

## 短期入所生活介護 重要事項説明書

### 1. 施設の概要

#### (1) 施設の名称・所在等

|                 |                      |
|-----------------|----------------------|
| 施 設 名 称         | 株式会社ケアネット ショートステイ水沢  |
| 施 設 種 別         | 短期入所生活介護             |
| 開 所 年 月         | 平成22年9月1日            |
| 所 在 地           | 岩手県奥州市水沢花園町一丁目19番16号 |
| 電 話 番 号         | (0197) 22 - 2901     |
| フ ァ ッ ク ス 番 号   | (0197) 22 - 2905     |
| 管 理 者 名         | 伊藤 絹代                |
| 介 護 保 険 指 定 番 号 | 0371500372           |

#### (2) 施設の目的と運営方針

##### 【利用の受け入れ】

当施設は、要介護認定を受けた方（要支援1、要支援2、要介護1～要介護5）の利用となります。

##### 【目 的】

当施設は、看護や介護、レクリエーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの施設介護サービスを提供することで、入所者が潤いのある日常生活を短期間営むことができるよう職員が一丸になって支援します。

在宅介護者の休養・冠婚葬祭や出張等の間、一時的に生活介護を支援するもので、併せて、介護者の疲労軽減ストレス解消も図り、利用者が在宅での生活が一日でも長く継続できるように支援します。

また、家庭復帰前には、併設のデイサービス・ホームヘルプサービス事業者等と連携をとることで退所後の支援も可能です。

この目的に沿って、当施設では以下のような運営の方針を定めていますのでご理解下さい。

##### 【運営方針】

短期入所生活介護事業を実施するにあたっては、利用者の人権を尊重し利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行います。また、相当期間以上にわたり継続して入所する利用者については、短期入所生活介護計画書を作成し、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営む上で必要な援助を行います。

### (3) 居 室

個室と2人部屋、4人部屋を用意しています。

特に、ご希望がなければ居室はこちらで決定させていただきます。

但し、利用者の心身の状況により、ご利用途中に変更させていただく場合がありますのでご了承ください。

| 部 屋 種 類 | 居 室     | 室数 | 備 考              |
|---------|---------|----|------------------|
| 従 来 型   | 個 室     | 4  | テレビ・トイレ・洗面・冷暖房完備 |
| 多 床 室   | 2 人 部 屋 | 2  | 〃                |
|         | 4 人 部 屋 | 5  | 〃                |

### (4) 職員体制

単位：人

| 職 名       | 常 勤        | 非 常 勤 |
|-----------|------------|-------|
| 管 理 者     | 1          |       |
| 医 師       |            | 1     |
| 看 護 職 員   | 2          | 4     |
| 介 護 職 員   | 10人以上      |       |
| 生 活 相 談 員 | 2（1名管理者兼務） |       |
| 機能訓練指導員   | 1          |       |
| 栄養士       |            | 1     |

### (5) 定 員 28名

## 2. サービス内容

|      |                                                                                                                                                                                             |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護計画 | ショートステイ介護サービス計画の立案と実施                                                                                                                                                                       |
| 食 事  | ご自分で食事がとれない方には食事介助サービスをします。<br>原則的には、ホールで食事をとっていただきます。<br>※ 利用者の体調・体質・好き嫌い等、状況・情報に見合った食事を提供します。毎食後に口腔ケアを実施します。<br>【時間帯】 朝 食 : 7時30分～ 8時30分頃<br>昼 食 : 11時30分～12時30分頃<br>夕 食 : 17時30分～18時30分頃 |
| 入 浴  | 一般浴槽の他、介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。<br>尚、利用者の状態に応じ清拭になる場合もあります。<br>週2回以上の入浴が原則です。                                                                                                                 |
| 生 活  | 明るく家庭的な雰囲気のもとで、潤いのある生活をしていただけるよう、常に利用者の立場になって運営しています。                                                                                                                                       |

|             |                                                                        |
|-------------|------------------------------------------------------------------------|
| 健康管理<br>看 護 | 利用期間中に簡単な健康チェック・服薬管理を行います。<br>又、医師により医務室・居室において往診を受けることができます。          |
| 介 護         | ご希望や状況に応じて、着替え介助・排泄介助・食事介助・入浴介助・移動介助・体位交換・シーツ交換等、施設生活に適切な介護サービスを提供します。 |
| 機能訓練        | 施設内での活動として、機能維持の為のリハビリテーションを実施。<br>生活リハや集団・個別リハ活動を通じて健康維持に努めます。        |
| 行事          | 季節に応じて花見等の行事を実施していますので、相談員から随時お知らせします。<br>また、室内でも行事を行います。              |
| 理 容         | 必要に応じ理容師による整髪、散髪が受けられます。                                               |
| そ の 他       | 利用者並び家族からの要望に、可能な範囲で応えます。                                              |

※これらのサービスの中には、理容サービスのように利用者から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

### 3. 利用料金

#### (1) 基本料金

##### ①介護保険適用施設利用料

| 要介護認定度  | 1日当たりの基本料金 |        | 1日当たりの基本料金（円） 自己負担額  |                      |                      |
|---------|------------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|
|         | 従来型個室      | 多床室    | (1割)<br>従来型個室<br>多床室 | (2割)<br>従来型個室<br>多床室 | (3割)<br>従来型個室<br>多床室 |
| 要 介 護 1 | 6, 450     | 6, 450 | 645                  | 1, 290               | 1, 935               |
| 要 介 護 2 | 7, 150     | 7, 150 | 715                  | 1, 430               | 2, 145               |
| 要 介 護 3 | 7, 870     | 7, 870 | 787                  | 1, 574               | 2, 361               |
| 要 介 護 4 | 8, 560     | 8, 560 | 856                  | 1, 712               | 2, 568               |
| 要 介 護 5 | 9, 260     | 9, 260 | 926                  | 1, 852               | 2, 778               |

※ 上記単価には、いずれも機能訓練体制加算 12 円/日、看護体制加算（Ⅰ）4 円/日  
看護体制加算（Ⅱ）8 円/日、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）22 円/日  
夜間職員配置加算（Ⅰ）13 円/日 が加算されます。

（介護職員処遇改善加算（Ⅰ）として利用総額の 14.0%が加算されます。）

※緊急短期入所加算 90 円/日が加算されます。（7 日間やむを得ない場合 14 日）

## ②送迎加算

入所時または退所時に送迎を利用した場合は、片道 184 円を加算。

※ 送迎の通常地域＜花巻市、北上市、金ケ崎町、奥州市、平泉町、一関市＞

なお、送迎の通常区域＜＞以外については、上記料金に加え、片道 500 円を頂きます。

## (2) 介護保険給付対象外の利用料金

### ① 食 費

|            |         |
|------------|---------|
| 朝 食        | 360 円   |
| 昼 食（おやつ含む） | 830 円   |
| 夕 食        | 670 円   |
| 合 計        | 1,860 円 |

### ② 行事等にかかる費用（参加された方のみ実費を頂戴します）

### ③ 理容サービスにかかる費用

理容師の出張サービス（カット 3,000 円）

をご利用いただけます。

### ④ 居住費（一人当り滞在費）

|       |           |
|-------|-----------|
| 従来型個室 | 2,100 円／日 |
| 2 人部屋 | 978 円／日   |
| 4 人部屋 | 978 円／日   |

なお、居住費（滞在費）・食費につきましては、利用者負担段階が第 1 段階・第 2 段階・第 3 段階に該当される方（市町村窓口にて「特定入所者介護サービス費」の申請を行い、「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた方）については、介護保険より補足給付があるため、次のとおり利用者負担が軽減されます。

| 利用者負担   | 1 日当たりの居住費 |       | 1 日当たりの食費 |
|---------|------------|-------|-----------|
|         | 従来型個室      | 多床室   |           |
| 第 1 段階  | 380 円      | 0 円   | 300 円     |
| 第 2 段階  | 480 円      | 430 円 | 600 円     |
| 第 3 段階① | 880 円      | 430 円 | 1000 円    |
| 第 3 段階② | 880 円      | 430 円 | 1300 円    |

## (3) 支払い方法

当月の利用料金請求書を、翌月 21 日までに送付します。

支払い方法は、毎月 26 日に金融機関からの口座引き落としとなります。

(4) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただくことになります。

キャンセルが必要となった場合は、至急連絡ください。

(連絡先：0197-22-2902 担当：伊藤・八重樫)

|                            |                                         |
|----------------------------|-----------------------------------------|
| 利用日の前日午後5時までに<br>連絡いただいた場合 | 無 料                                     |
| 利用日の前日午後5時までに<br>連絡がなかった場合 | 1日の利用料の50%×利用予定日数<br>※食費：1日分の全額負担となります。 |

(5) 介護保険の給付対象とならないサービス

介護保険の支払い限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

(6) その他

利用者又は家族よりサービス実施記録（介護・看護記録等）の開示要求があった場合は、都度対応致します。なお、写しが必要な場合は、コピー代として20円／枚を頂きます。

#### 4. サービス利用にあたっての留意事項

(1) 介護保険証の確認

ご利用申込みにあたり、ご利用希望者の介護保険証（介護度他）を確認させていただきます。

(2) 送迎時間の連絡

送迎時間は契約時にあらかじめ定め、変更のある場合はその都度連絡します。

なお、入所退所時間につきまして、午前退所や午後入所へのご協力をお願いする場合がございます。ご協力をお願い致します。

(3) 持ち物について

① 普段服用されている薬（ご利用日数分・あれば説明書も）

② 衣類（普段着・パジャマ・下着・靴下等）・上靴・杖・歩行器・車椅子等

③ 食事の時に使われている自助具（スプーン、フォーク等）

④ 食後、口腔ケアを行います。歯ブラシをご持参ください。

⑤ タオル・バスタオルは、当施設で用意しておりますので持参の必要はありません。

※なお、すべての持ち物に名前の記入をお願いします。

(4) 持込の制限

利用にあたり、日常生活に必要なない貴重品や現金、食べ物、危険物、ペット等の持込はご遠慮下さい。特に貴重品、装飾品につきましては、利用中に紛失等がございましたも、責任を負いかねますので充分ご注意ください。

