

「指定介護予防短期入所生活介護」重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定介護予防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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援1」「要支援2」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方につきましては、別途ご相談ください。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 施設の概要	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 施設利用の留意事項	5
7. 守秘義務について	6
8. 個人情報保護について	6
9. 身体拘束について	6
10. 非常災害対策について	6
11. 苦情の受付について	7
12. 衛生管理について	8
13. 虐待の防止について	8
14. 業務継続計画の策定について	8
15. 第三者評価の実施状況について	9

1. 事業者

- | | |
|-----------|-------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 いわみ福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 島根県浜田市金城町七条ハ 559 番地 2 |
| (3) 電話番号 | 0 8 5 5 - 4 2 - 0 0 9 1 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 室 崎 富 恵 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-----------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 指定介護予防短期入所生活介護事業
平成 1 8 年 4 月 1 日指定
介護保険事業者番号 島根県 3271900296 号
※当事業所は特別養護老人ホーム ミレ岡見に併設
されています。 |
| (2) 事業所の名称 | 指定介護予防短期入所生活介護事業所
岡見ショートステイ |
| (3) 事業所の所在地 | 〒 699-3226 島根県浜田市三隅町岡見 700 番地 |
| (4) 電話番号 | T E L 0855-32-3900 F A X 0855-32-3910 |
| (5) 事業所長（管理者）氏名 | 大石 寿 |
| (6) 開設年月 | 平成 1 8 年 4 月 1 日 |
| (7) 利用定員 | 1 人 |

- (8) 通常の事業実施地域 江津市・浜田市・益田市の区域とする
- (9) 事業所の目的 居宅における要支援状態の者が、短期入所し必要な日常生活上の支援及び機能訓練等を受けることにより、利用者の心身機能の維持・改善並びに生活の質の向上を図り日常生活上の支援を行う。
- (10) 事業所の運営方針 関係機関との綿密な連携を図りながら利用者の心身の状況、希望及び環境を踏まえて事業を実施し、心身機能の維持・改善、環境調整等を通じて自立の可能性を引き出す支援を行う。
- (11) 営業日及び営業時間

営 業 日	年 中 無 休
受 付 時 間	午前8時30分～午後5時30分

3. 施設の概要

敷 地		1 0, 5 3 9 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造平屋建（耐火建築）
	延 床	4, 1 8 5 m ²
	定 員	5 8名（内ショート1床）

(1) 居室及び設備の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室 数	一人あたりの面積
多床室（4床室）	1	13.83㎡（平均）

(2) 利用に当たって別途利用料金をご負担いただきます。

介護保険サービスにおいては、居住費は保険給付の対象外となり在宅の場合と同じようにご契約者にお支払いいただくことが原則となります。

☆居室の変更：ご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合もしくは、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合は、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

<主な職員の配置状況>

職 種	実人員数	配置基準	職 種	実人員数	配置基準
施設長（管理者）	1名（兼務）	1名（兼）	生活相談員	1名（兼務）	1名（兼）
看護職員	常勤換算 3名以上 （兼務）	3名（兼） ※常勤換算	介護職員	常勤換算 23名以上 （兼務）	20名（兼） ※常勤換算
機能訓練指導員	1名（兼務）	1名（兼）	介護支援専門員	1名（兼務）	1名（兼）
管理栄養士・栄養士	1名（兼務）	1名（兼）	嘱託医師（内科）	1名（非常勤）	1名（兼）

<配置職員の職種>

介 護 職 員…ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

生 活 相 談 員…ご利用者またはご家族の日常生活上の相談に応じ、必要な助言とその他援助を行います。

看護職員…ご利用者の健康管理や療養上の世話をを行います。また日常生活上の介護、介助等も行います。

介護支援専門員…ご利用者にかかる施設サービス計画（ケアプラン）の作成及び説明を行います。

機能訓練指導員…ご利用者が日常生活を送る上で、必要な生活機能の回復または維持のための機能訓練を行います。

医師…ご利用者の健康管理及び療養上の指導を行います。

〈主な職種の勤務体制〉標準的な時間帯における最低配置人員

職種	勤務体制
1、医師	毎週月曜日 14:00～16:00
2、施設長	日勤 8:30～17:30 1名
3、生活相談員	日勤 8:30～17:30 1名（介護支援専門員兼務）
4、介護員	早番1 6:30～15:30 1名 早番2 7:00～16:00 1名 8 勤 8:00～17:00 1名 日 勤 8:30～17:30 1名 日 遅 9:50～18:50 1名 10半 10:30～19:30 2名 夜 勤 16:30～ 9:30 3名 夜 勤 19:30～ 8:30 1名
5、看護職員	日 勤 8:15～17:15 1名 8:30～17:30 1名
6、機能訓練指導員	日 勤 8:30～17:30 1名（介護職員兼務）
7、管理栄養士・栄養士	日 勤 8:30～17:30 1名

