

ショートステイ まつぞの
指定短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

<令和6年 6月 1日現在>

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(盛岡市指定 第0370104713号)

当事業所はご契約者様（ご利用者様）に対して、指定短期入所生活介護または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」または「要介護」と認定された方が対象となります。

◆◆目次◆◆

1. 事業者.....	2
2. 事業所の概要.....	2
3. 職員の配置状況.....	3
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	4
5. 非常災害対策.....	8
6. 個人情報の取り扱いについて.....	9
7. 秘密の保持.....	9
8. 事故発生時の対応.....	9
9. 損害賠償について.....	10
10. 相談・要望・苦情等の相談窓口.....	10
11. サービスの利用に関する留意事項.....	11
12. サービス提供における事業者の義務.....	11
13. サービスの利用をやめる場合（契約の終了について）.....	12
14. その他.....	13

1. 事業者

- (1) 法人名 医療法人 共生会
- (2) 法人所在地 盛岡市西松園三丁目 22 番 3 号
- (3) 電話番号 019 - 662 - 0100
- (4) 代表者氏名 理事長 平澤 大

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護事業所（平成 24 年 9 月 1 日指定）
指定介護予防短期入所生活介護事業所（平成 24 年 9 月 1 日指定）
- (2) 事業所の目的 当事業所は、介護保険法令に従い、ご利用者様がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援し、又必要な居室及び共用施設等を使用させ、指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 ショートステイ まつぞの
- (4) 事業所の所在地 盛岡市西松園三丁目 21 番 10 号
- (5) 電話番号 019 - 601 - 7407
- (6) 管理者 小野寺 節子
- (7) 事業所の方針 当事業所は、居宅サービス計画に基づき、さまざまな介護を行うことによって、利用者がいきいきとその人らしい生活ができることを目指します。
利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努め、地域や家族との結びつきを重視し、関係機関との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(7) 営業日及びサービス提供時間

営業日	年中無休
サービス提供時間	年中無休（24 時間対応）

- (8) 通常の送迎の実施区域 盛岡市・滝沢市
- (9) 利用定員 21 人
- (10) 居室等の概要 当事業所では以下の居室、設備をご用意しております。利用される居室は原則として 4 人部屋ですが、個室をご希望される場合は、その旨お申し出ください。
(但し、ご利用者様の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。)

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	1室	従来型個室で滞在費を算定
4人部屋	5室	多床室で滞在費を算定
合計	6室	
食堂	1室	
機能訓練室	1室	
浴室	2室	一般浴1室、機械浴槽1室
医務静養室	1室	

※ 上記は、盛岡市条例が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所に設置が義務付けられている施設、設備です。

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者様に対して指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜ 主な職員の配置状況 ＞ ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	職務内容	常勤換算	指定基準
管理者	職員管理・業務管理	1名	1名
医師	健康管理・診療	1名（非常勤）	1名
生活相談員	利用者の相談援助	1名	1名
介護職員	日常生活に必要な介護	6名以上	6名
看護職員	健康管理・服薬管理	1名以上	1名
栄養士	食事・栄養管理	1名以上	1名

（令和 年 月 日現在）

※ 常勤換算…職員それぞれの週あたりの勤務時間総数を、当事業所における常勤職員の所定の勤務時間数で除した数です。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者様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利用者様にご負担いただく場合

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、負担割合に応じ介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

- ① 食事に関する栄養管理（但し、食材料費及び調理にかかる費用は別途いただきます。）
 - ・ 当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者様の身体の状況、及び嗜好を考慮した食事を提供します。
 - ・ ご利用者様の自立支援のため、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。
(食事時間)
朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
- ② 入浴介助（一般入浴・特別入浴）
 - ・ 入浴サービスを行います。車椅子の方でも機械浴槽を使用し入浴することができます。
 - ・ 体調不良等の理由により入浴が困難な場合には、ご利用者様に確認し身体清拭等にて清潔保持に努めます。
- ③ 排泄介助
 - ・ 排泄の自立を促すため、ご利用者様の身体能力を最大限活用した援助を行います。
 - ・ 排泄状況を確認し、ご利用者様の健康状態の把握に努めるとともに、自立支援に基づいた適切な介助を行います。
- ④ 送迎
 - ・ お体の状況により福祉車両等にてお迎え・お送りいたします。
- ⑤ その他自立への支援
 - ・ 寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
 - ・ 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
 - ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

<サービス利用料金（1日あたり）>

下記の料金表によって、ご利用者様の要介護度に応じたサービス利用料金をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者様の要介護度に応じて異なります。）

