

重要事項説明書 (利用の手引き)

特別養護老人ホームわがの里

【事業者】

〒024-0073

岩手県北上市下江釣子10地割74番地3

社会福祉法人和江会

理事長 菊池 隆浩

☎ 0197-73-5511 FAX 0197-73-5502

【事業所】

指定介護老人福祉施設 (岩手県指定第0370600231号)

特別養護老人ホームわがの里

指定短期入所生活介護 (岩手県指定第0370600074号)

★指定介護予防短期入所生活介護

特別養護老人ホームわがの里

指定通所介護 (岩手県指定第0370600066号)

北上市介護予防・日常生活支援総合事業

わがの里デイサービスセンター

指定居宅介護支援 (岩手県指定第0370600041号)

わがの里在宅介護支援センター

指定認知症対応型共同生活介護 (岩手県指定第0390600062号)

グループホームわがの里

一般在宅福祉事業

配食サービス、地域包括支援サブセンター

令和8年8月1日現在

1 事業の目的

社会福祉法人和江会が開設する特別養護老人ホームわがの里（以下、「事業者」という。）が行う指定介護予防短期入所生活介護の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員等（以下「職員」という。）が、要介護状態にある利用者（以下、「利用者」という。）に対し、適正な介護予防短期入所生活介護を提供することを目的とします。

2 運営の方針

事業者は、利用者が要介護状態等になった場合においても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、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、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。

事業の実施に当たっては、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

3 事業者の内容

(1)	事業所名称	特別養護老人ホームわがの里
	介護保険指定番号	指定介護予防短期入所生活介護（H12.4.1 岩手県指定第0370600074号）
	所在地	岩手県北上市下江釣子10地割74番地3
	管理者の氏名	施設長 松田 幸三
	電話番号	0197-73-5511 FAX 0197-73-5502
	開設年月日	昭和62年4月1日
	入所定員	10名
	サービス提供地域	北上市（※ その他の地域にお住まいの方もご相談下さい。）

(2) 職員体制

管理者 1名

事業所の職員の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。

医師 1名（非常勤）

利用者の健康管理及び療養上の指導を行います。

生活相談員 1名

利用者の生活相談、苦情への対応、処遇の企画や実施等を行います。

介護職員 18名以上

利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行います。

看護職員 2名以上

利用者の保健衛生管理及び看護業務を行います。

管理栄養士 1名

食事の献立作成、栄養計算、利用者に対する栄養指導等を行います。

機能訓練指導員 1名

日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行います。

介護支援専門員 1名以上

アセスメントに基づき、入所者及び家族の希望に配慮し、介護サービス計画の原案を作成します。

調理員その他の職員 8名以上
必要な事務等を行います。

(3) 職員の勤務体制

職 種	勤務時間帯	勤務時間帯
事 務 室	日勤A 8:30～17:30	
医 務 課	日勤A 7:30～16:30	日勤B 8:30～17:30
介 護 課	早番 7:00～16:00	日勤 10:00～19:00
	夜勤 19:00～ 9:00 (3名)	
給食管理課	日勤A 6:00～15:00	日勤B 7:15～16:15
	日勤C 8:30～17:30	日勤D 10:00～19:00

(4) 設備の概要

居室・設備の種類	室 数	備 考
個室（1人部屋）	12室	従来型個室
2人部屋	2室	多床室
4人部屋	11室	多床室
合計	25室	
機能訓練室	1室	移動式平行棒・滑車重水訓練・練習用階段他
浴 室	3室	一般浴・リフト浴・シャワー浴・特殊浴槽
医務室	1室	
静養室	1室	

* 短期入所生活介護の定員は10名ですが、特別養護老人ホームの空き状況により空床利用ができます。

- 食 堂 利用者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。
- 浴 室 浴室には利用者が使用しやすい適切なものを設けます。
- 洗面所及び便所 必要に応じて各階各所に洗面所や便所を設けます。
- 機能訓練室 利用者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。
- その他の設備 設備としてその他に、医務室・静養室・洗濯室・調理室・面会室・介護職員室等を設けます。

4 サービスの内容

(1) 基本サービス

① 介護予防短期入所生活介護計画の立案

利用期間が4日間以上の場合、利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、介護予防短期入所生活介護計画を作成します。その内容を利用者及びその家族に説明し同意を得ます。

介護予防短期入所生活介護計画を作成した際は、当該計画を利用者に交付します。

② 食 事

- ・食事は利用者の心身の状態、嗜好を考慮し適切な時間に合わせて調理します。
- ・医師の指示による食事の提供を行います。

朝 食 7:30 昼 食 12:00 夕 食 18:00

- ③ 入 浴
週に2回～3回入浴していただけます。ただし、利用者の体調等により、回数減又は清拭となる場合があります。
- ④ 介 護
短期入所生活介護計画に沿った介護を行います。
・更衣、排泄、食事、入浴等の介助
・体位交換、シーツ交換、事業所内の移動の付き添い等
- ⑤ 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。
- ⑥ 生活相談
生活相談員をはじめ職員が、日常生活に関すること等の相談に応じます。
- ⑦ 健康管理
利用中の医療機関の受診は、基本的にご家族に対応いただきます。ただし、ご利用開始後必要に応じ、健康状態を把握するため、嘱託医へ外来し受診する場合がございます。