※行事等の関係で上記と異なる場合もあります。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）＊

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。

＜サービス利用料金（1日あたり）＞（契約書第8条参照）

下記の料金表によって、ご利用者の要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、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

(1日につき)

	多床室	
	要支援 1	要支援 2
① サービス利用料金	4,510 円	5,610 円
② 介護保険からの給付金額	4,059 円	5,049 円
③ サービス利用に係る自己負担額 (①－②)	451 円	561 円
④ サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	18 円	
⑤ 【療養食加算】	8 円【医師の指示せんに基づく療養食を行う場合】	
⑥ 【送迎加算】	片道 184 円 (往復 368 円)【送迎を行う場合】	
⑦ 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	要介護度に応じた基本サービス費と加算サービス費の合計の 14%を加算します。	
⑧別途 食事負担額	1,445 円	
⑨別途 滞在費	915 円	

※1) ③～⑥は1割負担の料金が記載されています。

※2) 一定以上の所得がある方は、介護保険サービスを利用する際の負担が2割又は3割となります。

☆介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の六〇以上配置できている為、

④サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) イを算定いたします。

☆⑤療養食加算、⑥送迎加算につきましては該当される方のみ算定いたします。

☆介護職員の賃金の改善等の為、⑦介護職員等処遇改善加算を算定いたします。

☆ご利用者に提供する⑧食費、⑨滞在費は別途いただきます。(下記(2)①②参照)

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第5条、第8条参照) *

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①食事の提供 (食材料費+調理費相当)

ご利用者に提供する食事の材料、調理にかかる費用です。

料 金：1,445 円/日 (朝食 395 円、昼食 525 円、夕食 525 円)

※ お摂りいただいた食数にて算定いたします。なお、市町村から「介護保険標準負担限度額認定証」の交付を受けた方 (利用者負担段階1段階から3段階の方) については、認定証に記載された負担限度額が適用され、限度額に満たない場合は実費にて算定いたします。

※ 当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

※ ご利用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が、体調等に応じて食事時間・場所を変更することもできます。

朝食＝7:00～ 昼食＝11:30～ 夕食＝17:30～

②お部屋の提供 (室料+光熱水費相当)

ご利用者に提供するお部屋にかかる室料、光熱水費です。

多床室料金：1日あたり 915 円

☆介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は下記のとおりとなります。

	多床室	食費
第1段階	0 円	300 円
第2段階	370 円	600 円
第3段階①	370 円	1,000 円
第3段階②	370 円	1,300 円
非 該 当	915 円	1,445 円

※社会福祉法人等利用者負担軽減措置も実施しています。

③レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションや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。

④複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1 枚につき 白黒 20 円 カラー 50 円

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

⑥通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に要する費用

1 kmあたり 20 円

なお、通常の事業の実施地域は、江津市・浜田市・益田市の区域とする。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 1 ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第 8 条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法で支払い下さい。

○口座自動引き落とし（振替手数料は当施設にて負担致します。引き落とし日は翌々月 4 日）

○下記指定口座への振込み（振込手数料は契約者負担でお願いします。）

①山陰合同銀行 三隅支店 普通預金 No. 2199118

②島根県農協 三隅支店 普通預金 No. 0000169

口座名義 社会福祉法人いわみ福祉会（しゃかいふくしほうじん いわみふくしかい）

○現金支払い（事務所にてお支払い願います。）

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第 9 条参照）

○利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、指定介護予防短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者へ申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として後記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、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
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の 10%（自己負担相当額）

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

○ご利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既の実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

