見学することができますので、予めご相談ください。ご相談いただいた場合は、施設職員が利用についての説明にお伺いします。
- ③ その後の利用においても、担当の介護支援専門員に相談し、お申込みください。

(2) 利用期間の変更

- ① 既に利用されている方は、利用が始まる日から3日以上余裕をおいて、事業者に対し、利用期間の変更を申し入れることができます。
- ② 利用者は、契約期間中であれば、居宅サービス計画を変更して、サービスの追加利用を申し込むことができます。これに対し、事業者は、居室が確保できないなど正当な理由がない限りこれを断りません。
- ③ 利用者は、30日を越えて連続してサービスを受けることはできません。

(3) サービス利用中の中止

- ① 利用者は、サービス利用中に事業者に申し出をすることにより、サービスの利用を中止して退所することができます。
- ② 上記以外にも次に該当する場合は、利用中でも事業者はサービスを中止することができます。
 - ・原則、連続利用が30日を越えた場合
 - ・利用者の体調が良好でなく、施設での生活に支障があると判断した場合
 - ・利用者が、事業者や事業従事者又は他の利用者に対して、生命または健康に重大な影響を与える行為を行った場合
- ③ これらの場合の利用料は、実際の退所日までの日数をもとに計算します。

(4) サービス利用契約の終了

- ① 利用者の都合で利用契約を終了しようとする場合は、7日間の予告期間において、書面で通知することにより契約を終了することができます。この場合、契約終了日以降に行っていた利用予約は無効となります。
- ② 利用者が次に該当する場合は、双方からの通知がなくても利用契約は自動的に解約となります。
 - ・利用者が、介護保険施設に入所された場合

- ・利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者が死亡若しくは被保険者資格を喪失された場合
- ・事業者が、介護保険の指定を取り消された場合

（５）利用料に係る留意事項

利用者が、利用料の支払を２ヶ月以上遅れ、その後事業者が利用料を支払うよう催告したにもかかわらず、１５日以内に支払をされない場合は、事業者は利用契約を終了する場合があります。

（６）その他の留意事項

- ① 施設内の設備・備品は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用方法により破損等した場合には、弁償していただくことがあります。
- ② 騒音等他の利用者の迷惑になるような行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
- ③ 所持品については利用者ご自身で管理される場合以外は、その都度チェックさせていただき施設で管理させていただきます。また、貴重品については施設に持ち込まないようにしてください。施設では金銭等の貴重品については一切お預かりをしていませんのでご注意願います。
- ④ 施設内での喫煙や施設内にペットを持ち込むことはできません。
- ⑤ 電話での利用者情報等についての問い合わせにはお答えしていません。

（７）利用中の面会

- ① 面会時間は、午前１０時から午後４時までの間です。ご家族等が面会される場合は、事前に予約していただき、受け付けで面会受付簿に氏名等を記入して職員に届け出てください。
- ② 発熱・咳・下痢・嘔吐等の症状のある方の面会は、原則お断りしています。

（８）利用にあたってのご持参いただくもの

- ① 利用契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書・福祉用具等使用に関する同意書・写真掲示物における同意書等（利用契約書・重要事項説明書については１部をお返しします。）
- ② 歯ブラシ・コップ・肌着・パジャマ等（全ての品に油性マジック等で名前を記入してください。）
- ③ 利用日数分の薬（あれば）
- ④ 上記のほか、専用の車いす・歩行器・ポータブルトイレ・吸いのみ・電気シェーバー等をご利用されている方はそれらについてもご持参ください。

6 当事業所の運営方針

老人福祉法の基本理念に基づき、健全で安らかな生活を保障するとともに、利用者の皆さんが快適に、人間らしい誇りを維持し、安全で安心して過ごせる生活の場づくりを目指し、三つの「や」の「やさしさ」「やすらぎ」「やわらぎ」をモットーとして心あたたまるサービスを提供します。

7 事故発生時、緊急時の対応

- ① 事業者は、利用者に対するサービスの提供にあたって、万が一事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業者、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ② 事業者は事故が発生した場合はその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- ③ サービス提供時に発生した事故等により、利用者の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償いたします。ただし、その損害について、利用者の故意、過失もしくはこの契約上の利用者の義務に違反して生じた場合は、この限りではありません。
- ④ サービス提供時に発生した事故等により医療機関に入院された場合、及び長期間通院された場合には、見舞金を支給します。

8 サービス内容に関する相談・苦情窓口

- ① 当施設のサービスに関する相談・要望・苦情等はサービス提供責任者か下記のサービス相談窓口までお申し出ください。なお、当該窓口相談しにくい場合は、第三者委員もしくは行政等苦情相談窓口にご相談ください。
- ② 苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - 事象（苦情）の発生
口頭・書面に関わらず相談窓口（受付担当者）に訴え（苦情）を申出る。
 - 受け付け
受付担当者は申出者と面談を行い、その内容を具体的に確認し、苦情解決責任者（施設長）に報告する。
 - 苦情対応
 - ・苦情解決責任者は必要がある場合は、更に申出者及び関係職員等への聞き取りを行い、問題の解決に努める。
 - ・苦情解決責任者の段階で解決が困難と判断した場合は、経営会議において協議し問題解決に努める。
 - ・経営会議においても解決が困難と判断した場合は、苦情解決第三者委員会に問題解決の助言を要請する。
 - ・苦情解決責任者は、苦情解決に向けた取り扱いがまとまった段階で申立者に説明を行う。
 - 就業環境の改善
苦情解決責任者は発生した事象（苦情）の概要を整理し、二度と繰り返さないための環境正義に努めると共に職員研修を実施する。

○相談・苦情窓口

電話番号 0773-38-1031 グリーンビラ夜久野 管理者
受付時間 月曜日～土曜日 午後8時30分～午後5時30分まで

○第三者委員

倉垣 康子 電話番号 0773-38-0637
坂根 みつ代 電話番号 0773-38-0785
居合 和徳 電話番号 0773-38-0234

○行政等苦情相談窓口

福知山市高齢者福祉課介護保険係 電話番号 0773-24-7013

※相談は、年末年始・土日・祝日を除く8:30~17:15の間に限る

兵庫県朝来市高年福祉課介護保険係 電話番号 079-672-6124

※相談は、年末年始・土日・祝日を除く8:30~17:15の間に限る

京都府国民健康保険団体連合会 電話番号 075-354-9090

※相談は、年末年始・土日・祝日を除く9:00~12:00、13:00~17:00の間に限る

京都府福祉サービス運営適正化委員会 電話番号 075-252-2152

※相談は、年末年始・土日・祝日を除く9:00~17:00の間に限る

9 非常災害時の対策

防災時の対応	「グリーンビラ夜久野 消防計画」に基づく			
防 災 設 備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	自動火災報知機	あり	防火扉シャッター	3カ所
	誘 導 灯	14箇所	屋 内 消 火 栓	9カ所
	ガス漏れ報知機	あり	非 常 通 報 装 置	あり
	非 常 用 電 源	あり	漏 電 火 災 報 知 機	あり
	スプリンクラー	あり		
防 災 訓 練	「グリーンビラ夜久野消防計画」に基づいて、年2回避難訓練(内1回は夜間想定)を利用者参加により実施			
消 防 計 画	消防署へ届出済			
防 火 管 理 者	設置済			

10 福祉サービス第三者評価実施状況

項 目	内 容
(1) 実施の有無	有・無
(2) 実施年月日(直近実施日)	平成30年5月8日
(3) 実施した評価機関	社団法人 京都社会福祉士会
(4) 評価結果の開示状況	施設内に掲示

11 当社会福祉法人仙人福祉事業会の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	社会福祉法人 仙人福祉事業会	
代 表 者 役 職 ・ 氏 名	理事長 岡場芳紀	
法 人 所 在 地	京都府福知山市夜久野町平野 1030 番地	
電 話 番 号	(0773) 38-1031	
法 人 の 運 営 事 業 所	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	1カ所
	短期入所生活介護事業所(ショートステイ)	1カ所
	通所介護事業所(デイサービス)	1カ所
	認知症対応型通所介護事業所(デイサービス)	1カ所
	居宅介護支援事業所(介護センター)	1カ所
	軽費老人ホーム(ケアハウス)	1カ所

1 2 緊急時の対応

体調の変化等、緊急の場合は、次の緊急連絡先に連絡します。

緊急 連絡 先	ふりがな		続柄	
	氏名			
	住所			
	電話番号（自宅）			
	電話番号（携帯）			
主治 医	医療機関名			
	医師名			
	住所			
	電話番号			

短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）の利用にあたり、利用者に対して利用契約書及び本書面に基づいて重要な事項の説明をしました。

説明年月日： 令和 年 月 日

事業者

〈住所〉 京都府福知山市夜久野町平野 1030 番地
〈名称〉 社会福祉法人仙人福祉事業会
〈代表者氏名〉 理事長 岡場 芳紀

〈説明者〉 職名 _____

氏名 _____ 印

私は、利用契約書及び本書面により、事業者から介短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）についての重要な事項の説明を受けました。

利用者

〈住所〉 _____

〈氏名〉 _____ 印

署名代行者

私は、本人に代わり上記署名を行いました。

〈住所〉 _____

〈氏名〉 _____ 印 （利用者との関係） _____

身元引受人（連帯保証人）

〈住所〉 _____

〈氏名〉 _____ 印 （利用者との関係） _____