(2) その他のサービス

- ① 理美容
毎月、理美容の機会を設けておりますので、利用期間中に行われる場合で、ご希望の方は申し出ください。（料金は理美容事業者へ直接お支払いいただきます。）
- ② 所持品の管理
保管できるスペースに限りがございますので、事前のご連絡をお願いいたします。
- ③ レクリエーション
年間を通して事業所内外の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかる場合がございます。（利用期間中に行われる場合）

5 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該短期入所生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

(1) 基本料金

自己負担割合 1 割の場合

単位：円

介護報酬告示額 (1)	サービスの利用料金(基本)		要 支 援 1	要 支 援 2
			4,510	5,610
加 算	機能訓練体制加算 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	小 計	120	120
			220	220
			340	340
	合 計		4,850	5,950
(2)	介護保険からの給付額 (9 割)		4,365	5,355
自己負担額	介護保険自己負担額 (1 割) (1)-(2)=(3)		485	595
	居住費 (4)	多 床 室	915	915
		従 来 型 個 室	1,231	1,231
	食 費 (5)		1,545	1,545
	自己負担額合計 (3)+(4)+(5)	多 床 室	2,945	3,055
		従 来 型 個 室	3,261	3,371

自己負担割合 2 割の場合

単位：円

介護報酬 告示額 (1)	サービスの利用料金(基本)		要 支 援 1	要 支 援 2
			4,510	5,610
	加 算	機能訓練体制加算	120	120
		サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	220	220
		小 計	340	340
	合 計		4,850	5,950
(2)	介護保険からの給付額 (8 割)		3,880	4,760
自己 負 担 額	介護保険自己負担額 (2 割) (1)-(2)=(3)		970	1,190
	居住費 (4)	多 床 室	915	915
		従来型個室	1,231	1,231
	食 費 (5)		1,545	1,545
	自己負担額合計 (3)+(4)+(5)	多 床 室	3,430	3,650
		従来型個室	3,746	3,966

自己負担割合 3 割の場合

単位：円

介護報酬 告示額 (1)	サービスの利用料金(基本)		要 支 援 1	要 支 援 2
			4,510	5,610
	加 算	機能訓練体制加算	120	120
		サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	220	220
		小 計	340	340
	合 計		4,850	5,950
(2)	介護保険からの給付額 (7 割)		3,395	4,165
自己 負 担 額	介護保険自己負担額 (3 割) (1)-(2)=(3)		1,455	1,785
	居住費 (4)	多 床 室	915	915
		従来型個室	1,231	1,231
	食 費 (5)		1,545	1,545
	自己負担額合計 (3)+(4)+(5)	多 床 室	3,815	4,145
		従来型個室	4,231	4,561

* 介護保険適用の場合であっても、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は一旦、一日当たりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日北上市の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

(2) その他の加算料金

* 送迎加算 片道 1, 840円 自己負担額 184円

* 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 10円/月

* 介護職員等処遇改善加算Ⅰロ 上記(基本部分+諸加算)に17.6%が加算

(3) 食事自己負担額内訳

1日あたり1, 445円(朝食410円、昼食545円、夕食490円)

(4) その他の費用

以下のサービスは、利用料金の全額が入所者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

- ① 特別な食事・・・利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。(酒を含みます。) 利用料金：要した費用の実費

- ② 理髪サービス・・・1回あたり 2,500円
- ③ レクリエーション、クラブ活動
- i) 主なレクリエーション行事予定
- 4月／開園記念行事・ドライブ 5月／観音まつり 6月／運動会 7月／七夕会
8月／地域交流夏まつり 9月／敬老会 10月／ドライブ 12月／クリスマス会
・しめ縄づくり 1月／新年会 2月／豆まき 3月／ひなまつり
- ii) クラブ活動
- 書道、生け花等（材料代等の実費をいただきます。）
- ④ 送迎に要する費用（実施地域を超えて行う送迎） 1km当たり40円
- ⑤ 日常生活上必要とする諸費用
- 嗜好品、電話代などの日常生活においても通常かかる費用等、利用期間中の医療費については利用者の全額自己負担となります。
- ※ おむつ代や施設で行う洗濯については、介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要がありません。

(5) 当施設の滞在費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合、施設利用の滞在費・食費の負担が軽減されます。

〈1日当たり〉 (単位：円)