	居室形態	1日につき	自己負担額		
			1割	2割	3割
要介護度 1	多床室	6,450 円	645 円	1,290 円	1,935 円
	個室	6,450 円	645 円	1,290 円	1,935 円
要介護度 2	多床室	7,150 円	715 円	1,430 円	2,145 円
	個室	7,150 円	715 円	1,430 円	2,145 円
要介護度 3	多床室	7,870 円	787 円	1,574 円	2,361 円
	個室	7,870 円	787 円	1,574 円	2,361 円
要介護度 4	多床室	8,560 円	856 円	1,712 円	2,568 円
	個室	8,560 円	856 円	1,712 円	2,568 円
要介護度 5	多床室	9,260 円	926 円	1,852 円	2,778 円
	個室	9,260 円	926 円	1,852 円	2,778 円

<介護予防給付によるサービス利用料金>

	居室形態	1日につき	自己負担額		
			1割	2割	3割
要支援 1	多床室	4,790 円	479 円	958 円	1,437 円
	個室	4,790 円	479 円	958 円	1,437 円
要支援 2	多床室	5,960 円	596 円	1,192 円	1,788 円
	個室	5,960 円	596 円	1,192 円	1,788 円

- ◎ ケアマネージャーが必要と認めた場合、送迎サービスを利用できます。送迎地域は盛岡市内と滝沢市になります。(病院から施設及び施設間の送迎は対象外となります)

片道につき	自己負担額		
	1割	2割	3割
1,840円	184円	368円	552円

◎看護体制加算(Ⅱ)

看護職員を常勤加算で1名以上配置していると加算されます。

1日につき	自己負担額		
	1割	2割	3割
80円	8円	16円	24円

◎サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

介護職員のうち、80%以上の介護福祉士を配置していると加算されます。

1日につき	自己負担額		
	1割	2割	3割
220円	22円	44円	66円

◎介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)

総介護報酬の11.3%が加算されます。

☆ご利用様がまだ要介護認定を受けていない場合には、認定結果後にまとめて請求させていただきます。

☆ご利用様に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用様の負担となります。

①食事の提供(食材料費+調理費)

ご利用様に提供する食事にかかる費用です。

食費 1,685円(朝食370円 昼食745円 夕食570円)

②滞在費（室料）

ご利用者様に提供する部屋代等にかかる費用です。

滞在費 従来型個室 1,600円

多床室 950円

※1～3段階の方は、軽減措置があるため、①・②の利用者負担額が異なります。

	利用者負担段階	滞在費	食費
従来型個室	1段階	320円（1日）	300円（1日）
	2段階	420円（1日）	600円（1日）
	3段階(1)	820円（1日）	1000円（1日）
	3段階(2)	820円（1日）	1300円（1日）

	利用者負担段階	滞在費	食費
多床室	1段階	0円（1日）	300円（1日）
	2段階	370円（1日）	600円（1日）
	3段階(1)	370円（1日）	1000円（1日）
	3段階(2)	370円（1日）	1300円（1日）

※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、利用料金を変更することがあります。その場合、事前に変更の事由と金額についてご説明します。

③レクリエーション活動費 実費

ご希望によりレクリエーション活動（外出行事等）に参加していただくことができます。（外出等の特別な行事での入場料等は実費をいただきます）

④その他の料金

複写物

1枚につき白黒10円 カラー20円（用紙の大きさは関係ありません）頂きます。但し保険証等のコピーにつきましてはその限りではありません。

⑤洗濯代

当施設ではご利用者の衣類の洗濯は基本的には行わないため、ご家族の皆様をお願いしております。ご家族での洗濯が難しい場合ややむを得ない場合には、当施設職員が洗濯をします。

当施設での洗濯 1回につき306円

⑥電気製品使用料

製品名	料金（1日あたり）
電気毛布、ラジカセ、テレビ等	1点100円
その他	その都度ご相談させていただきます。

⑦ テレビ貸出料

希望されるご利用者様に対し、1日あたり150円にてテレビの貸し出しを行います。

（3）利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）の料金・費用は、月ごとの合計額を翌月の15日までに請求書及び明細書を送付します。ご利用者様は当月の料金の合計額を翌月27日までに（口座引き落としもしくは現金のいずれかの方法）事業者を支払います。口座引き落とし手数料は事業者が負担します。事業者は料金の支払いを受けた時に領収書を発行します。

（4）利用の中止、変更、追加

- ・ご利用者様の都合により指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護の利用を中止又は変更もしくは新たにサービスを追加することができます。その場合にはサービス実施日の前日17：00までに当施設へ申し出てください。（担当の居宅介護支援事業所を通じ、申し出て頂いてもかまいません。）
- ・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ご利用者様の希望する期間にサービス提供ができない場合があります。
- ・ご利用者様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、既に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。
- ・病気やけが等でお体の調子の悪い場合には、適切なサービスの提供ができない場合があります。その場合には、サービスの休止や受診などをお願いする事があります。

