

# 重要事項説明書（短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービス）

## 1. ご利用施設

法人（事業者）の名称	社会福祉法人 敬聖会
事業所の名称	短期入所生活介護桔梗みのりの里
事業所の所在地	函館市桔梗1丁目3番8号
事業所番号	0171403603
管理者の氏名	加藤 征人
電話番号	0138（46）5151
FAX番号	0138（46）3130

## 2. ご利用施設であわせて実施する事業

事業所の種類	利用定員
介護老人福祉施設	100 人
通所介護	25 人

## 3. 施設の目的と運営の方針

〔目的〕 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスの事業の適正な運営をはかるために人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の看護・介護職員、生活相談員、機能訓練指導員、管理栄養士及び介護支援専門員その他の職員が、要介護・要支援状態にある利用者様に対し、適正な短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスを提供することを目的としています。

〔方針〕 事業所は、居宅サービス計画書又は短期入所施設介護計画に基づいて、入浴・排泄・食事などの介護、その他必要な日常生活上の世話や機能訓練を行うことにより、利用者様がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことをめざしています。

事業所は、利用者様の意思及び人格を尊重し、常に利用者様の立場に立って短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスの提供に努めます。

事業所は、ゆったりした時間の中で明るく家庭的な雰囲気のもとに、家庭や地域との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めます。

利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当事業所が得た利用者様の個人情報については、当事業所での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者様又はその代理人の了承を得ることとします。

## 4. 施設の概要

敷地		4,447.5㎡
建物	構造	鉄筋コンクリート造4階建地下1階
	延床面積	5,959.34㎡
	利用定員	20名

### 主な設備

室名	室数	備考
個室（14.70～16.10㎡）法内	20	ベッド 洗面台 冷暖房 カーテン タンス 床頭台
共同生活室（111.58㎡）	2	ユニット毎に設置
トイレ	6	1ユニットに3箇所ずつ
浴室	3	特殊浴室（1）、一般浴室（2）
医務室	1	
機能訓練室	1	
地域交流スペース	1	

## 5. 職員体制（令和3年4月1日現在）

従業者の職種	人員
管理者（施設長）	1名
医師（嘱託）	1名
生活相談員（兼務）	2名
看護職員	8名
介護職員	10名
機能訓練指導員	1名
管理栄養士	1名
事務員	4名
その他の従業者	1名

## 6. 施設サービスの内容

サービスの種別	内 容
食事	・食事時間 朝食 8時～9時まで 昼食 12時～13時まで 夕食 18時～19時まで 食事はできるだけ離床して共同生活室で召し上がっていただきます。
健康管理	・嘱託医師や看護職員が日々の健康管理を行います。 バイタルチェックは週2回以上行います。
機能訓練	・機能訓練指導員による機能訓練を心身の状況にあわせて行います。
排泄	・排泄の自立を促すため、個々の心身の能力に応じてお手伝いをします。
入浴・清拭	・入浴は週2回程度です。体調不良等で入浴できない場合は清拭します。
離床	・寝たきり防止のため、できる限りの離床のお手伝いをします。
着替え	・毎朝夕の着替えのお手伝いをします。
整容	・身の回りのお手伝いをします。
シーツ交換	・シーツ交換は週1回行います。
介護相談	・入所者とその家族からのご相談に応じます。

施設職員に対して、施設職員である期間および施設職員でなくなった後においても、正当な理由が無く、その業務上知り得た利用者様又はそのご家族の個人情報等を漏らすことがないよう指導教育を適時行うほか、施設職員等が本規定に反した場合は、違約金を求めるものとしております。

## 7. 利用料等

(1) 当事業所が短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとします。（「13. 介護保険給付費と利用料等」参照）

①短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスの自己負担額として、市町村の交付する介護保険負担割合証に記載された割合。

②「食費」及び「居住費」の支払額、そして国が定める負担限度額段階（第1段階から3段階まで）の利用者様の自己負担額

(2) 前項のほか、介護保険給付外サービスの支払いを利用者様から徴収する。

(3) 緊急のやむを得ない場合を除き食事のキャンセルについては2時間前までとし、2時間前以後のキャンセルについては食費を徴収します。

(4) 支払い方法

①利用終了の都度、または月をまたいでの利用の際は翌月の7日までに請求書を発行しますので、ご確認の上お支払いください。

②お支払い方法は、現金、銀行振込等があります。契約時にお選びください。

## 8. 苦情対応体制

苦情対応の流れ

(1) 苦情の受付

①苦情の受付担当者は、利用等からの苦情を随時受け付ける。なお、第三者委員も直接、苦情を受け付けることができます。

②苦情受付担当者は、利用者等からの苦情受付に際し、苦情の内容等を書面に記録し、その内容について苦情申出人に確認します。

(2) 苦情受付の報告・確認

①苦情受付担当者は、受け付けた苦情は全て苦情解決責任者及び第三者委員に報告します。ただし、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を表示した場合除きます。