(5) 緊急時の対応について

ご利用者の容体に急変等があった場合は、嘱託医師、協力医療機関等に連絡し必要な処置を講ずるとともに、契約書に記載されている緊急連絡先に可能な限り速やかに連絡いたします。

(6) 事故発生時の対応について

ご利用者に対するサービス提供時に事故が発生した場合は、関係機関と協力して必要な措置を講ずるとともに、ご契約者、ご家族に速やかに連絡いたします。

6. 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の快適性、安全性確保のため、下記の事項についてお願いします。

① 身の周りの品物について

・持込の品物については、施設のほうにご相談ください。

② 面会

・面会時間 8：30～17：30（時間外も可能ですのでご相談下さい）

・来訪される場合、食べ物等についての持込は職員にご相談下さい。

③施設・設備の利用上の注意

・当施設職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことは出来ません。

④喫煙

・施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

7. 守秘義務について(契約書第12条参照)

事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩いたしません。また、従業員はその職を退いた後も同様とします。

8. 個人情報保護について

事業者及びサービス従事者又は従業員は、ご利用者又はご家族等に関する個人情報については利用目的を定め、必要最低限の範囲内で使用いたします。また、あらかじめ書面による同意を得て行います。

9. 身体拘束について

ご利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご利用者又は他のご利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

10. 非常災害対策について

非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行います。

1 1. 苦情の受付について（契約書第 22 条参照）

（１）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

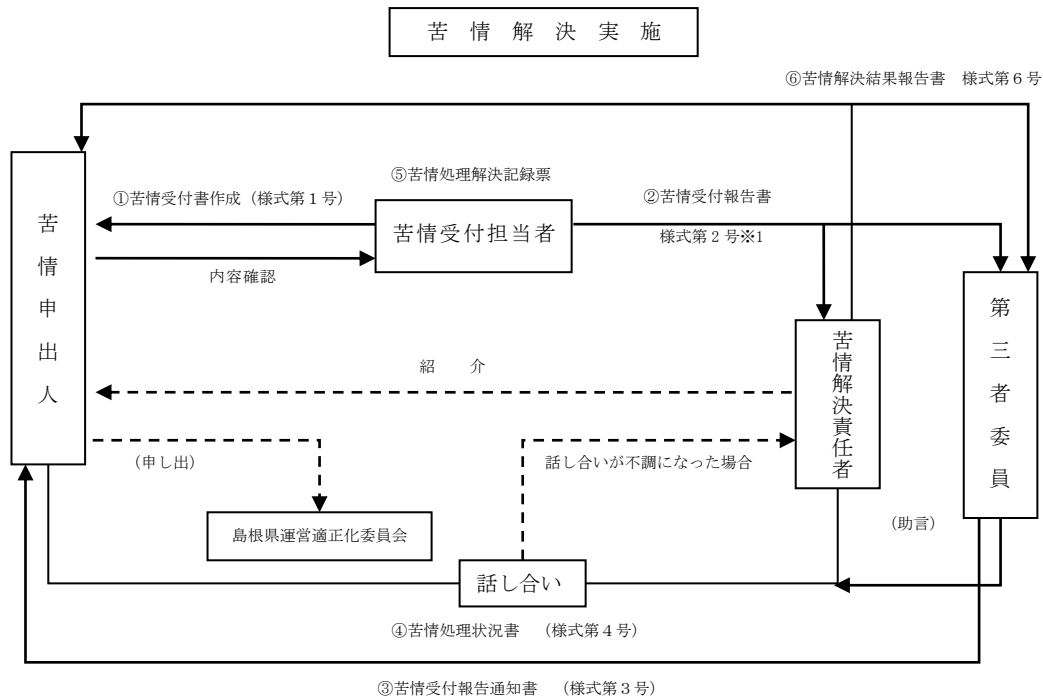
生活相談員兼介護支援専門員…阿部幸雄

○苦情解決責任者

施設長…大石 寿

○電話番号 ０８５５－３２－３９００（月～土曜日） ９：００～１７：３０

また、苦情受付ボックスを施設内に設置しています。



※1 苦情申出人が第三者委員への報告を明確に拒否する意思表示をした場合を除く。

（２）第三者委員による苦情の受付

当事業所では第三者委員会を設置し第三者による苦情や相談の受付を行っております。

第三者委員 野上秀盛 様	電話 ０８５５－３２－３２５６
第三者委員 齋藤憲司 様	電話 ０８５５－３２－０２７０

（３）行政機関

浜田市健康医療対策課	所 在 地 浜田市殿町 1 番地 電話番号 ０８５５－２５－９３２０ 受付時間 ８：３０～１７：１５（月曜日～金曜日）
浜田地区広域行政組合	所 在 地 浜田市殿町 1 番地 電話番号 ０８５５－２５－１５２０ 受付時間 ８：３０～１７：１５（月曜日～金曜日）