5. 非常災害対策

当事業所では非常災害に備えて必要な設備を設け、防災、非難に関する計画を作成し、職員及び利用者様により定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行います。

- ① 災害時の対応・・・消防計画に沿った非常誘導を行います。
- ② 防災設備・・・自動火災報知機／スプリンクラー／非常警報設備／火災報知設備／誘導標識／誘導灯／消火器／避難器具
- ③ 避難訓練・・・年2回の訓練を実施。(内1回は夜間想定により実施)
- ④ 防火管理者・・・消防法に基づいた防火管理を行います。

6. 個人情報の取り扱いについて

- ①当事業所では、適切な介護サービスの提供及び介護保険事務を目的に、ご利用者の個人情報を利用いたします。この目的の範囲内で介護支援専門員等に個人情報の提供をさせていただきます。
- ②必要な個人情報は、利用者及び介護支援専門員、又はご利用者様から同意を得た第三者から取得させていただきます。
- ③当事業所にて保有している個人情報についての訂正、開示、中止等の手続き、または苦情につきましては、別記の苦情窓口にご相談ください。

7. 秘密の保持

当事業所では、ご利用者様に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①当事業所としてご利用者様及びご家族様等に関わる個人情報の取り扱いに関しては、守秘義務・個人情報保護法のもと、契約期間中、契約終了後も正当な理由なく第三者へは漏洩いたしません。
- ②当事業所として知り得たご利用者様の個人情報の保管に関しては、鍵付き書庫の使用等の必要な措置を講じ漏洩防止に努めます。
- ③事業所職員による個人情報漏洩防止手段として、職員の雇用契約の際に守秘義務に関する誓約書を取り交わし、現職中・退職後も情報漏洩のないよう努めます。
- ④サービス担当者会議等のサービス事業所間での個人情報の取り扱いに関して、事前にご利用者様・ご家族様に書面にて同意を得ない限り使用いたしません。
- ⑤事業者として個人情報の取り扱いに関しては、別途定める個人情報取り扱い規程にて漏洩防止に努めます。

8. 事故発生時の対応

- ①ご利用者様がサービス利用中に病気またはけがにより診断、治療が必要となった場合、その他必要となった場合は当事業所の医師又は利用者の主治医において速やかに必要な

治療が受けられるよう、必要な処置を行います。

- ②当事業所において対応が困難な場合は、救急車を要請する事があります。
- ③ご利用者様に対する事故が発生した場合は、ご家族に連絡するとともに居宅介護支援事業所等に連絡を行います。必要時は市町村へ連絡します。
- ④事故の状況及び事故に際してとった処置について、記録を行います。

9. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用者様に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。ただし、その損害の発生についてご利用者様に故意又は過失が認められる場合は、ご利用者様の置かれた心身の状況を勘案して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。契約に関して止むを得ず起訴となるような場合は、その一切の起訴の第一審の管轄は盛岡地方裁判所とすることを予め合意します。

10. 相談、要望、苦情等の相談窓口

(1) 当事業所における苦情の受付手順

- ・苦情があった場合、直ちに受付担当者若しくは解決責任者が申出人に連絡を取り、面談等により詳しい事情を聞くとともに、担当者からも事情を確認します。
- ・受付担当者若しくは解決責任者が必要と判断した場合は、検討会議を開催いたします。
- ・検討の結果、早急に具体的な対応をいたします。
- ・記録を台帳に保管し再発を防止するために役立てます。
- ・再発防止のため、他部署の責任者とも検討会議を行います。(個人情報要素は話しません)
- ・苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに指導又は、助言に従って必要な改善及び開示を行います。

(2) 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。

① 苦情受付窓口

ショートステイまつぞの

- ・苦情受付担当者 田村 貢
- ・苦情解決責任者 小野寺 節子

②受付時間 9時～17時 電話 601-7407

※苦情受付ボックスを食堂に設置しております。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

盛岡市役所 介護保険課

電話番号 019-626-7562

滝沢市役所 高齢者支援課

電話番号 019-684-2111

岩手県国民健康保険団体連合会 保健介護課

電話番号 019-623-4325

1.1. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意事項

- ①施設・設備・敷地等をその本来の用途に従ってご利用ください。
- ②故意に施設、設備等を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者様の自己負担により修復いただくか又は、相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③当事業所の職員や他のご利用者様に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、営利活動等を行うことはできません。
- ④金銭、貴重品の持ち込みは最低限にお願いします。当事業所では原則として、金銭・貴重品をお預かりできませんので予めご了承ください。

