令和８年８月１日現在

花巻あすかの杜指定短期入所生活介護
重 要 事 項 説 明 書

1．設置者

法人の名称	社会福祉法人　松園福祉会
法人の所在	岩手県花巻市松園町 391 番地 8
代表者	理事長　高橋　弘毅
電話番号	0198-24-6605

2．ご利用施設

施設の名称	花巻あすかの杜指定短期入所生活介護事業所
事業の種類	ユニット型短期入所生活介護
介護保険指定番号	0370501033
利用定数	10 人
ユニット数及び定員	1 ユニット（10 名）
施設の所在地	岩手県花巻市天下田 100 番地 1
通常の事業実施地域	旧花巻市
管理者	俵　　恵
電話番号	0198-41-1100
FAX 番号	0198-41-1101

3．基本方針

指定短期入所生活介護は、利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、利用前の居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう努めます。

4．営業日及びご利用の予約

営業日	年中無休(受付時間：午前 9 時～午後 5 時 30 分)
ご予約方法	ご利用の予約は、担当指定居宅介護支援事業所を通じ、希望される期間の初日の 2 ヶ月前から受け付けております。

5．主な職員の職種及び必要配置員数（特養養護老人ホーム職員含む）

職種	常　勤	非常勤	必要配置員数
施設長			1
生活相談員			1
介護職員			27
看護職員			3
機能訓練指導員			1
管理栄養士			1
医師			1
介護支援専門員			1

6．主な職種の勤務体制

職種	勤務体制				
医師	週１回（木曜日）				
介護職員	日勤	①	7：00	～	16：00
		②	10：00	～	19：00
		③	12：30	～	21：30
	夜勤	①	21：30	～	7：00
看護職員	日勤		8：30	～	17：30
	夜間については、オンコール体制により緊急時に備えます。				

7．施設サービスの概要

(1)　介護

- 各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう、利用者の心身の状況等に応じ、適切な技術を持って行います。
- 利用者の日常生活における家事を、利用者が、その心身の状況に応じて、それぞれの役割を持って行うよう適切に支援します。
- 利用者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、利用者に入浴の機会を提供します。ただし、やむを得ない場合には、入浴の機会の提供に代えて、清拭を行うことで清潔の維持に努めます。
- 利用者の心身の状況に応じて、適切な方法により、排泄の自立について必要な支援を行います。

- おむつを使用せざるを得ない利用者については、排泄の自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えます。
- 前各項に規定するもののほか、利用者が行う離床、着替え、整容等の日常生活上の行為を適切に支援します。

(2)　食事

- 栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- 利用者の心身の状況に応じて、適切な方法により、食事の自立について必要な支援を行います。
- 利用者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、利用者がその心身の状況に応じてできる限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保します。
- 利用者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、利用者が共同生活室で食事を摂ることを支援します。

(3)　その他のサービス

- 利用者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、利用者が自律的に行うこれらの活動を支援します。
- 常に利用者の家族との連携を図るように努めます。

8. 基本利用料金

①　サービス利用料金（概ね１日あたり）

項　目		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
A. サービス利用料		704	772	847	918	987
B. 夜勤職員配置加算（Ⅱ）		18	18	18	18	18
C. サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		18	18	18	18	18
D. 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ （A+B+C）合計単位数に 17.6%乗ずる		130	142	155	168	180
合計単位数（A～D の合計単位）		870	950	1,038	1,122	1,203
居室に係る自己負担額		2,250	2,250	2,250	2,250	2,250
食事に係る自己負担額		1,650	1,650	1,650	1,650	1,650
自己負担額合計 （１日当り）	１割負担	4,770	4,850	4,938	5,022	5,103
	２割負担	5,640	5,800	5,976	6,144	6,306
	３割負担	6,510	6,750	7,014	7,266	7,509

② 介護保険制度上、必要に応じて加算及び減算される内容及び単位　　（自己負担 1 割の場合）

加算、減算の種類	単位数	内　　容
送迎加算	184 単位/日	居宅と当事業所との間の送迎を行う場合は、片道につき 184 円が発生いたします。
緊急短期入所受入加算	90 単位/日	居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない緊急の利用を行った場合に対して、緊急利用を行った日から起算して 7 日（利用者の日常生活上の世話を行う家族の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、1 日につき 90 円が発生いたします。
長期利用者提供減算	-30 単位/日	連続して 30 日を越えて同一の短期入所生活介護事業所を利用している場合、連続 30 日から 59 日について、1 日につき-30 円差し引きいたします。
長期利用の 適正化について	連続 60 日を超えた日からユニット型短期入所生活介護費を ユニット型介護福祉施設サービス費と同単位数を算定する。	