(4) 第三者機関

島根県運営適正化委員会	所 在 地	松江市東津田町 1741-3
		いきいきプラザ島根内
	電話番号	0 8 5 2 - 3 2 - 5 9 1 3
	受付時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0 (月曜日～金曜日)

(5) 国民健康保険団体連合会

島根県国保連 介護サービス苦情相談窓口	所 在 地	松江市学園 1 丁目 7-14
	電話番号	0 8 5 2 - 2 1 - 2 8 1 1
	受付時間	9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 (月曜日～金曜日)

1.2. 衛生管理について

設備等の衛生管理に努め、感染症又は食中毒の発生及びまん延しないように、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- (1) 当事業所における感染又は食中毒の予防及びまん延の防止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、従業者に周知徹底します。
- (2) 当事業所において、従業者に対し、感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための研修会を定期的に実施します。
- (3) 別に厚生労働省が定める感染症又は食中毒が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

1.3. 虐待の防止について

虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業所における虐待の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、従業者に周知徹底します。
- (2) 従業者に対し虐待の防止のための研修を定期的に実施し、適切に実施するための担当者を置きます。
- (3) サービス提供中に当該事業所又は養護者（利用者の家族等現に高齢者を養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

※虐待に関する相談お問い合わせなどは以下の専用窓口で受け付けています。

虐待防止責任者	連絡先 (0855) 32-3900 ミレ岡見	
職 名	氏 名	受付時間
特別養護老人ホームミレ岡見 施設長	おおいし ひとし 大石 寿	月～金 8:30～17:30
浜田市役所 健康医療対策課 高齢者福祉係	所 在 地 浜田市殿町 1 番地 連 絡 先 0855-25-9320 受付時間 8:30～17 : 15 (土・日・祝日を除く)	

1.4. 業務継続計画等の策定について

当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

- (1) 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に実施します。

- (2) 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います。

15. 第三者評価の実施状況について

第三者評価の実施の有無	有 ・ ☒ 無
実施した直近の年月日	令和 年 月 日
実施した評価機関の名称	
評価結果の公表	有 ・ ☒ 無

令和 年 月 日

指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護予防短期入所生活介護

事業者名 社会福祉法人いわみ福祉会
 事業所名 岡見ショートステイ（島根県3271900296号）
 住 所 〒699-3226
 島根県浜田市三隅町岡見700番地
 理 事 長 室 崎 富 恵 印

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印

私（契約者）は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第125条の規定に基づき、入所申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

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（ ）および代理人（ ）は、社会福祉法人 いわみ福祉会が、私および身元引受人、家族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、また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、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およ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
- (9) 行事等で記録した写真等の画像（肖像）を施設広報等に掲載する場合。

3. 使用条件

- (1) 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ない。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、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。
- (3) 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって本人の同意を得ることが困難である場合は、本人の同意を得ることなく上記利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱う。

令和 年 月 日

本人 住所.....
(利用者)

氏 名.....印

代理人 住所.....

氏 名.....印

続 柄 (利用者との関係).....

散髪サービスについて

委託専門業者(有料)による散髪については下記の料金でご利用いただけます。

委託専門業者「ハッピー号」料金表

オール（男女とも カット・シェービング・シャンプー）	¥3,900
カットのみ	¥2,500
カットのみ（居室）	¥3,500
セット（カット＋シェイビング又はシャンプー）	¥3,200
丸刈り	¥2,200
丸刈りセット（丸刈り＋シェイビング又はシャンプー）	¥2,900
シェイビング（お顔剃り）	¥700
シャンプー	¥700
ヘアカラー（カット・シャンプー・ブロー込み）	¥5,600
パーマ（カット・シャンプー・ブロー込み）	¥6,600

※料金については委託専門業者により変更になる場合があります。