

**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 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<br>電話番号 | 岩手県奥州市水沢羽田町字水無沢506番6<br>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 いこいの森                      |
| 所在地<br>電話番号 | 岩手県奥州市水沢羽田町字水無沢497番1<br>0197-51-1155 |
| 介護保険事業所番号   | 0370400491                           |
| 管理者         | 施設長 佐藤 英樹                            |

**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律的な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（特養兼務）   | ○                      |                          |
| 医師      | 健康管理・療養上の指導     | 1名以上（特養兼務） | ○<br>週4日を基本            |                          |
| 事務職員    | 庶務及び会計事務等       | 4名（特養兼務）   | ○                      | 当直1名                     |
| 生活相談員   | 諸相談、企画立案・実施     | 1名以上（特養兼務） | ○                      |                          |
| 介護支援専門員 | 施設サービス計画等介護支援業務 | 1名以上       | ○                      |                          |
| 介護職員    | 生活全般の介護・支援      | 8名以上       | 1ユニットに1名以上             | 朝夕1ユニットに1名<br>深夜2ユニットに1名 |
| 看護職員    | 保健衛生・看護業務       | 1名以上（特養兼務） | 7:00～17:15<br>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（特養兼務） | ○                      |                          |
| 管理栄養士   | 栄養指導・給食管理       | 1名以上（特養兼務） | ○                      |                          |

※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     | 17名                    | ユニット数：2<br>（1ユニット8～9名） |
| 居 室      | 個室 17室（1室約15㎡）         | ベッド、収納棚、洗面台、冷暖房        |
| 食堂（リビング） | 各ユニットに1室               |                        |
| 浴室（各階）   | 一般浴、リフト浴、特殊浴、個浴        | 2ユニットに1箇所個浴            |
| ト イ レ    | 2ユニットに5箇所              |                        |
| そ の 他    | 医務室、面接相談室、地域交流室、喫茶コーナー |                        |

## 6 サービス提供地域（通常の送迎の実施地域）

奥州市及び金ヶ崎町

## 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  | 日常生活動作の維持又は向上を日頃の生活の中で実施します。                        |
| 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)<br>介護<br>費 | 要支援 1                    | 529 (503) | 1,058 (1,006) | 1,587 (1,509) | ( ) 内は<br>連続 31 日以上介護予防<br>短期入所生活介護を行<br>った場合<br>連続 61 日以上短期入所<br>生活介護を行った場合                                                                                                                               |
|               | 要支援 2                    | 656 (623) | 1,312 (1,246) | 1,968 (1,869) |                                                                                                                                                                                                            |
|               | 要介護 1                    | 704 (670) | 1,408 (1,340) | 2,112 (2,010) |                                                                                                                                                                                                            |
|               | 要介護 2                    | 772 (740) | 1,544 (1,480) | 2,316 (2,220) |                                                                                                                                                                                                            |
|               | 要介護 3                    | 847 (815) | 1,694 (1,630) | 2,541 (2,445) |                                                                                                                                                                                                            |
|               | 要介護 4                    | 918 (886) | 1,836 (1,772) | 2,754 (2,658) |                                                                                                                                                                                                            |
|               | 要介護 5                    | 987 (955) | 1,974 (1,910) | 2,961 (2,865) |                                                                                                                                                                                                            |
| 区分            | サービス内容略称                 | 金額        |               |               | 内容の説明                                                                                                                                                                                                      |
|               |                          | 1 割       | 2 割           | 3 割           |                                                                                                                                                                                                            |
| 2)<br>加算      | 機能訓練体制加算                 | 12        | 24            | 36            | 機能訓練指導員を 1 名以上配置している場合。                                                                                                                                                                                    |
|               | 個別機能訓練加算                 | 56        | 112           | 168           | 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、利用者の居宅を訪問した上で個別機能訓練計画を作成。その後 3 カ月ごとに 1 回以上居宅を訪問し、計画の見直し等を行っている場合。                                                                                                             |
|               | 看護体制加算(Ⅰ)<br>＜要支援算定なし＞   | 4         | 8             | 12            | 常勤の看護師を 1 名以上配置している場合。                                                                                                                                                                                     |
|               | 看護体制加算(Ⅱ)<br>＜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。                                                                                                           |
|               | 看護体制加算(Ⅲ) 1<br>＜要支援算定なし＞ | 12        | 24            | 36            | 看護体制加算(Ⅰ)の条件を満たし、かつ利用者のうち要介護 3 以上の利用者を 70%以上受け入れる場合。                                                                                                                                                       |
|               | 看護体制加算(Ⅳ) 1<br>＜要支援算定なし＞ | 23        | 46            | 69            | 看護体制加算(Ⅱ)の条件を満たし、かつ、利用者のうち要介護 3 以上の利用者を 70%以上受け入れる場合。                                                                                                                                                      |
|               | 医療連携強化加算<br>＜要支援算定なし＞    | 58        | 116           | 174           | 看護体制加算(Ⅱ)を算定、看護職員による定期的な巡視を行うこと、主治医と連絡が取れない場合に備え、協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の取り決めを行っている場合。<br>対象となる状態：①喀痰吸引を実施、②人工呼吸器を使用、③IVH の実施、④人工腎臓を実施、⑤常時モニター測定を実施、⑥人工膀胱、人工肛門を実施、⑦経鼻胃管等の経腸栄養が実施されている、⑧褥瘡の治療を実施、⑨気管切開が行われている。 |