対 象 者		利用者負担 段 階	居 住 費		食 費
			多床室	従来型個室	
生活保護受給者		第 1 段階	0	380	300
世帯全員が 市町村民税 非課税	老齢福祉年金受給者		第 2 段階	430	480
	年金収入等※ 80万円以下の方				
	年金収入等※ 80万円超120万円以下 の方	第 3 段階①	430	880	1,030
	年金収入等※ 120万円超の方	第 3 段階②	530	980	1,360
上記以外の方		第 4 段階	施設との契約により設定されます。所得の低い 方に補足的な給付を行う場合に基準となる平 均的な費用額は次のとおりです。		
			915	1,231	1,545

※年金収入等 → 公的年金等収入金額（非課税年金を含む）＋その他の合計所得金額

6 サービス利用にあたっての留意事項

- ① 利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の職員にご一報下さい。
- ② 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず職員に声をかけてください。
- ③ 事業所内での金銭及び食べ物等のやりとりは、ご遠慮下さい。
- ④ 職員に対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- ⑤ 面会時間は、原則午前7時～午後8時までとします。また、消灯時間は、午後9時です。

7 サービスの終了

- ① 利用者の都合でサービス利用計画を終了する場合
実際に短期入所生活介護をご利用中でなければ、お申し出によりいつでも解約できます。
- ② 自動終了
以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了し、予約は無効となります。

- ・お客様が他の介護保険施設に入所した場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護度認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

③ その他

- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、30日以内に支払わない場合、またはご利用者やご家族などが当施設や施設職員に対して本契約をしがたいほどの背信行為を行った場合は、退所していただく場合があります。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合は1ヶ月前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことがございます。この場合、契約終了後の予約は無効となります。

8 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回利用者及び職員等の訓練を行います。

9 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

10 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、ご家族、市町村、関係医療機関・ケアマネ事業所等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

《緊急連絡先》

①	氏 名	(続柄)
	住 所	
	電話番号	
②	氏 名	(続柄)
	住 所	
	電話番号	

主治医	病 院 名	
	医 師 名	
	住 所	
	電話番号	

居宅介護支援事業所名

《市町村連絡先》

北上市介護保険担当窓口

Tel 0197-64-2111

11 守秘義務に関する対策

事業者及び職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、職員との雇用契約の内容としています。

12 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

13 身体拘束廃止及び高齢者虐待防止推進

- ・ 事業者は、サービス提供にあたり、原則として身体拘束は行いません。ただし、利用者様または他の利用者様の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合は、三要件（切迫性、非代替性、一時性）を満たしていることを確認し、慎重に検討を行います。
- ・ 身体拘束適正化指針及び高齢者虐待防止推進内容を含む利用者様の権利擁護規程を定める他、利用者様の権利擁護を組織的に推進するための委員会活動や定期的な研修を実施し、これらを実施するための担当者を設置しています。
- ・ 虐待と疑われる事案が発生した場合は、虐待防止のための指針に則り、発生状況の把握と対応を行い、行政機関への通報や警察への通報等必要な措置を講ずると共に、関係機関との連携を図り再発防止に努めるものといたします。

14 感染症対策

- ・ 感染症または食中毒の予防及びまん延防止のための指針を定める他、感染対策を組織的に運営するための委員会活動や定期的な研修及び発生時の訓練（シミュレーション）を実施します。
- ・ 感染症や食中毒が疑われる事案が発生した場合は、感染対策マニュアルに則り、発生状況の把握と対応を行い、行政機関等へ報告すると共に、関係機関との連携を図り感染拡大防止や食中毒まん延防止に努めるものといたします。

15 苦情相談窓口

サービスに関する相談、要望、苦情等はサービス提供責任者か下記窓口までお申し出ください。

① 当施設利用の相談・苦情窓口

窓 口 特別養護老人ホームわがの里 TEL 0197-73-5511

解決責任者 施 設 長 松田 幸三
受付担当者 生活相談員 鈴木 亜希子

② 当施設以外に、公的機関の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

北上市介護保険担当窓口 TEL 0197-64-2111

岩手県国民健康保険団体連合会 TEL 019-623-4321

岩手県福祉サービス運営適正化委員会 TEL 019-637-8871

③ 苦情解決委員(第三者)

高田 聖宜 TEL 0197-73-5042

藤枝 剛 TEL 0197-73-5627

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

16 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

協力医療機関

- ・名称 北上済生会病院
- ・住所 北上市花園町 1-6-8

協力歯科診療所

- ・名称 むらさきの歯科医院
- ・住所 北上市村崎野 16-166-3

17 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご利用者に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の伏況等を酌み取り減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和 年 月 日

指定介護予防短期入所生活介護サービスの開始にあたり、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交付しました。

事業者

〈住 所〉 北上市下江釣子 1 0 地割 7 4 番地 3

〈事業者名〉 社会福祉法人和江会

〈代表者名〉 理事長 菊池 隆浩 ㊞

事業所名 特別養護老人ホームわがの里

管理者名 施設長 松田 幸三

説 明 者 _____ ㊞

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定介護予防短期入所生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

〈利用者〉

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

〈身元引受人(家族)〉

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

利用者との続柄 ()

〈代理人〉

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

利用者との続柄 ()