

# 水沢老人保健施設興生園

## 介護予防短期入所

### 重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている介護老人保健施設について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。分からないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をして下さい。

#### 1 介護保健施設サービスを提供する事業者について

法人名	医療法人社団創生会
代表者氏名	理事長 上田雅道
法人所在地 電話番号 Fax	岩手県奥州市水沢佐倉河字慶徳 27 番地 1 Tel 0197-24-4148 Fax 0197-22-5441
法人設立年月日	平成 3 年 4 月

#### 2 入所者に対するサービス提供を実施する施設について

##### (1) 施設の所在地等

施設名称	水沢老人保健施設興生園
介護保健 事業所番号	0350410329
管理者	施設長 上田雅道
施設所在地	岩手県奥州市水沢佐倉河字慶徳 27 番地 1
連絡先	Tel 0197-25-5450 Fax 0197-24-3341

##### (2) 事業の目的

事業の目的	事業所は、要支援状態であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むための支援を必要とする入所者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者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するとともに、ご家庭における介護のレスパイトを支援することを目的とします。
運営の方針	1 当事業所は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者が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にする事を目指すものとする。 2 当事業所は、入所者の意思及び人格を尊重して、常に入所者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

	3 当事業所は明るく家庭的な雰囲気のもとに、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、居宅介護支援事業者、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サービス及び福祉サービスを提供する者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する。
--	--

(3) 施設概要

建物の構造	鉄筋コンクリート造 地上4階建
敷地面積	16,331 m <sup>2</sup>
建物面積	2,083 m <sup>2</sup>
開設年月日	平成3年4月
入所定員	48名(短期入所含む)

<主な設備等>

居室数	4人部屋12室
食堂兼娯楽室	1室
談話室	2室
医務室	1室
浴室	一般浴、特殊機械浴槽
機能訓練室	1室
併設事業所	(介護予防)通所リハビリテーション

(4) 職員体制

職	職務内容	指定基準	常勤	非常勤
管理者 (医師)	1 従業者及び業務の実施状況の把握その他の業務の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等において規定されている遵守すべき事項において指揮命令を行います。	1	1 (病院兼務)	
医師	入所者に対して、健康管理及び療養上の指導を行います。			1
介護支援専門員	適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成します。	1	1	
支援相談員	入所者の入退所、生活相談及び援助の計画立案、実施に関する業務を行います。	1	3 常勤兼務	
看護職員	医師の診療補助及び医師の指示を受けて入所者の看護、施設の保健衛生業務を行います。	5	5名以上	
理学療法士等	リハビリテーションプログラムを作成し、運動療法、日常生活活動訓練、物理的療法等の訓練を実施するほか療養指導を行います。	1	1	1 常勤兼務
介護職員	入所者の日常生活全般にわたる介護業務を	11	11名以	

	行います。		上	
栄養士	食事の献立等を作成します。	1	1	
その他職員	事務等、その他業務を行います。		3 常勤兼務	
薬剤師	医師の指示に基づき、調剤、薬剤管理及び服薬指導を行います。	0.16		0.16

### 3 提供するサービスの内容及び費用について

#### (1) 提供するサービス内容について

サービス区分と種類	サービスの内容
施設サービス 計画の作成	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 介護支援専門員が、入所者の心身の状態や、生活状況の把握（アセスメント）を行い、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、援助の目標、サービス内容、サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画を作成します。</li> <li>2 作成した施設サービス計画の内容について、入所者又はその家族に対して、説明し文書により同意を得ます。</li> <li>3 施設サービス計画を作成した際には、入所者に交付します。</li> <li>4 計画作成後においても、施設サービス計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更を行います。</li> </ol>
食 事	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 栄養士の立てる献立により、栄養並びに入所者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。</li> <li>2 可能な限り離床して食堂で食事をとることを支援します。 (食事時間) 朝食 7:30 昼食 12:00 夕食 18:00</li> </ol>
入 浴	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 入浴又は清拭を週 2 回以上行います。 入浴者の体調等により、当日入浴ができなかった場合は、清拭及び入浴日の振替にて対応します。</li> <li>2 寝たきりの状態であっても、特殊機械浴槽を使用して入浴することができます。</li> </ol>
排 泄	排泄の自立を促すため、入所者の身体能力を利用した援助を行います。
機能訓練	入所者の心身等の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復、又はその減退を防止するための訓練を実施します。
健康管理	医師や看護職員が、健康管理を行います
その他の 自立への支援	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 寝たきり防止のため、入所者の身体状況を考慮しながら、可能な限り離床に配慮します。</li> <li>2 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を行います。</li> </ol>