| 区分       | サービス内容略称                     | 金額               |     |     | 内容の説明                                                                                                                                                                  |
|----------|------------------------------|------------------|-----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |                              | 1 割              | 2 割 | 3 割 |                                                                                                                                                                        |
| 2)<br>加算 | 看取り連携体制加算<br>＜要支援算定なし＞       | 64               | 128 | 192 | 看護体制加算（Ⅱ）を算定、または（Ⅰ）を算定し 24 時間連絡できる体制を確保している等の要件を満たし、看取り期の利用者にサービスを提供した場合。<br>（死亡日及び死亡日以前 30 日以下に限り 1 日につき）                                                             |
|          | 夜勤職員配置加算<br>(Ⅳ)<br>＜要支援算定なし＞ | 20               | 40  | 60  | 夜勤職員の数が最低基準を 1 名以上上回っている場合。かつ、夜勤時間帯を通じて看護職員を配置している場合、または喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している場合。                                                                                     |
|          | 認知症行動・心理<br>症状緊急対応加算         | 200              | 400 | 600 | 医師が認知症の行動・心理症状が認められるため在宅での生活が困難であり、緊急に短期入所生活介護を利用する事が適当であると判断した場合。（月 7 日を限度）                                                                                           |
|          | 若年性認知症<br>利用者受入加算            | 120              | 240 | 360 | 初老期における認知症によって要介護者となった利用者を受け入れた場合。                                                                                                                                     |
|          | 認知症専門ケア<br>加算(Ⅰ)             | 3                | 6   | 9   | 利用者総数のうち、日常生活自立度Ⅲ以上の方の割合が 2 分の 1 以上であり、認知症介護の専門的な研修修了者を一定数配置した場合。かつ、施設の職員に対し、認知症ケアに関する技術的指導等に係る会議を定期的に開催する場合。                                                          |
|          | 認知症専門ケア<br>加算(Ⅱ)             | 4                | 8   | 12  | 認知症専門ケア(Ⅰ)の要件を満たし、かつ、認知症介護の指導の専門的な研修修了者を配置し、かつ、認知症ケアに関する研修を実施している場合。                                                                                                   |
|          | 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）                                                                                                                                                 |
|          | 緊急短期入所受入<br>加算<br>＜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。                                                                                                    |
|          | 長期利用者減算                      | －30              | －60 | －90 | 連続して 30 日を超えて短期入所生活介護を利用している場合。連続 61 日以上短期入所生活介護を行った場合には算定なし。                                                                                                          |
|          | 口腔連携強化加算                     | 50               | 100 | 150 | 口腔の健康状態の評価を実施し、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し情報提供した場合。（月 1 回）                                                                                                                      |
|          | 療養食加算                        | 8                | 16  | 24  | 医師の指示箋に基づく療養食を提供した場合。<br>（1 日 3 回を限度）                                                                                                                                  |
|          | 生産性向上推進体制<br>加算（Ⅱ）           | 10               | 20  | 30  | 生産性ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている場合。（月 1 回）                                                                                                                                 |
|          | サービス提供体制<br>強化加算(Ⅰ)          | 22               | 44  | 66  | 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が 80%以上であるか、勤続 10 年以上の介護福祉士が 35%以上である場合。                                                                                                            |
|          | サービス提供体制<br>強化加算(Ⅱ)          | 18               | 36  | 54  | 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が 60%以上配である場合。                                                                                                                                      |
|          | サービス提供体制<br>強化加算(Ⅲ)          | 6                | 12  | 18  | 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が 50%以上であるか、若しくは看護・介護職員のうち常勤職員が 75%以上である、またはサービスを直接提供職員のうち勤続年数 7 年以上の者を 30%配置している場合。                                                                |
|          | 介護職員等処遇改<br>善加算（Ⅰ）           | 所定単位数に 14%を乗じた金額 |     |     | 厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届出た指定（介護予防）短期入所生活介護事業所が、利用者に対し、指定（介護予防）短期入所生活介護を行った場合に算定。<br>※（介護費+加算）×ひと月の利用日数×0.14 で算出された数値を四捨五入したものがこの加算の単位となります。 |

※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 2,066円<br>(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 1,800円(朝食 500円 昼食 650円 夕食 650円)<br>(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                                                                        |
| 電気料       | 1日あたり テレビ、電気毛布、加湿器、冷蔵庫 30円<br>ラジオ、CDラジカセ、携帯電話、<br>タブレット、パソコン 10円          |
| コピー代      | 1面10円 (用紙の大きさを問わず)                                                        |
| Wi-fi 利用料 | 1日あたり 100円                                                                |
| 行事費       | 実費                                                                        |
| クラブ活動材料費  | 実費                                                                        |