(2) 喫煙について

事業所内、施設敷地内は全面禁煙となります。

1.2. サービス提供における事業者の義務

- ①ご利用者様の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご利用者様の体調、健康状態によって、医師又は看護師と相談のうえ、必要と判断した場合、ご利用をご遠慮いただく場合があります。
- ③ご利用者様に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、利用者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご利用者様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。
但し、ご利用者様又は他のご利用者様の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録（その様態及び時間、ご利用者様の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由、家族からの同意を得た旨）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。
- ⑤高齢者虐待防止法に対応するため、従業員に対する研修・苦情処理体制の整備等、必要な措置を講じます。

13. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の1ヶ月前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合は、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

- ①要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合。
- ②事業者が解散した場合、又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
- ③施設の減失や重大な毀損により、利用者様に対するサービス提供が不可能になった場合。
- ④当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合。
- ⑤利用者様から解約又は契約解除の申し出があった場合。（詳細は以下を参照）
- ⑥事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下を参照）
- ⑦利用者様が死亡した場合。

(1)利用者様からの解約

契約の有効期間であっても、利用者様から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の1ヶ月前までに解約届出書をご提出ください。

但し、以下の場合には即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合。
- ②利用者様が入院された場合。（介護保険施設への長期入所を含む）
- ③事業者・サービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合。
- ④事業者若しくはサービス従事者守秘義務に違反した場合。
- ⑤事業者若しくはサービス従事者が故意又は過失により利用者様身体・財物・信用等を傷つけ又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ⑥他の利用者が利用者様の身体・財物・信用等を傷つけた場合若しくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①利用者様が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ②利用者様による、サービス利用料金の支払いが1ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にも関わらず10日以内に支払われない場合。
- ③利用者様が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者若しくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

(3) 契約終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者は利用者様の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

(4) その他

行政の指導及び介護保険上、今後新たに条項が追加される場合は事前に文書で通知いたします。

14. その他

提供するサービスの第三者評価の実施はありません。

附 則

平成26年4月1日	改定	(4(1) サービス利用料金、(2) ①食費)
平成27年4月1日	改定	(4(1) サービス利用料金、10(3) 行政機関その他 苦情受付機関)
平成27年7月1日	改定	(4(1) サービス料金 加算の追加)
平成27年8月1日	改定	(4(1) サービス料金 負担割合、居住費基準額の変更)
平成30年3月1日	改定	(3.職員の配置状況、4(1) サービス料金 個別機能訓練加算中止)
平成30年4月1日	改定	(4(1) サービス料金)
平成30年8月1日	改定	(4(1) サービス料金)
平成31年4月1日	改定	(4(1) サービス料金 加算内容の変更)
令和 元年5月1日	改定	(4(2) ①食費、10(2) ①苦情受付窓口 苦情受付 担当者の変更)
令和 元年10月1日	改定	(4(1) サービス利用料金、(2) ①食費、⑤洗濯代、 ⑥電気製品使用料、⑦テレビ貸出料の変更)
令和 3年4月1日	改定	(4(1) サービス利用料金、サービス提供体制強化加算、 介護職員処遇改善加算の変更、(2) 滞在費)
令和 3年8月1日	改定	(4(2) ①食費)
令和 4年9月1日	改定	(4(2) ①食費、②滞在費、⑥電気製品使用料、⑦テレ ビ貸出料、11(2) 喫煙について)
令和 4年10月1日	改定	(4(1) サービス料金 加算の追加)
令和 5年4月1日	改定	事業所(4) 代表者氏名の変更
令和 6年1月29日	改定	事業所(2) 法人所在地、(3) 電話番号の変更
令和 6年4月1日	改定	(4(1) サービス料金)
令和 6年6月1日	改定	(4(1) 加算の廃止、変更)

<説明年月日> 令和 年 月 日

事業のサービス提供開始にあたり、ご利用者様に対して本書面に基づいて内容を説明しました。

事業者

住 所 岩手県盛岡市西松園三丁目 21 番 10 号
事業者名 医療法人 共生会
代表者名 理事長 平 澤 大 印
事業所名 ショートステイまつぞの
事業所番号 盛岡市指定 0370104713 号

説明者名 _____

<同意年月日> 令和 年 月 日

私は、契約書および本書面により、事業について内容の説明を受け、サービスを受ける事に同意をしました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ (印)

代理人

住所 _____

氏名 _____ (印)

(ご利用者様との関係 _____)