

# 指定(介護予防)短期入所生活介護 重要事項説明書

ケアホームみどり

〒933-0842 高岡市横田町 1 丁目 2-25

TEL 0766-21-2040

FAX 0766-21-2054

# 指定（介護予防）短期入所生活介護サービス重要事項説明書

<令和7年1月1日現在>

あなたに対する指定（介護予防）短期入所生活介護サービス提供開始にあたり、厚生省令に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1 事業者

|         |                   |
|---------|-------------------|
| 事業者の名称  | 株式会社ケアホームみどり      |
| 事業者の所在地 | 富山県高岡市横田町1丁目2番25号 |
| 代表者名    | 代表取締役社長 寺崎 敏治     |
| 電話番号    | (0766) 21-2040    |

## 2 事業所

|          |                          |
|----------|--------------------------|
| 富山県指定    | 平成16年6月1日指定 第1670201126号 |
| 事業所の名称   | ケアホームみどり                 |
| 事業所の所在地  | 富山県高岡市横田町1丁目2番25号        |
| 管理者      | 上野 寛子                    |
| 電話番号     | (0766) 21-2060           |
| ファクシミリ番号 | (0766) 21-2054           |

## 3 施設概要

### (1) 建物

|          | 定員  | 敷地面積                     | 延床面積                    |
|----------|-----|--------------------------|-------------------------|
| ケアホームみどり | 20名 | 15,718.49 m <sup>2</sup> | 2,171.73 m <sup>2</sup> |

(※定員には介護予防サービス定員を含む)

### (2) 居室・設備

| 居室・設備の種類 | 室数  |   |
|----------|-----|---|
| 個室(1人部屋) | 20室 | 従来型個室 最小面積 12.4 m <sup>2</sup> 最大面積 13.6 m <sup>2</sup> |
| 居室合計     | 20室 |   |
| 食堂       | 1室  | 施設と共有使用   |
| 機能訓練室    | 1室  |   |
| 浴室       | 2室  | 特殊浴槽、一般浴槽   |
| 医務室      | 1室  |   |

#### 4 職員体制（主たる職員）

当事業所では、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。

| 職 種        | (介護予防) 短期入所生活介護 |
|------------|-----------------|
|            | 人 数             |
| 1 管理者      | 1名（兼務）          |
| 2. 生活相談員   | 1名              |
| 3. 看・介護職員  | 7名以上            |
| 4. 機能訓練指導員 | 1名              |
| 5. 医師      | 1名              |
| 6. 栄養士     | 1名              |
| 7. 調理員(委託) | 4名              |
| 8. 事務員     | 1名              |

※職員の配置については指定基準を遵守し、基準を上回った配置をしています。

#### 5 職員の勤務体制

| 職 種        | (介護予防) 短期入所生活介護  |
|------------|--|
| 1. 医師      | 隔週・水曜日 13:00～14:00   |
| 2. 介護職員    | 標準的な時間帯<br>日勤 8:30～17:30<br>夜勤A 17:00～ 9:00<br>夜勤B 17:30～ 9:30 |
| 3. 看護職員    | 標準的な時間帯<br>日勤 8:30～17:30<br>夜勤A 17:00～ 9:00<br>夜勤B 17:30～ 9:30 |
| 4. 機能訓練指導員 | 看護職員   |

#### 6 当事業所が提供するサービス

介護保険給付対象サービス

以下のサービスについては、滞在費、食費を除き通常9割が介護保険から給付されます。

| 種 類   | 内 容   |
|-------|---|
| 居室の提供 | ・従来型個室を提供します。   |
| 食 事   | ・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体的状況及び嗜好を配慮した食事を提供します。<br>・食事はできるだけ離床して、食堂で食べていただけるように配慮します。 |
| 入 浴   | ・入浴又は清拭を行います。<br>・寝たきり等で座位のとれない方でも特殊浴槽を使用して入浴することができます。                             |
| 排 泄   | ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。                                      |
| 機能訓練  | ・機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。                                   |
| 健康管理  | ・看護職員が健康管理を行います。  |
| 送 迎   | ・利用者の心身の状況、家族の事情から見て必要な方に送迎を行います。   |

(食事時間)

|    |        |
|----|--------|
| 朝食 | 7:30～  |
| 昼食 | 12:15～ |
| 夕食 | 18:00～ |

介護保険給付対象外サービス

- ① 介護保険支給限度額を超えるサービス
- ② 理容代・利用者の希望による日常生活費

## 7 利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス利用料金

- ① 単独型短期入所生活介護費（従来型個室）＋夜勤職員配置加算＋看護体制加算  
＋サービス提供体制強化加算

(1日当たり)

| 要介護度         | 要介護    | 要介護    | 要介護    | 要介護    | 要介護    |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 区分           | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      |
| 単独型短期入所生活介護費 | 6,450円 | 7,150円 | 7,870円 | 8,560円 | 9,260円 |
| 夜勤職員配置加算     | 130円   | 130円   | 130円   | 130円   | 130円   |
| 看護体制加算(Ⅰ)    | 40円    | 40円    | 40円    | 40円    | 40円    |
| 看護体制加算(Ⅱ)    | 80円    | 80円    | 80円    | 80円    | 80円    |
| サービス提供体制強化加算 | 220円   | 220円   | 220円   | 220円   | 220円   |
| 1割負担者分       | 692円   | 762円   | 834円   | 903円   | 973円   |
| 2割負担者分       | 1,384円 | 1,524円 | 1,668円 | 1,806円 | 1,946円 |
| 3割負担者分       | 2,076円 | 2,286円 | 2,502円 | 2,709円 | 2,919円 |

単独型介護予防短期入所生活介護費（従来型個室）＋サービス提供体制強化加算

(1日当たり)

| 要介護度         | 要支援    | 要支援    |
|--------------|--------|--------|
| 区分           | 1      | 2      |
| 単独型短期入所生活介護費 | 4,790円 | 5,960円 |
| サービス提供体制強化加算 | 220円   | 220円   |
| 1割負担者分       | 501円   | 618円   |
| 2割負担者分       | 1,002円 | 1,236円 |
| 3割負担者分       | 1,503円 | 1,854円 |

② 送迎加算

送迎サービスを希望された場合に加算されます。

(片道)

|        |         |
|--------|---------|
| 送迎加算   | 1,840 円 |
| 1割負担者分 | 184 円   |
| 2割負担者分 | 368 円   |
| 3割負担者分 | 552 円   |

③ 療養食加算

糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食（流動食は除く）、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、特別な場合の検査食等で、医師の食事箋がある場合に加算されます。

(1日当たり)

|        |      |
|--------|------|
| 療養食加算  | 80 円 |
| 1割負担者分 | 8 円  |
| 2割負担者分 | 16 円 |
| 3割負担者分 | 24 円 |

④ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

基本サービス費に各種加算（介護職員等処遇改善加算を除く）を加えた総額に14.0%を乗じた金額を負担していただきます。

⑤ 緊急短期入所受入加算

ご利用者の状態・ご家族の体調不良や急用の為、予定外の緊急利用を居宅事業所のケアマネージャーが必要と認めた場合に利用した日から7日を限度とし加算されます。

(日常生活上の世話をしている家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日間)

(1日あたり)

|          |       |
|----------|-------|
| 緊急短期受入加算 | 900 円 |
| 1割負担者分   | 90 円  |
| 2割負担者分   | 180 円 |
| 3割負担者分   | 270 円 |

⑥ また、基本料金と加算料金は、「介護保険負担割合証」に記載されている1割または、2割・3割負担になります。

(2) 介護保険給付対象外サービス利用料金

① 食費 (1食ごと)

朝食 440 円 昼食 670 円 おやつ 110 円 夕食 650 円

「介護保険負担限度額認定証」を受けている場合は以下の金額です。

朝食 350 円 昼食 (おやつ代含む) 600 円 夕食 495 円

ただし、「認定証」に記載されている食費の負担限度額が1日にお支払いいただく

食費の上限となります。

<別添資料1参照>

◆食事締め切り時刻 朝食： 午前5：30 / 昼食：午前9：30

おやつ：午後1：00 / 夕食：午後3：00

\*休み等の連絡なく上記時刻を過ぎた場合、食事を召し上がっていても代金を徴収します。

- ② 滞在費（従来型個室） 1日 1,231円  
 電気代 1日 50円（各居室にテレビを設置しているため）  
 ただし、滞在費について「介護保険負担限度額認定証」を受けている場合は、認定証に記載されている負担限度額が1日にお支払いいただく滞在費となります。

＜別添資料1参照＞

③ 理容代

原則、月に1回、理容師の出張による理髪サービス（カット・顔そり・毛染め）をご利用いただけます。（ただし理容師の来所日の都合によりご利用いただけない場合もございますので、希望される方は事前にお問い合わせください。）

|          |        |      |        |
|----------|--------|------|--------|
| ・毛染め＋カット | 4,000円 | ・カット | 2,000円 |
| ・毛染め     | 3,000円 | ・顔そり | 800円   |
| ・カット＋顔そり | 2,400円 |      |        |

④ 日常生活費

利用者の希望による身の回り品として日常生活に必要なものの購入代金、また利用者の希望による教養娯楽として日常生活に必要なものの費用で、利用者に負担していただくことが適当であるものにかかる費用については、実費負担となります。

## 8 サービス利用料金の変更

- (1) 前記 7(1) に定めるサービス利用料金について、介護給付費体系の変更があった場合は、当該サービス利用料金を変更させていただきます。
- (2) 前記 7(2) に定めるサービス利用料金について、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は、変更を行う1か月前までに説明をした上で、当該サービス利用料金を相当な額に変更させていただきます。
- (3) 利用者は、前2項の変更同意することができない場合には、契約を解除することができます。

## 9 サービス利用料金の支払い

- (1) 事業者は、利用者が支払うべき介護保険給付対象サービスに要した費用について、利用者が介護サービス費として介護保険組合等から給付を受ける額（以下「介護保険給付額」という。）の限度において、利用者に代わって介護保険組合等から支払いを受けます。
- (2) 利用者は、要介護度に応じて契約書第4条に定める介護保険給付対象サービスを受け、この重要事項説明書第7に定める所定の料金体系に基づいたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分（自己負担分：通常はサービス利用料金の1割、2割または3割）を事業者を支払うものとします。
- (3) 利用者は、契約書第5条に定める介護保険給付対象外のサービスについては、この重要事項説明書に定める所定の料金体系に基づいたサービス利用料金を事業者を支払うものとします。
- (4) 利用者は、前3項のほか、利用期間中の食費、滞在費及び日常生活上必要となる諸費用の実費（理容、美容代等）を事業者を支払うものとします。
- (5) 前4項に定めるサービス利用料金は、翌月 27日（金融機関が休日の場合はその翌日）に利用者の口座から自動引き落としを行うものとします。

## 10 利用の中止、変更、追加

利用者は、利用予定日の前にサービスの利用を中止又は変更もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、利用予定日の前日までに事業者申し出るものとします。

## 11 通常の事業の実施地域 高岡市・射水市・氷見市

## 12 営業日及び営業時間

|           |              |
|-----------|--------------|
| 営業日       | 年中無休         |
| 受付時間      | 8時30分～17時30分 |
| サービス提供時間帯 | 年中無休         |

## 13 苦情の受付

### (1) 当事業所における苦情の受付

指定（介護予防）短期入所生活介護サービスにおける苦情やご相談は、下記の受付窓口にて受け付けます。

#### ○ 受付窓口

苦情受付担当者 主任 : 林 美枝子 副主任 : 毛利 妙子  
生活相談員 : 大井 雅江

苦情解決責任者 施設長 : 上野 寛子  
第三者委員 津田 朋彦

#### ○ 受付時間 毎週月曜日～土曜日 8時30分～17時30分

### (2) 苦情処理の手順

担当者が書面に記録し、話し合いによる解決・改善に努めます。その際は、第三者委員に報告し必要な助言を受けます。

### (3) 行政機関その他苦情受付機関

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 高岡市<br>長寿福祉課          | 所在地 〒933-8601 高岡市広小路7番50号<br>電話番号 (0766) 20-1165・FAX (0766) 20-1364<br>受付時間 8:30～17:00 (土日祝日を除く)     |
| 射水市<br>介護保険課          | 所在地 〒939-0294 射水市新開発410-1<br>電話番号 (0766) 51-6627・FAX (0766) 51-6666<br>受付時間 8:30～17:00 (土日祝日を除く)     |
| 氷見市<br>福祉介護課          | 所在地 〒935-8686 氷見市鞍川1060<br>電話番号 (0766) 74-8111・FAX (0766) 74-8257<br>受付時間 8:30～17:00 (土日祝日を除く)       |
| 富山県国民健康保険団体<br>連合会    | 所在地 〒930-8538 富山市下野字豆田995番地の3<br>電話番号 (076) 431-9833・FAX (076) 431-9834<br>受付時間 8:30～17:00 (土日祝日を除く) |
| 富山県福祉サービス運営<br>適正化委員会 | 所在地 〒930-0094 富山市安住町5番21号<br>電話番号 (076) 432-3280・FAX (076) 432-6146<br>受付時間 9:00～17:00 (土日祝日を除く)     |

## 14 第三者評価の実施

第三者評価は行っておりません。

## 15 協力医療機関

|         |                                 |
|---------|---------------------------------|
| 医療機関の名称 | 林内科医院                           |
| 所在地     | 高岡市中島町 3-17 電話番号 (0766) 22-0777 |
| 診療科     | 内科                              |

|         |  |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | 厚生連高岡病院  |
| 所在地     | 高岡市永楽町 5-10 電話番号 (0766) 21-3930  |
| 診療科     | 内科、精神科、神経内科、消化器科、小児科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、歯科<br>口腔外科、リハビリテーション科 |

## 16 非常災害対策

- (1) 職員は常に災害事故防止と利用者の安全確保に努めるものとします。
- (2) 当事業所は消防法その他の法令に定められた消防設備等を設置するものとし、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、火災等災害時に消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう、職員に周知徹底します。
- (3) 当事業所は消防法第 8 条に規定する防火管理者をおきます。
- (4) 防火管理者は、消防法施行規則第 3 条に規定する消防計画(震災、風水害含む)を作成し、当該消防計画に基づき、消火、通報、避難等訓練を年 2 回以上行います。
- (5) 防火管理者は火災予防上の点検、検査を実施し、消防用設備等の点検、整備に立会います。また火気使用の取り扱いの指導、職員に対する防災教育の実施、その他防火管理上必要な業務を行い、火災等非常時における対策を常に整備し、不慮の事態に備えるものとします。

## 17 ハラスメント対策

- (1) 当事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2) 利用者、またはその家族、代理人が職員に対して行う、身体的暴力、精神的暴力、セクシュアルハラスメント等の行為を禁止します。

## 18 緊急時における対応方法

利用者に病状の急変が生じたとき、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又は協力医療機関への連絡を行います。受診が必要と判断した場合、救急搬送以外は家族・代理人の付き添いをお願いいたします。

\* 基本的に急変時は救急車を要請します。

## 19 事故発生時における対応方法

事故発生時、利用者の心身の状況に応じて速やかに利用者の家族・代理人に連絡をとり、指示を得て対処するものとします。



## 20 事故発生後の対応

- (1) 利用者に対する（介護予防）短期入所生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、富山県、当該利用者の家族・代理人に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。
- (2) 利用者に対する（介護予防）短期入所生活介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって対応し、損害賠償を行うものとします。

## 21 緊急やむを得ない身体拘束の対応

利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、ご家族に説明し確認をいただくとともに、直ちに必要な事項について記録するものとします。

## 22 利用に当たっての留意事項

- (1) 身上に関する事項に変更が生じた時はお教えてください。
- (2) 施設内の備品等を使用し、故意又は過失により滅失・破損・汚損した時は自己費用により原状に復するものとする。
- (3) 敷地内での喫煙は禁止。
- (4) 当施設内での宗教活動・政治活動・営利活動及びハラスメント行為の禁止。
- (5) 決められたもの以外の物の持ち込み・物のやり取り禁止（食べ物等）。

## 23 個人情報使用目的

### 1 使用する目的

- (1) 当施設内部での使用
  - ・利用者提供サービス
  - ・当施設におけるサービス提供担当者会議
  - ・利用者負担金請求・会計、介護安全対策、サービス向上活動等
- (2) 第三者への情報提供
  - ・利用者提供サービスを提供する他の介護事業者・医療機関や居宅介護支援事業所との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
  - ・その他の業務委託
  - ・利用者の診療等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
  - ・家族等への心身の状況説明
- (3) 介護保険事務等
  - ・審査支払機関へのレセプトの提出
  - ・審査支払機関または保険者からの照会への回答
  - ・損害賠償保険などに係る保険会社への相談または届出等

(4) 上記以外の使用目的

- ・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等の実習への協力
- ・施設内部で行われる介護職員等の研修及び事例研究
- ・外部監査機関への情報提供

2 使用する期間

契約締結日より契約終了日まで。

3 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることの無いよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

4 記録の保管期間

利用最終日から5年間保存する。

当施設では、ご利用者のプライバシーの保護を最重要課題としています。  
おそれいりますが以下の項目で同意できない項目があればお申し出下さい。

同意します 同意しません

- |                          |                          |                           |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 居室入口に、ご利用者の名札を掲示すること      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 施設内の掲示物に写真の掲載を行うこと        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 施設内の掲示物にお名前・年齢等を表示すること    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 施設の発行する広報誌に写真を掲載すること      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 施設の発行する広報誌にお名前・年齢等を掲載すること |

私は、この書面に基づいて事業所の職員（職名\_\_\_\_\_氏名\_\_\_\_\_）  
から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。署名又は記名、押印の上、各自1通を  
保有するものとします。

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

|     |        |       |     |       |
|-----|--------|-------|-----|-------|
| 利用者 | 住 所    | 〒     |     |       |
|     | 氏 名    |       |     |       |
|     | 電話番号   | ( ) - | FAX | ( ) - |
|     | 本人との関係 | (代理人) |     |       |
|     | 住 所    | 〒     |     |       |
|     | 氏 名    |       |     |       |
|     | 電話番号   | ( ) - | FAX | ( ) - |
|     |        |       |     |       |

<別添資料1>

「国が定める利用者負担限度額段階（第1～第3段階）」  
に該当する利用者等の負担額

- 介護保険施設及び短期入所サービスを利用される方のうち所得の低い方は、居住費（ショートステイでは滞在費）及び食費について保険給付の対象になり、居住費（当事業所の場合は滞在費）及び食費負担が軽減されます。
- 利用者負担は、所得などの状況から第1～第4段階に分けられ、国が定める第1～第3段階の利用者は上記の負担軽減の制度が設けられました。
- 利用者が「利用者負担」の、どの段階に該当するかは市町村が決定します。第1～第3段階の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは代理人の方）が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について、当事業所が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がない場合は、一旦「第4段階」の利用料をお支払いいただくことになります。（「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」される場合があります。）
- 第1～第4段階の区分は次のとおりです。

| 利用者負担段階 | 対 象 者  |
|---------|--|
| 第1段階    | ・世帯全員が市区町村民税非課税で、老齢福祉年金を受給している方<br>・生活保護を受けている方      |
| 第2段階    | ・世帯全員が市区町村民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の方       |
| 第3段階①   | ・世帯全員が市区町村民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円超120万円以下の方 |
| 第3段階②   | ・世帯全員が市区町村民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が120万円超         |
| 第4段階    | ・上記以外の方  |

- その他詳細については、市区町村窓口でご相談ください。

**ケアホームみどり 指定（介護予防）短期入所生活介護**

- 負担限度額の認定を受けておられる利用者の負担額は次のとおりです。

（1日あたりの負担額）

| 利用者負担段階 | 滞在費<br>従来型個室 | 食 費<br>(負担額の上限) |
|---------|--------------|-----------------|
| 第1段階    | 380円         | 300円            |
| 第2段階    | 480円         | 600円            |
| 第3段階①   | 880円         | 1,000円          |
| 第3段階②   | 880円         | 1,300円          |

負担限度額認定は毎年更新され、変更される場合があります