(2) 利用料金

① 食費・居住費

多床室

入所者	居住費(滞在費)	食費	おやつ代	合計
負担段階	負担限度額	負担限度額		入所者負担額
第1段階	0円/日	300円/日	/	300円/日
第2段階	430円/日	600円/日		1,030円/日
第3段階①	430円/日	1,000円/日		1,430円/日
第3段階②	430円/日	1,300円/日		1,730円/日
第4段階	450円/日	1,900円/日	100円/日	2,350円/日

※ 食費・居住費については、介護保険負担限度額認定証の交付を受けた方は、当該認定証に記載されている負担限度額（上記表に掲げる額）となります。

② 基本料金

介護予防短期入所療養介護

要介護度	基本単位	利用料金	利用者負担率		
	一日につき	一日につき	1割負担	2割負担	3割負担
介護予防要支援 1	613	6,130円	613円	1,226円	1,839円
介護予防要支援 2	774	7,740円	774円	1,548円	2,322円

※ 1 身体的拘束等の適正化に向けて、身体的拘束適正化の指針整備や適正化委員会の開催、定期的な職員研修の実施などを行っていない場合は、上記金額の 90/100 となります。

※ 2 事故発生の防止又はその再発防止のために、指針の整備や研修の実施などを行っていない場合は、1日につき5単位を減算します。

(3) 加算料金

項目	基本単位	利用料金	利用者負担率			備考
			1割負担	2割負担	3割負担	
送迎加算	184	1,840円	184円	368円	552円	片道
サービス提供体制加算(Ⅲ)	8	80円	8円	16円	24円	1日につき
個別リハビリテーション実施加算	240	2,400円	240円	480円	720円	1日につき
緊急短期入所受入加算	90	900円	90円	180円	270円	1日につき
若年性認知症入所者受入加算	120	1,200円	120円	240円	360円	1日につき
療養食加算	8	80円	8円	16円	24円	1食につき
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 71/1000	左の単位数×10円	左記の1割	左記の2割	左記の3割	1月につき

- ※ 送迎加算は、居宅と事業所との間を送迎実施した場合に算定します。
- ※ サービス提供体制強化加算は、当施設が厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出し、入所者に対して介護保険施設サービスを行った場合に算定します。
- ※ 個別リハビリテーション加算は、個別リハビリテーション計画に基づき、個別リハビリテーションを 20 分以上実施した場合に算定します。
- ※ 緊急短入所受入加算は、居宅サービス計画において計画的に行うことになっていない指定短期入所療養介護を緊急に行った場合、利用開始日から 7 日（利用者の家族が疾病等やむを得ない事情がある場合は、14 日）を限度として算定。
- ※ 若年性認知症入所者受入加算は、若年性認知症(40 歳から 64 歳まで)の入所者を対象に介護保健施設サービスを行った場合に算定します。
- ※ 療養食加算は、疾病治療のため医師の発行する食事箋に基づき糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供した場合に算定します。
- ※ 介護職員処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するための賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

### (3) その他の料金

項目	内容	利用料金
日常生活費	(歯ブラシ、石鹸、シャンプー等)	160円
私物洗濯代	1kg当たり(税込)	396円
理容代	整髪	2,300円
	丸刈り	2,300円
電気料	持ち込み電気使用料ラジオ	22円
支払証明書	領収書紛失時	1,100円
健康管理費	インフルエンザワクチン接種・肺炎球菌ワクチン接種等の市町村が定める一部負担	

#### 4 利用料、入所者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

(1) 利用料、入所者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用請求方法等	ア	利用料入所者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求します。
	イ	上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 10 日までに入所者（身元引受人等）あてにお届け（郵送）します。
(2) 利用料、入所者負担額（介護保険を適用	ア	サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の入所者控えと内容を照合のうえ、請求月翌月の末日までに、下

<p>する場合)、その他の費用の支払い方法等</p>	<p>記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>① 入所者指定口座からの自動振替</p> <p>② 窓口での現金支払い</p> <p>イ 支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管してください。(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。)</p>
----------------------------	--

※ 利用料、入所者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

## 5 入所に当たっての留意事項

- (1) 入所対象者は、要支援1以上の方となります。要介護状態判定となった場合は改めて契約を行います。

## 6 衛生管理等について

- (1) 入所者の使用する施設、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
- ① 施設における感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
  - ② 施設における感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的を実施します。
  - ④ ①から③までのほか、厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

## 7 緊急時等における対応方法

施設において、サービス提供を行っている際に入所者の病状の急変が生じた場合は、速やかに管理医師へ連絡し必要な措置を講じます。

また、ご家族様、担当ケアマネジャーに連絡し、かかりつけ医への受診を支援いたします。

## 8 事故発生時の対応方法について

- (1) 事故が発生した場合の対応について、(2)に規定する報告等の方法を定めた事故発生防止のための指針を整備します。
- (2) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実を報告し、その分析を通じた改善策についての研修を従業者に対し定期的に行います。
- (3) 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行います。
- (4) 上記(1)～(3)の措置を適切に実施するための担当者を配置しています。
- (5) 施設は、入所者に対する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、入所者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (6) 施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
- (7) 施設は、入所者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

