

もくもく苑 短期入所生活介護事業 重要事項説明書
介護予防

当事業者はご契約者に対して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。

1. 事業者

法人名 社会福祉法人おおつか福祉会
代表者氏名 理事長 萬代輝正
開設年月日 昭和 52 年 11 月 2 日

2. 運営方針

- 1 利用者の基本的人権を尊重する立場にたって、利用者の個性を重んじ、老人処遇の3原則（生活の継続性の尊重・日常生活の自己決定・残存能力の活用）を基本にして、利用者ひとりひとりを大切に作る姿勢で運営にあたる。
- 2 利用者や施設が地域の中で孤立することがないように、ボランティアとの活発な交流、広報活動、公開行事により、開かれた施設運営に努める。
- 3 職員は、利用者とのより良い人間関係の構築に努め、他方職員の専門職としての介護技術の向上、協力体制の確立を図る。

3. 事業の概要

事業の種類		事業所の名称		島根県指定	介護保険指定日	事業開始日
介護予防 短期入所生活介護		もくもく苑 短期入所生活介護事業所		3270400421 号	H18. 4. 13	H5. 7. 1
所在地		島根県出雲市矢野町 845 番地		電話番号	0853-21-6969	
管理者名	施設長	中村忠司	特別養護老人ホームもくもく苑 施設長（兼務）			
定員	20 名		営業日		毎日	
施設建物の構造		鉄筋コンクリート造陸屋根・瓦・アルミニウム板葺平屋建				
施設建物		建物延べ床面積 3918.3 m ² 島根県出雲市矢野町 845 番地				
		特別養護老人ホームもくもく苑内に事務所を置く				
通常の事業実施地域		出雲市				

介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）

職員体制 特養施設と一体的に勤務（看護職員除く）	
サービス提供職員数	生活相談員 1 名以上 看護職員 2 名（短期入所のみ） 機能訓練指導員 1 名 介護職員 34 名以上（常勤換算）
職務内容	
生活相談員	利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言とその他援助を行う。
看護職員	利用者の健康状態に注意しながら、医師の指示に基づき健康保持のための適切な措置を行う。
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う。
介護職員	入浴、清拭、排泄、離床、着替え及び整容等日常生活上の世話を行う。

介護保険給付対象の主なサービス		
送迎	・ ご自宅と事業所間の送迎をおこないます。（心身の状態、家族等の事情により必要と認められる利用者） ※利用者宅以外または家族不在の際の送迎は出来ません。	
食事	・ 食事は、栄養並びに利用者の身体の状態及び嗜好を考慮します。	
入浴	・ 当施設では、一般浴槽、機械浴槽を整備しております。 ・ 医師や看護師の指示により入浴することが適当でない場合は、部分浴もしくは清拭をおこないます。	
排泄機能訓練	・ 利用者の排泄の介助をおこないます。 ・ 体操等、また日常生活の中で機能訓練指導員の指導の下、簡単な機能訓練を実施します。	
利用料金	1 割負担	
	要支援 1	要支援 2
多床室介護料	451 円	561 円
サービス提供体制強化加算	・ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）…22 円 ・ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）…18 円 ・ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）… 6 円 ※職員の体制により、いずれか加算	
療養食加算	・ 8 円/食 （対象者のみ 1 日 3 食まで）	
介護職員等処遇改善加算	介護職員等処遇改善加算Ⅰ ロ・ 令和 8 年 6 月から （ご利用合計額×17.6%） 円	
送迎加算	片道につき 184 円	
実費負担となる（介護保険給付の対象とならない）サービスと利用料金		
居住費（滞在費）	・ 利用期間中の居住費用をご負担いただきます。 （令和 6 年 8 月改正） 料金：多床室 915 円／日 個室 1,231 円／日（特養空床利用時のみ） 負担限度額認定を受けておられる方は「負担限度額認定証」の額となります。	
食費	・ 利用者に提供する食事の材料費・調理費をいただきます。 料金：（令和 8 年 8 月から） 朝食 280 円 昼食 800 円 夕食 465 円 負担限度額認定を受けておられる方は「負担限度額認定証」の額となります。	
電気代	テレビ、電気毛布、電気あんか、を使用される場合は電気代をいただきます。 料金： 20 円/日	
通常地域外の送迎	・ 通常のサービス提供地域（出雲市）以外への送迎は出雲市を越えた時点から 1 k mあたり 30 円で算出した額をいただきます。	
キャンセル料	・ サービス提供直前になって、利用者の都合でキャンセルされる場合、利用料の自己負担分をいただく事があります。（病状の急変、緊急やむを得ない場合は除く。）	
介護保険負担割合	・ 一定額以上の所得のある第 1 号被保険者の利用者負担が変更になる場合があります。介護保険負担割合証をご確認ください。	
社会福祉法人等による利用者負担軽減制度		
当事業所は、社会福祉法人等利用者負担軽減制度を行っています。認定証をお持ちの方はご提示ください。		

※食費、居住費に関しては、負担限度額認定を受けておられる場合、「負担限度額認定証」の額になります。

短期入所の居住費・食費に関しては、世帯の収入等に応じて**介護保険負担限度額認定申請**をすることによって補足給付を受けられます。 認定証をお持ちの方はご提示ください。
 ※申請に関しては市町村（保険者）介護保険担当課へご相談ください。

4. 個人の情報の利用範囲について

利用者の主治医、サービス提供事業者間で利用者の認定情報、心身状況、家族状況等、サービスを提供する上で必要最小限の情報を扱わせていただきます。

5. 秘密保持について

事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険が及ぶ場合など正当な理由がある場合を除いては、契約中また契約終了後も第三者に漏らすことはありません。但し、利用者に係るサービス担当者会議での利用など正当な理由がある場合に限り、利用者及び家族の個人情報を用いることがあります。

6. 緊急時における対応について

サービス提供中に事故、利用者の症状の急変等、緊急事態が発生した際は、速やかに家族へ連絡をとり、必要に応じて主治医等への連絡等必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告します。また、管理者が保険者への報告を行います。

7. 衛生管理・感染症対策及び災害対策等について

- ・事業所は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲料水について、その衛生的管理に努めます。
 - ・職員、利用者の日常の手洗い、消毒、マスクの着用、検温等、事業所内において感染症が発生又は蔓延しないよう必要な措置を行ないます。なお、その措置のためにサービス利用期間の変更が生じた場合も、ご利用期間に応じた利用料金を徴収させていただきます。
 - ・事業所は、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施を行います。
 - ・事業所は、感染症及び災害等の発生時における業務継続に関し、計画の策定、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施を行います。

8. 虐待防止について

当施設は虐待の防止のための指針を整備し、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、従業者への周知徹底、定期的研修の実施、それらを適切に実施するための担当者を設けて、虐待の発生、再発の防止に努めます。

9. 身体拘束等の適正化について

事業所は、利用者または他の利用者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を除き、身体拘束等の廃止に努めます。

身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録し保存を行います。

事業所は、身体拘束等の適正化のために、委員会の開催等、指針の整備、研修の実施に努めます。

10. 福祉サービス第三者評価について

当事業所は、福祉サービス第三者機関の実施するサービス評価の審査は受けておりません。

11. 苦情の受付について

居宅介護支援についてのご相談や苦情、居宅サービス計画に基づいて提供した介護サービスに関するご相談や苦情は、遠慮なく下記までご連絡ください。担当者が不在のときは、基本的事項については他の職員が対応し、担当者に引き継ぎます。

苦情受付担当者は、受付けた苦情を理事長に報告し、苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。苦情申出人に改善を約束した事項については一定期間後その結果を報告します。

島根県国民健康保険団体連合会	介護サービス苦情相談窓口	0852-21-2811
出雲市役所健康福祉部高齢者福祉課		0853-21-6972

○苦情受付相談窓口			
[苦情解決責任者]	施設長	中村忠司	
[担当者]	生活相談員	永瀬誠次	施設課 課長 山本由紀子
[電話番号]	0853-21-6969	[FAX]	0853-24-3322
○受付時間	月曜日	～	金曜日 9:00 ～ 17:00

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。

令和 年 月 日

もくもく苑短期入所生活介護事業所

説明者 職名 氏名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、サービス開始に際して、その内容を理解し同意しました。

令和 年 月 日

ご利用者 住所

氏名

ご家族 住所

氏名