②投書などの匿名の苦情については、第三者委員に報告し、必要な対応を行います。

③第三者委員は、苦情受付担当者から苦情内容の報告を受けた場合は、内容を確認するとともに、苦情申出人に対して報告を受けた旨を通知します。

(3) 苦情解決に向けた話し合い

①苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いを行う。必要に応じて第三者委員が立ち会うなどします。

(4) 苦情解決結果の記録、報告

①サービスの質を高め、事業の運営の適正化を図るために、苦情の解決の結果や改善事項につき、記録を残し、第三者委員に報告します。

(5) 解決結果の公表

①サービスの質や信頼性の向上を図り、利用者によるサービスの選択に資するため、個人情報に関するものを除き「事業報告書」等に掲載し、公表します。

苦情解決責任者	管 理 者	加藤 征人
・相 談 窓 口	電話番号	0 1 3 8 - 4 6 - 5 1 5 1
	Fax 番号	0 1 3 8 - 4 6 - 3 1 3 0
・苦情対応窓口	生活相談員兼務	佐藤 拓紀
	介護主任	佐藤 拓紀
	ユニットリーダー	清水 和代 ・ 吉田 周平
	対応時間	午前8時30分～午後5時00分

社会福祉法人 敬聖会	角谷 利夫	電話	0 1 3 8 - 2 2 - 8 1 6 6
苦情処理第三者委員	函館市末広町12-1		
	笠松 光明	電話	0 1 3 8 - 4 7 - 0 4 3 0
函館市桔梗町435番地の252			

公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

函館市福祉サービス苦情 処理委員事務局	所 在 地	函館市東雲町4番13号	
	電話番号	0 1 3 8 - 2 1 - 3 2 9 7	
	Fax 番号	0 1 3 8 - 2 6 - 6 6 5 7	
	対応時間	午前8時45分～午後5時15分	
北海道国民健康保険 団体連合会 総務部介護・障害者 支援課企画・苦情係	所 在 地	札幌市中央区南2条西14丁目	国保会館
	電話番号	0 1 1 - 2 3 1 - 5 1 7 5 (専用)	
	Fax 番号	0 1 1 - 2 3 3 - 2 1 7 8	
	対応時間	午前9時00分～午後5時00分	

9. 協力医療機関

医療機関の名称	森病院
院長名	森 久恒

所在地	函館市桔梗町557番地
電話番号	0138-47-2222
診療科	内科、循環器内科、消化器内科、緩和ケア内科、リハビリテーション科
入院設備	135床

### (1) 緊急時・事故発生時等の対応

あらかじめかかりつけの病院を伺い、万が一利用中に緊急性、事故などが発生した際にはご家族様へ連絡し、かかりつけ病院にて対応致します。または協力医療機関にて対応を致します。

## 10. 非常災害時の対策

災害時の対応	消防計画に則り対応を行います。
平常時の訓練	年2回、昼間及び夜間を想定した避難訓練を実施します。
防災設備 ※消防法適合施設	スプリンクラー 避難階段 自動火災報知器 誘導灯 防火扉・シャッター 屋内消火栓 自動通報装置 漏電火災報知器 カーテンは、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	毎年5月提出 防火管理者 加藤征人

## 11. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	面会時間 午前8時30分～午後8時 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員にお届けください。
外出	外出の際には必ず行き先と帰宅日時を職員にお申し出ください。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙	全館禁煙となっております。
迷惑行為等	酩酊・騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の入居者の居室等に立ち入らないようお願いいたします。
所持品の管理	自己管理とさせていただきます。
現金等の管理	自己管理とさせていただきますので紛失された場合は当施設では責任を負いかねます。 ご自身で管理できない場合は職員にお申し出てください。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

## 12. 入居中のリスク

- ・歩行時の転倒やベッド・車いすからの転倒による骨折、外傷、頭蓋内損傷などの恐れがあります。
- ・介護保険施設では、原則的に身体拘束を行いませんので、転倒・転落等による事故の可能性があります。
- ・加齢や疾病により血管や皮膚はもろくなります。少しの摩擦で皮がむけたり、軽度の打撲で皮下出血することがあります。水分や食べ物を飲み込む力が低下している場合もあり、のどに詰まって窒息したり、誤嚥性肺炎になる場合があります。脳や心臓等の疾患が発病しやすくなり、急変・急死の可能性も高くなります。
- ・利用者様の全身状態が急変した場合、医師又は看護職員の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

## 13. 介護保険給付費と利用料等

### (1) 併設型ユニット短期入所生活介護費Ⅰ（1点10円のうち自己負担は介護保険負担割合証の割合）

要介護度	施設サービス費 / 日
要介護1	696点
要介護2	764点
要介護3	838点
要介護4	908点
要介護5	976点

### (2) 併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護費（Ⅱ）

要支援度	施設サービス費
要支援1	523点
要支援2	649点

※令和3年4月1日から9月30日まで新型コロナウイルス感染症対策についての上乗せ加算として各(1)(2)短期入所生活介護費に0.1%を上乗せしての算定となります。

①機能訓練体制加算	12点/日
②機能訓練加算	56点/日
③看護体制加算(Ⅰ)	4点/日
④看護体制加算(Ⅱ)	8点/日
⑤医療連携強化加算	58点/日
⑥夜勤職員配置加算(Ⅱ)	18点/日
⑦認知症行動・心理症状緊急対応加算(入所後7日間)	200点/回
⑧若年性認知症利用者受入加算	120点/日
⑨介護送迎加算	184点/回
⑩緊急短期入所受入加算	90点/日
⑪療養食加算	8点/食
⑫在宅中重度者受入加算Ⅰ	421点/日
⑬生活機能向上連携加算Ⅱ	200点/月
⑭サービス提供体制強化加算Ⅰ	22点/日
⑮サービス提供体制強化加算Ⅱ	18点/日
⑯サービス提供体制強化加算Ⅲ	6点/日
⑰介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1月につき所定単位×83/1,000
⑱介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)	1月につき所定単位×27/1,000

※連続して30日を超えて同一の短期入所生活介護事業所に入所している場合は、1日につき30点が減算されます。(介護予防除く)

### (3) 介護保険給付外サービス

①食費(お支払いは1食あたりとなります) 464円

介護報酬改定に伴い令和3年8月1日に基準費用額が見直され、食費が1日1,392円から1日1,445円となりますので予めお伝えいたします。尚、短期入所は1食ごとの計算となります。

標準負担額減額認定証をお持ちの場合は認定証の額となります。

②居住費(1日)外泊時も部屋を確保しますので室料を頂きます。 2,006円

「食費」「居住費」について標準負担額減額認定証をお持ちの場合(利用者負担限度日額)

	食費	居住費(ユニット型個室)
利用者負担第1段階	300円	820円
利用者負担第2段階	390円	820円
利用者負担第3段階	650円	1,310円
利用者負担第4段階	1,392円	2,006円

※介護保険では、同じ月に利用した介護サービスの利用者負担(負担割合証の割合)の合計額(同じ世帯に複数の利用者がある場合には、世帯合計額)が、下表の負担上限額を超えたときは、超えた分が「高額介護サービス費」として後から支給されます。

区分	高額介護サービス費負担上限額	
利用者負担第1段階	生活保護を受給している方等	15,000円

利用者負担第2段階	前年の合計所得と公的年金等収入額の合計が年間80万円以下の方等	15,000円
利用者負担第3段階	世帯の全員が市町村民税非課税の方	24,600円
利用者負担第4段階	世帯内のどなたかが市町村民税が課税されている方	37,200円
	現役並み所得者に相当する方がいる世帯の方	44,400円

※社会福祉法人による利用者負担軽減制度の適用を受け、市町村が発行する「社会福祉法人等による利用者負担減免確認証」をお持ちの場合、負担額が軽減されます。

以下につきましては、施設から一律に提供しているものではなく、利用者様よりご希望があったものに限りお支払いいただきます。

- ③ レンタルテレビ料 150円/日 (外税)  
(内訳: レンタルテレビ料50円+電気使用量100円)
- ④ 持ち込みテレビ電気使用料 100円/日 (外税)
- ⑤ 持ち込み冷蔵庫電気使用料 100円/日 (外税)
- ⑥ 理美容代 ※外部業者委託 2,000～5,000円
- ⑦ 私物の洗濯代(外税) ※外部業者委託 1,000～7,000円
- ⑧ 教養娯楽費 (クラブ活動で使用する、習字、粘土の材料等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にはお支払いいただきます) 材料費等の実費徴収
- ⑨ 文書料(外税) ※入居証明等の文書の発行 500円
- ⑩ その他、日常生活に必要な物品 (但し、おむつを除きます。) につきましては、利用者様の全額負担となっておりますのでご了承ください。

#### 1.4. 送迎実施地域

送迎時間	9:00～16:00間での間で実施
------	-------------------

※ご家族による送迎でも構いません。

送迎の範囲～函館市、北斗市、七飯町 (旧4市町村は要相談)

#### 1.5. 第三者評価の実施状況について

第三者評価は現在実施しておりません。

# 当施設における個人情報の取り扱いについて

短期入所生活介護桔梗みのりの里では、利用者様の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

## 【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

○短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護内部での利用目的

- ①当施設が利用者様等に提供する介護サービス
- ②介護保険事務
- ③介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
  - ・入退所等の管理
  - ・会計・経理
  - ・事故等の報告
  - ・当該利用者様の介護・医療サービスの向上

○他の事業者等への情報提供を伴う利用目的

- ①当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
  - ・利用者様に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
  - ・利用者様の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
  - ・検体検査業務の委託その他の業務委託
  - ・ご家族等への心身の状況説明
- ②介護保険事務のうち
  - ・保険事務の委託
  - ・審査支払機関へのレセプトの提出
  - ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ③損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

## 【上記以外の利用目的】

○当施設の内部での利用に係る利用目的]

- ①当施設の管理運営業務のうち
  - ・医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
  - ・当施設において行われる学生の実習への協力
  - ・当施設において行われる事例研究

○他の事業者等への情報提供に係る利用目的]

- ①当施設の管理運営業務のうち
  - ・外部監査機関への情報提供
  - ・施設のホームページおよび広報誌への掲載

## 【別記】 施設内における個人情報の取り扱いについて

### ○ 居室への名札の掲示について

※必要に応じて利用者様の居室に認識しやすいように名前を掲示し、面会時のご家族様を適切にご案内できるように致します。

また、職員間での利用者様相互の誤認防止の為、ご協力頂く事もございますので、よろしくお願い申し上げます。

### ○ 施設での行事・レクリエーション等の写真の掲示・ビデオ撮影および上映について

※施設での生活を楽しんでいただくために実施したレクリエーション等の、写真の掲示やビデオを上映し、振り返りを行います。

### ○ 外部からの電話や面会時の利用者様に対する取り次ぎを行います

※尚、当施設をご利用しているかどうかのご質問についてはお答えしかねます。また、ご本人様の心身の状況についてのお問い合わせにつきましては、ご本人様若しくはあらかじめ緊急時のご連絡先等として届出されている方以外へのお答えは致しませんので、入退去等のご連絡はご家族間をお願い申し上げます。

## 【個人情報使用同意欄】

短期入所生活介護桔梗みのりの里より、前記の【個人情報の利用目的】及び【当施設における個人情報の取り扱い】についての説明を受け、この範囲で個人情報の使用及び情報の収集をすることに同意します。この同意書の有効期限は同意日から1年とし、以後は自動更新とします。

この同意書について一部同意しがたいものがある場合、または同意後に変更及び取り下げを希望する場合は施設相談窓口へ申し出るものとします。



短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護にあたり、利用者様に対して本書面に基づいて重要事項についての説明を受けました。また「当施設における個人情報の取り扱い」についての説明を受け、「個人情報の使用」について同意します。

令和 年 月 日

【利用者】

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(代筆者氏名) \_\_\_\_\_ 印

代筆理由 : 目が不自由 手が不自由 認知症 その他 ( )

【身元引受人】

(住 所) \_\_\_\_\_

(氏 名) \_\_\_\_\_ 印 (続 柄)

利用者家族の個人情報使用について同意します。

(家族代表者氏名) \_\_\_\_\_ 印

事業者  
所在地 函館市桔梗町1丁目3番8号  
名称 特別養護老人ホーム桔梗みのりの里

説明者 (生活相談員)