※ 報告先 11 (2) 苦情申立窓口

## 9 損害賠償について

### 損害賠償責任

- (1) 事業者は本契約に基づくサービス実施にともなって、自己の責に帰すべき事由により契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる場合には、損害賠償責任を減じることができるものとします。
- (2) 事業者は、前項の損害賠償責任を速やかに履行するものとします。損害賠償責任がなされない場合事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。
  - ① 契約者が、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ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合
  - ② 契約者が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合
  - ③ 契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもっぱら起因して損害が発生した場合
  - ④ 契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合
- (3) 事業者の責任によらない事由によるサービスの実施不能
  - ① 契約の有効期間中、地震・噴火等の天災その他自己の責に帰すべからざる事由によりサービスの実施が出来なくなった場合は、契約者に対して当該サービスを提供すべき義務を負いません。

- ② 前項の場合に、事業者は契約者に対して既に実施したサービスについては所定のサービス利用料金の支払いを請求できるものとします。なお、下記の損害賠償保険に加入しています。

損害賠償 責任保険	保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
	保 険 名	介護老人保険施設賠償保険
自動車賠償 責任保険	保険会社名	日新火災海上保険株式会社
	保 険 名	新総合自動車保険

## 1 0 非常災害対策

- (1) 当施設に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- (2) 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救出、その他必要な訓練（夜間想定訓練を含む。）を行います。

## 1 1 サービス提供に関する相談、苦情について

### (1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供したサービスに係る入所者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

### (2) 苦情申立の窓口

<b>【事業者の窓口】</b> 担当者 支援相談員 菅野真也 介護支援専門員 菅原景子	所在地 奥州市水沢佐倉河字慶徳 27-1 電話番号 0197-25-5450 ファックス番号 0197-24-3341 受付時間 月～金曜日 8:30～17:00
<b>【公的団体の窓口】</b> 岩手県国民健康保険団体連合会	所在地 盛岡市大沢川原 3-7-30 電話番号 019-604-6700 ファックス番号 019-604-6701
<b>【公的団体の窓口】</b> 奥州市水沢総合支所長寿社会課介護保険係	所在地 奥州市水沢大手町 1-1 電話番号 0197-24-2111 ファックス番号 0197-22-2533
<b>【公的団体の窓口】</b> 奥州市江刺総合支所長寿社会課介護保険係	所在地 奥州市江刺大通り 1-8 電話番号 0197-35-2111 ファックス番号 0197-35-5120
<b>【公的団体の窓口】</b> 奥州市胆沢総合支所長寿社会課介護保険係	所在地 奥州市胆沢南都田字加賀谷地 270 電話番号 0197-46-2111 ファックス番号 0197-46-4455



【公的団体の窓口】 奥州市前沢総合支所長寿社会課介護保険係	所在地 奥州市前沢七日町裏 71 電話番号 0197-56-2111 ファックス番号 0197-56-3427
【公的団体の窓口】 奥州市衣川総合支所長寿社会課介護保険係	所在地 奥州市衣川古戸 420 電話番号 0197-52-3111 ファックス番号 0197-52-3248
【公的団体の窓口】 金ヶ崎町保健福祉センター	所在地 金ヶ崎町西根鍮水 98 番地 電話番号 0197-44-4560 ファックス番号 0197-44-4337

## 1 2 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 入所者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>① 事業者は、入所者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た入所者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
(2) 個人情報の保護について	<p>① 事業者は、入所者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、入所者の個人情報を用いません。また、入所者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で入所者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>② 事業者は、入所者又はその家族に関する</p>

	<p>る個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとしします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、入所者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとしします。（開示に際して複写料などが必要な場合は入所者の負担となります。）</p>
--	---

### 1.3 虐待の防止について

事業者は、入所者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 成年後見制度の利用を支援します。
- (2) 従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者が入所者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (3) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (4) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (5) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

### 1.4 身体的拘束について

事業者は、原則として入所者に対して身体的拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、入所者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、入所者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

#### 1.5 サービス提供の記録

- (1) 介護保健施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービス内容等の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。
- (2) 入所者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。(複写物の請求を行う場合は、有料です。)

#### 1.6 新型コロナウイルス対策について。

施設内での感染を防ぐため短期入所時に、その都度新型コロナウイルス抗原検査を実施しております。料金は施設負担となります。

# 興生園入所重要事項説明確認書

令和 年 月 日

入所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。

水沢老人保健施設興生園

説明者職名 介護支援専門員

氏名 菅原 景子

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、入所サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )