

「短期入所生活介護事業所」
「介護予防短期入所生活介護事業所」
特別養護老人ホームこぶし

重要事項説明書

社会福祉法人 クピド・フェア

1. ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホームこぶし
施設の所在地	北海道岩見沢市志文町301番地
介護保険事業者番号	第0175700079号
電話番号	0126-23-1115
施設長（管理者）	高橋 友明
開設年月日	昭和51年4月1日
事業指定更新日	令和2年4月1日

2. 事業目的・運営方針

《事業目的》

短期入所（介護予防短期入所）生活介護は、介護保険法令に従い、ご契約者（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出来るように支援することを目的としています。

《運営方針》

居宅での生活と連携した、利用期間中のご契約者の生活支援とその介護者の負担の軽減を図るべく運営を行います。

「当事業所は、人員配置を含めて特別養護老人ホームと一体的に介護サービスを提供します。」

3. 事業所の概要

構 造	鉄筋コンクリート造3階、搭屋1階
延床面積	7,794.14㎡
入所定員	5名（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護併せて）

居 室

居室の種類	室数
1人部屋	5

主な設備

主な設備	室数	内容
共同生活室	15	1～3階に各5室（個室50室）
地域交流スペース	2	1F喫茶コーナー、2F和室スペース
大浴室	1	大浴槽・個人浴槽・全身シャワー浴設備
個人浴室	2	個人浴槽2台・全身シャワー浴設備2台
サニタールーム	3	サニタリーベッド6台

4. 職員体制

令和7年4月1日現在

職 種	配置人員	配置内訳		常勤換算	指定基準	業務内容
		常勤	非常勤			
施設長（管理者）	1	1		1	1	施設業務を統括します。
医師	1		1	0.1	0.1	健康管理及び療養上の指導を行います。（併設施設兼務）
生活相談員	2	2		2.0	2	日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行ないます。
介護職員	63	50	13	55.3	46	日常生活上の介護、健康保持のための相談・助言等を行います。
看護職員	6	5	1	5.3	4	医師の判断のもと疾病予防、健康管理や、日常生活上の介護・介助も行います。
管理栄養士	2	2		2.0	1	食事の業務全般と栄養指導を行います。
機能訓練指導員	3	2	1	2.5	1.5	機能の改善、減退防止の指導訓練を行います。
介護支援専門員	4	4		4.0	2	施設サービス計画を作成します。
調理員	業務委託					給食業務に従事します。

* 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週40時間）で除した数です。

例：週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、1名となります。

（5名×8時間÷40時間＝1名）

* 当施設の職員配置は指定基準を遵守しています。

（利用者数：介護・看護職員数 2.4：1）

* こぶしでは同性介護を推奨しておりますが、職員の状況によっては同性介護が難しい場合もございます。その際は、最大限に配慮した対応をいたします。

5. 職員の勤務体制

（介護職員）

勤務体制	時 間	勤務体制	時 間
早 出	8:00～17:00	遅 出	10:00～19:00
日 勤	8:00～17:00 9:00～18:00	夜 勤	16:00～翌日 10:00
夜間体制（19:00～翌日 8:00）		職員8人で行ないます。	

（看護職員）

勤務体制	時 間	勤務体制	時 間
日 勤 （待 機）	8:30～17:30		

6. サービスの内容

短期入所生活介護計画	相当期間（3泊4日）以上にわたり継続して入所することが予定されるご契約者につきましては、短期入所生活介護計画を作成します。
食事の提供	管理栄養士の作成した献立表により身体の状態および嗜好を考慮し提供します。 朝食 7:45~8:45 昼食 11:45~13:00 夕食 17:05~18:40
入浴	1週間に最低2回、原則として入浴を行います。しかし、ご契約者の心身の状態に応じて入浴を清拭に変える事があります。
排泄	排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
機能訓練	ご契約者の心身の状態に応じて、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体制を整えています。
健康管理	医師の判断のもと、看護師が疾病の予防・健康管理を行います。併設診療所にて各種予防接種も行う事が出来ます。
レクリエーション・行事	当施設では、集団体操や集団レクリエーションの開催（平日）及び、季節毎の行事を行います。
その他自立への支援	寝たきり防止のため、離床を支援します。 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを援助します。 清潔で快適な生活を送って頂く為、適切な環境整備・整容を援助します。

7. 入所中の医療及び協力医療機関

(1) 入居中の医療

入居中に医療を必要とする場合は、同一法人敷地内にある「くびどクリニック」で診察・治療を受ける事が出来ます。

ただし、ご契約者の状況により、主治医の診察・治療が必要と医療従事者により判断される場合においては、ご家族に受診同行をお願いしております。

(2) 協力医療機関

《公的医療機関》 岩見沢市立総合病院

(3) 体調不良時のショートステイご利用について

インフルエンザウイルスやノロウイルス等に感染された場合や、発熱・嘔吐などの体調不良がみられる場合は、症状が落ち着くまで短期入所（介護予防短期入所）生活介護の利用をご遠慮していただいております。

8. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されているご契約者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持込の制限

入所にあたり、次のもの以外は原則として持ち込むことが出来ません。

日常生活に必要な物で、ご契約者の居住スペース内で収まり、かつ、ご契約者の方の生活に支障がない物。

(2) 面会

来訪者は必ずその都度、正面玄関にあります面会簿に必要事項をご記入下さい。

面会時間 9:00～17:00

上記の時間以外でのご面会の際は、職員にお申し出下さい。

(3) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、「食費の自己負担額」は軽減されます。

(4) 飲酒・喫煙

- 施設内での喫煙は、禁止とさせていただきます。

- 飲酒は医療的に禁止されている方以外は、基本的に時間・場所ともに自由です。

(ただし周りの方に迷惑がかからない範囲)

(5) 宗教・政治・営利活動等

施設内での宗教・政治・営利活動等、他人に押し付ける行為は禁止とさせていただきます。

9. 苦情の受付

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は次の専用窓口で受け付けます。

○苦情解決責任者	(職名)	施設長	高橋	友明
○苦情受付窓口(担当者)	(職名)	相談員	西村	しのぶ
		介護員	高倉	美里
		介護員	高原	喜代美
		介護員	佐々木	浩美
		介護支援専門員	中村	佑太
○受付時間	毎週月曜日～金曜日	8:30～17:30		
○電話番号	0126-23-1115			
○FAX番号	0126-22-5638			

施設の苦情受付手順の概要

- ①ご契約者・ご家族等が苦情申し立てを行います。
- ②苦情受付担当者は苦情申し立ての受付と記録を行います。
- ③苦情受付担当者は意思がうまく伝達出来ない方等へ苦情受付内容の再確認を行います。
- ④苦情受付担当者は申し立てを受けた後に実態調査を行います。
- ⑤苦情受付担当者は苦情解決責任者及び第三者委員へ報告します。
- ⑥苦情解決責任者は状況に応じた問題分析等を行い、対応の改善と解決を図ります。
- ⑦苦情解決責任者は状況を整理し第三者委員へ報告し、必要に応じて助言を求めます。
- ⑧苦情解決責任者は一定期間内に、苦情解決結果及び改善約束事項等を第三者委員へ報告します。
- ⑨苦情解決責任者は苦情申し立て者に苦情解決方法及び改善約束事項等を報告します。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

① 岩見沢市役所 高年齢・介護室	所在地	岩見沢市鳩が丘1丁目
	電話	0126-23-4111
	F A X	0126-24-0294
	受付時間	9:00～17:30 (土・日・祝祭日・年始年末を除く)
② 北海道国民健康 保険団体連合会	所在地	札幌市中央区南2条西14丁目
	電話	011-231-5161
	F A X	011-233-2178
	受付時間	8:45～17:15 (土・日・祝祭日・年始年末を除く)
③ 北海道社会福祉協議会	所在地	札幌市中央区北2条西7丁目
	電話	011-241-3976
	F A X	011-271-0459
	受付時間	9:00～17:30 (土・日・祝祭日・年始年末を除く)

10. 虐待防止の方針

当事業所における虐待防止について

委員会を設置し、虐待の防止に関する責任者を選定、また成年後見制度の利用について支援を行い、虐待防止に努めていきます。

○虐待防止責任者（職名）	施設長	高橋	友明
○虐待防止委員	相談員	西村	しのぶ
	介護員	高倉	美里
	介護員	高原	喜代美
	介護員	佐々木	浩美
	介護支援専門員	中村	佑太

11. 事故防止の方針

当施設は、事故を防止するための指針（事故防止マニュアル）を定め、施設及び職員個人が、事故防止の必要性・重要性を施設及び自分自身の課題と認識して事故防止に努め、防止体制の確立を図ることが必要であると考えます。そのため事故防止マニュアル、ヒヤリハット事例等を活用し、研修等を通じて広く職員間に周知を行い、日常的に事故防止に努めます。また、ヒヤリハット事例及び事故防止委員会における分析評価並びに事故防止マニュアルの定期的な見直しを行うことにより、事故防止対策の強化充実を図っていきます。

12. 事故発生時の対応

当施設は、万全の体制でサービスの提供に当たりますが、万一事故が発生した場合には、速やかにご契約者のご家族、関係市町村・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等に連絡するとともに、事故に遭われた方の救済、事故の拡大防止などの必要な措置を講じます。また、ご契約者に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって損害賠償を行います。

13. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

じっし うむ 実施の有無	有 ・ 無
じっし ちよっきん ねんがっぴ 実施した直近の年月日	年 月 日
じっし ひょうかきかん めいしょう 実施した評価機関の名称	
ひょうかけっか かいじじょうきょう 評価結果の開示状況	

14. 個人情報に関する基本方針

I 基本方針

社会福祉法人クピド・フェア（以下、「法人」という）は、当法人が扱うご契約者等の個人情報に関し適正かつ適切な取扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護を図ることをここに宣言します。

II 個人情報の適切な取得、管理、利用、開示、委託

- ① 個人情報の取得に際して、利用目的を特定して通知または公表し、利用目的に従って適切に個人情報の取得、利用、提供を行います。
- ② 個人情報の取得・利用・第三者提供にあたっては、ご契約者又はご家族の同意を得るようにします。
- ③ 法人が委託をする事業者は、業務の委託に当たり、個人情報保護法と厚生労働省ガイドラインの趣旨を理解し、それに沿った対応を行う事業者を選定した上で、委託先への適切な監督をします。

III 個人情報の安全性確保の措置

- ① 法人は、個人情報保護の取り組みを全役職員等に周知徹底させるために、個人情報保護に関する規定類を明確にし、必要な教育を継続的に行います。
- ② 個人情報の紛失、漏洩、改ざん及び不正なアクセス等のリスクに対して、必要な安全対策、予防措置を講じて適切な管理を行います。

IV 個人情報保護に関するお問い合わせ

法人は、本人が自己の個人情報について、開示・訂正・更新・利用停止・削除、第三者提供の停止等の申し出がある場合には、速やかに対応します。これらを希望される場合には、個人情報相談窓口（電話0126-23-1111 総務部）までお問い合わせください。

15. 個人情報の利用目的

- ① ご契約者に各種支援サービスの提供を実施するため
- ② 介護保険、自立支援法、診療請求に係る事務（保険事務の委託、審査支払い機関への保険請求書の提出、審査支払い機関または保険者からの照会への回答等）
- ③ ご契約者へのサービスの提供に係る事業所の管理運営業務（利用状況等の管理、会計・経理等）
- ④ 広報誌への掲載、法人ホームページへの掲載
- ⑤ ご契約者に提供するサービスのうち、介護保険、自立支援法による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、家族、医療機関等への身体状況等の説明、家族連絡先の照会への回答
- ⑥ 事業所において行われる職員事例検討会、学生等の実習への協力
- ⑦ 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
- ⑧ 市町村などの行政機関、外部監査機関、評価機関等への情報提供