(5) 施設・設備・敷地内使用上の注意

当施設は、他ご利用者様との集団生活施設ですので、日課に沿ってご利用ください。

なお、故意又は過失により施設・設備等を壊したり、汚したりした場合は、ご契約者負担により原状復旧いただくか、相当代価をお支払いただく場合があります。

(6) 施設内は全面禁煙です。

## 5. 要望・苦情等の申し出

当施設には支援相談の専門員として相談員が勤務していますので、お気軽にご相談下さい。  
また、要望や苦情なども、相談員等にお寄せ戴ければ速やかに対応いたします。  
その他、玄関のカウンターに備えつけの「意見箱」をご利用ください。

担 当： 伊藤 絹代 ・ 八重樫 敏恵 TEL0197-22-2902

なお、市町村及び国民健康保険団体連合会にも苦情受付窓口が設置されております。

|                       |                             |
|-----------------------|-----------------------------|
| ◆ 岩手県国民健康保険団体連合会      | TEL019-604-6700             |
| ◆ 岩手県福祉サービス運営適正化委員会   | TEL019-637-8871             |
| ◆ 奥州市役所 健康福祉部 長寿社会課   | TEL0197-24-2111(内線 264・265) |
| ◆ 北上市役所 保健福祉部 長寿介護課   | TEL0197-64-2111             |
| ◆ 花巻市役所 健康福祉部 長寿福祉課   | TEL0198-24-2111             |
| ◆ 一関市役所 保健福祉部 長寿社会課   | TEL0191-21-8370             |
| ◆ 平 泉 町 保険センター        | TEL0191-31-3223             |
| ◆ 金ヶ崎町 保険福祉センター 介護保険係 | TEL0197-44-4560             |

## 6. 他機関・施設等との連携

当施設では、病院・診療所・歯科診療所等に協力をいただいておりますので、利用者の状態が急変した場合は、速やかな対応をお願いするようにしています。又、当施設での対応が困難な状態となった時、専門的・医学的対応が必要になった場合には、他の機関を紹介します。  
尚、入院加療が必要になった場合は、入院と同時に退所扱いとなりますのでご了承ください。

※緊急の場合は、同意書に記入いただいた連絡先に連絡いたします。

【嘱託医】 名 称 : 今野脳神経外科内科医院  
住 所 : 奥州市水沢字東町33番地1  
電 話 : 0197-24-1110

## 7. 事故対応

利用者に事故が生じた場合は、速やかな受診対応等適切な処置を図ると共に、ご家族が指定した緊急連絡先に連絡します。  
また、事故原因を究明し、事故防止策を講じて再発防止に努めております。

## 8. 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (3) 従業者に対して、虐待防止のための定期的な研修を実施しています。
- (4) 虐待防止に関する担当者を選任しています。

|             |           |
|-------------|-----------|
| 虐待防止に関する担当者 | 管理者 伊藤 絹代 |
|-------------|-----------|

- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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。

## 9. 認知症介護基礎研修の受講について

介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護にかかる基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じています。

## 10. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する短期入所生活介護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を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、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行います。
- (3) 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。

## 11. 非常災害対策

|      |                                       |
|------|---------------------------------------|
| 建 物  | 建築基準法に規定する耐火建築物                       |
| 防災設備 | 消火器・屋内消火栓設備・自動火災報知設備・火災通報設備・スプリンクラー設備 |
| 防災訓練 | 避難訓練・消火訓練等（2回／年以上実施）4月・10月            |

※（地域の方々と連携した避難訓練を実施します。）

## 12. 感染症の予防及びまん延の防止について

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業所において感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。

- (2) 事業所において感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しています。
- (3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施しています。

### 13. 衛生管理等

- (1) 施設において感染症が発生し、または蔓延しないように必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 感染対策として、送迎時の検温、マスクの着用、手指消毒、換気を徹底します。

### 14. 禁止事項

当施設では、多くのご利用者様に安心して施設生活を送っていただくために、利用者の「営利行為や宗教の勧誘、特定の政治活動等」は禁止します。

又、無断で外出されますと事故等につながりますので、外出・外泊ご希望の場合は予め職員に申し出ください。

以上

短期入所生活介護サービス提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

|     |                     |          |
|-----|---------------------|----------|
| 事業者 | 株式会社ケアネット           | ショーステイ水沢 |
| 所在地 | 岩手県奥州水沢花園町一丁目19番16号 |          |
| 説明者 | 生活相談員               | 印        |

私は、契約書および本書面により、事業者から短期入所生活介護について、重要事項の説明を受けました。

令和      年      月      日

利 用 者      住 所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代 理 人      住 所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (続柄      ) 氏 名 \_\_\_\_\_ 印