※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。

## イ その他の費用

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（サービス提供時に毎回又は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）

③口座振替（振替日は毎月20日になります。）

※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 いこいの森
- ・電話番号：0197-51-1155
- ・連絡時間：午前8：30～午後5：00

(2) サービスの利用を中止する場合（入所予定期間の途中で退所する場合を含む）には、利用予定の前日午後5時までにご連絡下さい。それ以降の中止については、次のキャンセル料を申し受けることになりますのでご了承ください。

| 時 期                      | キャンセル料     | 備 考                 |
|--------------------------|------------|---------------------|
| 利用予定の前日午後5時までにご連絡がなかった場合 | 1日分の滞在費と食費 | 入所予定期間の途中で退所する場合を含む |

(3) 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の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7時から午後8時まで（土日・祝日も同様）<br>面会の際には、事務所窓口にて面会カードのご記入をお願い致します。                                                                                                                                                                           |
| 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鍵付きの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行います。                                                                                                                                                                                                     |
| 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       | 利用者・家族等からの以下のハラスメントが認められた場合、契約解除となる場合があります。<br>①身体的暴力（回避したため危害を免れたケースを含む）<br>②精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけ貶めたりする行為）<br>③セクシャルハラスメント（意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）<br>ただし、以下の言動はハラスメントとはいたしません。<br>・認知症等の病気又は障害の症状として現れた言動（BPSD等） |
| 撮影・録音・データの公表 | 他利用者・職員の撮影、録音及びSNS等でのデータの公表は禁止させていただきます。                                                                                                                                                                                             |

### 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（井筒医院・美山病院・美希病院）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                               |
|--------|---------------------------------------|
| 井筒医院   | 岩手県奥州市水沢羽田町久保5番地<br>0197-23-2971      |
| 美山病院   | 岩手県奥州市水沢羽田町字水無沢495番地2<br>0197-24-2141 |
| 美希病院   | 岩手県奥州市前沢古城字丑沢上野100番地<br>0197-56-6111  |
| ちば歯科医院 | 岩手県奥州市水沢字桜屋敷420<br>0197-23-2974       |

### 13 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。

### 14 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 屋内消火栓、スプリンクラー、自動火災報知機、非常通報装置、避難滑り台、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

## 15 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。

|                 |           |        |                                                       |
|-----------------|-----------|--------|-------------------------------------------------------|
| いこいの森<br>苦情解決委員 | 受付担当      | 電話番号   | 0197-51-1155                                          |
|                 |           | FAX 番号 | 0197-51-1251                                          |
|                 | 第三者<br>委員 | 担当者    | 介護支援専門員 佐藤 歩<br>主任生活相談員兼介護支援専門員 千田 恵<br>介護支援専門員 岩渕 幸也 |
|                 |           | 対応時間   | 8:30~17:15 (月~金)                                      |
|                 |           | 及川信勝   | 住所 奥州市水沢羽田町字下屋敷 13-2<br>電話 0197-24-1244               |
|                 |           | 千葉 新一  | 住所 奥州市水沢羽田町字洗田 369-20<br>電話 0197-25-8029              |
|                 |           | 佐藤 弘美  | 住所 奥州市水沢羽田町駅前 1-113<br>電話 0197-24-9234                |

○次の機関においても、苦情申出ができます。

|                                     |                       |                                             |
|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 奥州市<br>長寿社会課          | 所在地 岩手県奥州市水沢大手町一丁目1番地<br>電話番号 0197-24-2111  |
| <input type="checkbox"/>            | 金ヶ崎町<br>保健福祉センター      | 所在地 岩手県胆沢郡金ヶ崎町西根鑓水98番地<br>電話番号 0197-44-4560 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 岩手県国民健康保険団<br>体連合会    | 所在地 岩手県盛岡市大沢川原三丁目7番30号<br>電話番号 019-604-6700 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 岩手県福祉サービス運<br>営適正化委員会 | 所在地 岩手県盛岡市三本柳8地割1-3<br>電話番号 019-637-8871    |
| <input type="checkbox"/>            |                       | 所在地<br>電話番号                                 |

## 16 第三者評価の実施について

当施設では第三者評価は受審しておりません。

【緊急連絡先】

|       |                                                        |
|-------|--------------------------------------------------------|
| 第1連絡先 | 氏 名 (続柄 )<br>住 所 〒<br>電話番号 (自宅)<br>(携帯)<br>(職場) (会社名 ) |
| 第2連絡先 | 氏 名 (続柄 )<br>住 所 〒<br>電話番号 (自宅)<br>(携帯)<br>(職場) (会社名 ) |
| 第3連絡先 | 氏 名 (続柄 )<br>住 所 〒<br>電話番号 (自宅)<br>(携帯)<br>(職場) (会社名 ) |

【説明確認欄】

令和 年 月 日

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。

事業者 特別養護老人ホーム いこいの森  
説明者 職名 介護支援専門員  
氏名 佐藤 歩 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。

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ため
- (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がある場合
- (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) 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（ ..... ）