

**短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（空床型）**  
**重要事項説明書＜令和6年8月1日現在＞**

**1 施設経営法人**

法人の名称	社会福祉法人 美楽会
代表者名	理事長 井 筒 岳
所在地 電話番号	岩手県奥州市水沢羽田町字水無沢506番地6 0197-51-3111
設立年月日	平成11年7月8日

**2 事業所の概要**

事業所名	特別養護老人ホーム いこいの麓・滝沢あなぐち
所在地 電話番号	岩手県滝沢市穴口221番地2 019-601-5858
介護保険事業所番号	0371600495
管理者	施設長 山内 二三男

**3 事業の目的及び運営の方針**

事業の目的	要介護・要支援状態にある高齢者に対し、適切なサービスを提供することを目的とします。
運営の方針	利用者の心身の特性を踏まえて、その居宅において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、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

**4 事業所の職員体制等**

職 種	従事するサービスの種類・業務	人 員	勤務体制	
			昼	夜
管理者	職員・業務その他の管理	1名	○	
医師	健康管理・療養上の指導	1名 (嘱託)	週1回を基本 に月3回	
事務職員	庶務及び会計事務等	3名	○	当直1名
生活相談員	諸相談、企画立案・実施	1名以上	○	
介護職員	生活全般の介護・支援 短期入所生活介護計画の作成	看護職員と併 せて3:1の基 準以上の数	1ユニットに 1名以上	朝夕 1ユニットに1名 深夜 2ユニットに1名
看護職員	保健衛生・看護業務	3名以上	7:30~18:30の 間で時間差勤 務	オンコール 対応
機能訓練指導員	機能の改善、維持のための訓練	1名以上	○	
管理栄養士	栄養指導・給食管理	1名以上	○	

※勤務体制の○は日勤（8:30~17:15、出勤日は勤務表による）

## 5 施設の概要

区分	数量・規模	備考
入所定員	80名	ユニット数：8 (1ユニット10名)
居室	個室 80室 (1室約 11.4 m <sup>2</sup> )	ベッド、クローゼット、床頭台、洗面台、ナースコール、冷暖房
食堂 (リビング)	各ユニットに1室	
浴室 (各階)	特殊浴、個浴	1ユニットに1箇所個浴
トイレ	1ユニットに3箇所	
その他	医務室、相談室、地域交流ホール、喫茶コーナー、アメニティーホール	

## 6 サービス提供地域 (通常の送迎の実施地域)

西北医療圏域までとした概ね片道6.5km以内とし、その範囲を超える送迎は原則として行わない。

## 7 サービス内容

項目	内容
食事	朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～ (概ね1～2時間)
介護	食事介助、排泄介助、入浴介助、着替え介助、体位交換、シーツ交換、施設内移動の付き添い等
入浴	最低週2回の入浴が可能です。ただし身体の状態に応じ清拭となる場合があります。
機能訓練	日常生活の中で機能訓練を行います。
生活相談	生活相談員に介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。
健康管理	毎朝健康チェックを行います。
理容・美容	定期的に理容美容サービスを実施しています。
レクリエーション	利用者の状況に応じて企画します。

## 8 利用料等

### (1) 介護報酬に係る負担金

区分	サービス内容略称	金額			内容の説明
		1割	2割	3割	
1) 介護費	要支援1	523	1,046	1,569	
	要支援2	649	1,298	1,947	
	要介護1	704	1,408	2,112	
	要介護2	772	1,544	2,316	
	要介護3	847	1,694	2,541	
	要介護4	918	1,836	2,754	
	要介護5	987	1,974	2,961	
2) 加算	緊急短期入所受入加算 <要支援算定なし>	90	180	270	居宅サービス計画において、計画的に行うこととなっていない短期入所生活介護を緊急に行った場合。原則7日、最大14日を限度とする。
	看護体制加算(Ⅱ) <要支援算定なし>	8	16	24	利用者25名に対して1名以上の看護職員を配置している場合。かつ、最低基準を1名以上上回って看護職員を配置している場合。かつ、看護職員による24時間の連絡体制を確保している場合。
	夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ <要支援算定なし>	18	36	54	夜勤の介護職員・看護職員数が最低基準を1名以上上回っている場合。
	機能訓練体制加算	12	24	36	専ら機能訓練指導員の仕事に従事する者を1名以上配置している場合。

送迎加算	184	368	552	居宅と施設との間の送迎を行った場合。(片道)
サービス提供体制強化加算(I) <支給限度額管理の対象外>	22	44	66	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が80%以上、または介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士の割合が35%以上。
介護職員処遇改善加算(I)	8.3%			加算合計へ8.3%基準に適合する介護職員の賃金改善等実施
介護職員特定処遇改善加算(I)	2.7%			介護職員等の更なる処遇改善を進めるため加算合計へ2.7%算定
介護職員等ベースアップ等支援加算	1.6%			下記の条件を満たした場合算定。 ・介護職員その他の職員の賃金改善について、加算の見込額が介護職員等ベースアップ等支援加算の算定見込み額を上回ること。 ・加算の見込みの3分の2以上を基本給や毎月支払われる手当に充てる計画を策定し計画に基づいて適切な措置を講ずること。

※加算の詳細については法令等に基づきます。

## (2) 利用料

ア 運営基準(厚生省令)で定められた「その他の費用」

区分	金額・内容説明
滞在費	1日あたり 2,560円(7月まで) (負担限度額認定証を提示した場合、その限度額が1日あたりの上限)
食費	1日あたり 1,445円(朝455円 昼495円 夕495円) (負担限度額認定証を提示した場合、その限度額が1日あたりの上限)
理美容代	実費
電気器具持ち込み料	1日あたり 30円
コピー代	モノクロ:1面10円 カラー:1面50円 (用紙の大きさを問わず)
行事費	実費
クラブ活動材料費	実費
クリーニング代	実費(施設での洗濯に適さないもの)

※その他医療費、予防接種費用等は別途かかります。

日用品(ティッシュ、歯ブラシ、化粧品など)は持ち込みとなります。

※介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用の一部が制度上の支給限度額を超える場合も含む)には、全額自己負担(①:介護報酬の10割、②:負担限度額不適用)となります。

## (3) 支払い方法

利用料は、次のいずれかの方法によりお支払い願います。

- ①現金払い(翌月末日までに支払い)
- ②銀行振込(翌月末日までに指定口座への振込)

※手数料は利用者負担となります。

## 9 サービス利用の中止

(1) 利用者がサービスの利用を中止（キャンセル）する際には速やかに下記までご連絡下さい。

- ・連絡先：特別養護老人ホーム いこいの麓・滝沢あなぐち
- ・電話番号：019-601-5858
- ・連絡時間：午前8：30～午後5：15

(2) 以下の場合に、利用途中でもサービスを中止する場合があります。

- ・利用者が中途退所を希望した場合
- ・入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合
- ・他の利用者の生命又は健康に重大な影響を与える行為があった場合