16. 短期入所（介護予防短期入所）生活介護 サービス利用料金

（1）基本料金

令和7年6月1日現在

要介護度	負担	①1日あたりの負担額	②1日あたりの食費	③1日あたりの滞在費 (室料+光熱水費)	④1日あたりの自己負担額(①+②+③)
要介護度 1	1割	704円	1,445円	2,066円	4,215円
	2割	1,408円			4,919円
	3割	2,112円			5,623円
要介護度 2	1割	772円	1,445円	2,066円	4,283円
	2割	1,544円			5,055円
	3割	2,316円			5,827円
要介護度 3	1割	847円	1,445円	2,066円	4,358円
	2割	1,694円			5,205円
	3割	2,541円			6,052円
要介護度 4	1割	918円	1,445円	2,066円	4,429円
	2割	1,836円			5,347円
	3割	2,754円			6,265円
要介護度 5	1割	987円	1,445円	2,066円	4,498円
	2割	1,974円			5,485円
	3割	2,961円			6,472円
要支援 1	1割	529円	1,445円	2,066円	4,040円
	2割	1,058円			4,569円
	3割	1,587円			5,098円
要支援 2	1割	656円	1,445円	2,066円	4,167円
	2割	1,312円			4,823円
	3割	1,968円			5,479円

- * 1割負担額及び2・3割負担額、食費、滞在費は各費用負担軽減制度が適用になる場合があります。
- * 食費はご契約者に提供する食事の材料費及び調理費です。
(朝食 395円、昼食 560円、夕食 490円)
- * 滞在費は施設・設備を利用し、生活する場合の室料+光熱水費です。

(2) 加算料金

加算区分	自己負担の目安				内 容
	単位	1割負担	2割負担	3割負担	
機能訓練体制加算	1日	12円	24円	36円	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師を1名以上配置している場合に加算。
療養食加算	1回	8円	16円	24円	1日3食を限度として、1食を1回として、食事の提供が管理栄養士によって管理され、利用者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われている場合に加算。
送迎加算	片道	184円	368円	552円	送迎範囲は岩見沢市内に限らせて頂きます。曜日、時間によっては送迎出来ない場合がございます。送迎範囲は、ご自宅と当事業所間について送迎致します。
夜勤職員配置加算	1日	18円	36円	54円	指定短期入所生活介護の利用者数と本体施設である指定介護老人福祉施設の入所者数を合算した人数を指定介護老人福祉施設の「入所者の数」とした場合に、必要となる夜勤職員の数を一以上上回って配置した場合に加算。
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1日	6円	12円	18円	サービスを利用する月の直近3ヶ月間の職員の割合について、生活相談員、介護職員、看護職員及び機能訓練指導員の総数の内、勤続3年以上の者の総数が占める割合が30%以上の場合に加算。
看護体制加算(Ⅰ)	1日	4円	8円	12円	1.常勤の看護師を1名以上配置していること。 2.厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法(精製十二年厚生省告示第二十七号。以下「通所介護費等の算定方法」という。)第三号に規定する基準に該当していないこと。
認知症行動・心理症状緊急対応加算	1日	200円	400円	600円	医師が、認知症の行動・心理状況が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期入所生活介護が必要であると判断した利用者に対し、介護支援専門員、当事業所の職員が連携し、指定短期入所生活介護の利用を開始した場合に、利用を開始した日から起算して7日を限度として加算。
若年性認知症利用者受入加算	1日	120円	240円	360円	初老期(40歳以上65歳未満)における認知症によって要介護者となった利用者に対して、利用者ごとに個別に担当者を定め、担当者を中心に特性やニーズに応じたサービスを提供した場合に加算。
処遇改善加算(Ⅲ)	ひと月	サービス費に対する11.3%	サービス費に対する11.3%	サービス費に対する11.3%	<ul style="list-style-type: none"> 介護職員について、職位、職責、職務内容等に応じた任用等の要件を定め、それらに応じた賃金体系を整備する。 介護職員の資質向上の目標や以下のいずれかに関する具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保する。 介護職員について昇給の仕組みを整備する。 新加算Ⅳ相当の加算額の2分の1以上を、月給の改善に充てる。 賃金改善を除く、職場環境等の改善。

(3) 利用料金の支払方法

基本料金(1)と加算料金(2)は、1ヶ月ごとに計算し請求しますので、翌月27日までに次の方法でお支払い下さい。

金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用出来る金融機関：道内の銀行、信金、信用組合、郵便局、農協

※なお、通帳の登録は委託会社の手続きが必要となるため、お申し込み月の登録については当月内の通帳登録が間に合わなくなることがあります。その場合は請求書と合わせて振り込み用紙を送付いたしますので、お近くの郵便局でのお支払い、または直接当施設でのお支払いをお願いしております。

17. 各利用料金の軽減制度（各市町村への申請が必要です）

《負担の軽減》＝高額介護サービス費の負担上限による軽減制度により、介護保険料の段階に応じて1ヶ月の自己負担額の上限が次のようになっています。

区分	負担の上限（月額）
年収約1,160万円以上	140,100円（世帯）
年収約770万円～約1,160万円未満	93,000円（世帯）
年収約383万円～約770万円未満	44,400円（世帯）
世帯内のどなたかが市区町村民税を課税されている方	37,200円（世帯）
世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方	24,600円（世帯）
・高齢福祉年金を受給している方 ・前年の合計所得金額と公的年金等収入額の合計が80万円以下の方等	24,600円（世帯）
	15,000円（個人）
生活保護を受給している方等	15,000円（個人）

※ 「世帯」とは、住民基本台帳上の世帯員で、介護サービスを利用した方全員の負担の合計の上限額を指し 「個人」とは、介護サービスを利用したご本人の負担の上限額を指します。

《食費・居住費の軽減》＝特定入所者介護サービス費の軽減制度により、低所得の方のサービス利用が困難にならないよう、介護保険料段階によって1日の自己負担額の上限が次のようになっています。

利用者負担段階		負担限度額(1日)	
区分	対象者	居住費(個室)	食費
第1段階	世帯全員が市民税非課税で、老齢福祉年金受給者 生活保護受給者	880円	300円
第2段階	世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が80万円以下の方 預貯金等が650万円以下の方(夫婦で1,650万円以下の方)	880円	600円
第3段階①	世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が80万円超120万円以下の方 預貯金等が550万円以下の方(夫婦で1,550万円以下の方)	1,370円	1,000円
第3段階②	世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が120万円を超える方 預貯金等が500万円以下の方(夫婦で1,500万円以下の方)	1,370円	1,300円
第4段階	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が住民税を課税されている方 ・本人は住民税非課税だが、世帯内に住民税が課税されている人がいる方 ・本人は住民税非課税だが、世帯分離している配偶者が課税されている方 ・利用者負担段階に応じた上記資産要件を満たさない方 	2,066円 (負担限度額なし)	1,445円 (負担限度額なし)

《社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度》

<p>世帯全員が市町村民税非課税世帯で一定の条件に該当すると市町村が認めた場合は、次の内容で利用者負担(サービス費、食費、滞在費)を社会福祉法人と公費で負担(1/2或いは1/4)し、ご契約者の負担を軽減する制度です。(老齢福祉年金受給者は1/2軽減、それ以外は1/4の軽減)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。 2. 貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。 3. 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。 4. 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。 5. 介護保険料を滞納していないこと。 <p>*上記の条件に全て該当するかを市町村に申請し、認められた場合に軽減されます。</p>

18. サービスの概要と利用料金（介護保険の給付対象とならないサービス）

次のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。 1枚につき 10円

19. 貴重品（金銭など）管理の取り扱いについて

施設内は民間の事業者や地域の方など不特定多数の方々が来訪されておりますことから、相互に留意し貴重品の紛失や消失がないように防止してまいりたいと思っております。

短期入所（介護予防短期入所）生活介護をご利用中、併施設等のご利用が可能となっております。ご持参された貴重品は鍵のかかる場所でお預かりし、必要時お渡しします。また、入所時と退所時にお預けいただいた金銭額を確認いたします。

お預けいただけない場合は、ご契約者及びご家族の責任のもとで管理をお願いしております。貴重品をお預けいただけない場合において紛失や消失があった際、こぶしとしては一切の責任を負えません。その為、必要以上の貴重品のご持参はご遠慮ください。

また、持参される金銭の上限基準額は1万円とさせていただきます。

《併施設設》

床屋・売店・クリーニング店・簡易郵便局・喫茶店・自動販売機

貴重品保管責任者：施設長

貴重品保管担当者：課長・グループリーダー（係長職）・主任・相談員

令和 年 月 日

短期入所（介護予防短期入所）生活介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

短期入所（介護予防短期入所）生活介護事業所 特別養護老人ホームこぶし

説明者 氏 名 西村 しのぶ 印

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、短期入所（介護予防短期入所）生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住所 _____

氏 名 _____ 印

代筆者 住所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

電 話 _____