上記の場合、あらかじめ定められた連絡先に速やかに連絡を取る等必要な措置を講じます。  
なお、原則的に病院への受診等はご家族での対応となります。

## 10 サービス利用にあたっての留意事項

項目	内容
面会時間	午前8時から午後8時まで（土日・祝日も同様） 面会の際には、事務所窓口にて面会カードのご記入、検温をお願い致します。
金銭貴重品の管理	原則として貴重品の持ち込みはお断りします。万一、金銭等（小銭も含む）を利用者ご自身でお持ちになる場合は引き出しに保管するなど、盗難や紛失に十分お気をつけ願います。なお、この場合、盗難や紛失が発生した場合でも当施設ではその責任を一切負いません。
外出・外泊	事前に届出用紙にご記入の上お申し出ください。
飲酒・喫煙	飲酒は他の人の迷惑にならない程度で、喫煙は指定の場所でお願します。
宗教活動	信仰の自由を妨げるものではありませんが、騒音等で他の利用者の迷惑にならない範囲とさせていただきます。
ペット	ペットの持ち込みは原則としてお断りします。
ハラスメント	<p>※ サービス利用にあたっての禁止行為</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 事業所の職員に対して行う暴言・暴力・いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為</li> <li>2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメントなどの行為</li> <li>3) サービス利用中にご契約者本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること</li> <li>4) 以下の行動はハラスメントとはいたしません。 ・認知症等の病気または障害の症状として現れた言動(BPSD)等</li> </ol>

## 11 緊急時等の対応方法

利用者に容体の変化があった場合には、主治の医師または協力病院（孝仁病院）の医師に連絡を取る等必要な措置を講ずるほか、ご家族に速やかに連絡致します。

## 12 協力病院

病院名	所在地・連絡先
孝仁病院	岩手県盛岡市中太田泉田28番地 019-656-2888
かど歯科 クリニック	岩手県盛岡市門1丁目19番17号 019-604-2260

### 1.3 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、速やかに家族、市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

また、サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、施設の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

### 1.4 非常災害対策

当施設では次のような防災設備を備えています。また、防災訓練を実施しています。

- ・ 防災設備 屋内外消火栓、スプリンクラー、自動火災報知機、非常通報装置、非常階段、非常電源設備、消火器、消防署への火災自動通報装置ほか
- ・ 防災訓練 年2回

### 1.5 相談窓口・苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

いこいの麓 苦情解決委員	受付担当	電話番号 FAX 番号 担当者 対応時間	019-601-5858 019-601-5859 生活相談員 高橋 幸子・工藤 拓矢 8:30～17:15 (月～金)	
	第三者 委員	民生委員 児童委員	大石 和夫	住所 滝沢市穴口 250-30 電話 019-641-3337
		高橋真知子	住所 滝沢市穴口 275-10 電話 019-643-8483	

○次の機関においても、苦情申出ができます。

岩手県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 岩手県盛岡市三本柳8地割1番3 電話番号 019-637-8871
盛岡市役所 健康福祉部介護保険課	所在地 岩手県盛岡市内丸12番2号 盛岡市役所別館5階 電話 019-626-7562
滝沢市役所 健康福祉部高齢者支援課	所在地 岩手県滝沢市中鵜飼55番地 電話番号 019-656-6521
岩手県国民健康保険団体 連合会保険介護課	所在地 岩手県盛岡市大沢川原三丁目7番30号 電話番号 019-604-6700

【緊急連絡先】

第1連絡先	氏名 住所 〒 電話番号 (自宅) (携帯) (職場)	(続柄 )    (会社名 )
第2連絡先	氏名 住所 〒 電話番号 (自宅) (携帯) (職場)	(続柄 )    (会社名 )
第3連絡先	氏名 住所 〒 電話番号 (自宅) (携帯) (職場)	(続柄 )    (会社名 )

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護をご利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 特別養護老人ホーム いこいの麓・滝沢あなぐち  
短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所

説明者 職名 生活相談員  
氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護について重要事項の説明を受け、サービス提供の開始について同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所  
氏名 印

代理人 住所  
氏名 印  
利用者との続柄 ( )

(本人、代理人用)

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私（ ）及び代理人（ ）は、社会福祉法人美楽会が、私及び代理人、家族等の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、又は収集することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関（入院、受診時の情報提供）、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整の為
- (4) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 当施設が発行する HP(ホームページ)又は広報誌に、写真(活動風景等)への掲載  
( はい ・ いいえ )
- (9) 居室のネームプレート記載  
( はい ・ いいえ )
- (10) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

3. 使用条件

個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しません。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らしません。

令和 年 月 日

利用者 住所.....  
氏名.....印

代理人 住所.....  
氏名.....印

利用者との続柄（.....）