③ 利用者負担段階

所得の状況に応じ利用者負担段階のより負担軽減の対象となります。

対象者		区　分
世帯全員が 市町村民税非課税	生活保護受給者 老齢福祉年金受給者	利用者負担 第 1 段階
	年金収入等の合計金額が 82.65 万円以下の方	利用者負担 第 2 段階
	年金収入等の合計金額が 82.65 万円超 120 万円以下の方	利用者負担 第 3 段階①
	年金収入等の合計金額が 120 万円超の方	利用者負担 第 3 段階②
上記以外の方		利用者負担 第 4 段階

④ 利用者負担段階に応じての居住費・食費の自己負担　（単位円）

区　分	居住費	食費
第 1 段階	880	300
第 2 段階	880	600
第 3 段階①	1,370	1,030
第 3 段階②	1,470	1,360
第 4 段階	2,250	1,650

※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。

⑤　段階別個人負担額（概ね１日あたり）

			要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
介護保険利用単位数			870	950	1,038	1,122	1,203
居室に係る自己負担金額	第１段階		880	880	880	880	880
	第２段階		880	880	880	880	880
	第３段階①		1,370	1,370	1,370	1,370	1,370
	第３段階②		1,470	1,470	1,470	1,470	1,470
	第４段階		2,250	2,250	2,250	2,250	2,250
食事にかかる自己負担額	第１段階		300	300	300	300	300
	第２段階		600	600	600	600	600
	第３段階①		1,030	1,030	1,030	1,030	1,030
	第３段階②		1,360	1,360	1,360	1,360	1,360
	第４段階		1,650	1,650	1,650	1,650	1,650
自己負担額合計	第１段階	1割	2,050	2,130	2,218	2,302	2,383
	第２段階		2,350	2,430	2,518	2,602	2,683
	第３段階①		3,270	3,350	3,438	3,522	3,603
	第３段階②		3,700	3,780	3,868	3,952	4,033
	第４段階	1割	4,770	4,850	4,938	5,022	5,103
		2割	5,640	5,800	5,976	6,144	6,306
		3割	6,510	6,750	7,014	7,266	7,509

※負担割合証は、毎年更新され、変更となる場合がございます。

⑥　送迎

身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付き送迎車で入退所の送迎を行います。又、当施設の事業実施区域外の方、あるいは実施区域内で特に送迎をご希望の方にリフト付きの送迎車で送迎を実施します。

（送迎利用料）

旧花巻市内の方

介護報酬の告示上の額184円に介護職員等処遇改善加算（17.6%）が加わります。

旧花巻市外の方

送迎利用料と別途に次の額を徴収します。

旧花巻市外で尚且つ事業所より片道10ｋｍを超える区間については、1ｋｍごとに50円加算した額とします。

但し、この料金は厚生労働大臣の定める基準によるものであり、厚生労働大臣が定める基準が変更された場合はそれに準じるものとします。

又、処遇改善加算は１ヶ月の利用合計額により算出する為日々の積み上げとの差異が生じる場合があります。

9. その他の利用料金

① 理美容サービス

近隣の理容室の出張による理容サービスをご利用いただけます。

利用料金 ： 実費

② サークル活動、行事等について

ご契約者の希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

別途材料代等の実費をいただく場合がございます。

③ 家電持込み費

ご契約者の希望により電化製品をお持ちいただいた場合

1 点につき 1 日 50 円

但し、施設の製品を利用希望した場合は、1 点につき 1 日 100 円でご利用いただけます。

④ 複写物の交付

1 枚につき 10 円

⑤ 洗濯業務委託

施設内で洗濯出来ない物を業者に委託

利用料金：1 点につき 70 円

⑥ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を実費負担いただきます。

⑦ おやつ代

給食費と別に実費金額をご負担いただきます。（１日あたり 50 円程度）

10. 利用料のお支払いについて

利用月の翌月１５日頃、請求書を郵送いたしますので、月末までにお支払いください。お支払いいただきますと領収証を発行します。

11. キャンセル料

① 入所前にお客さまの都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料をお支払い頂く場合があります。

(1) 入所日の前日午後５時までにご連絡いただいた場合	無料
(2) 入所日の前日午後５時までにご連絡いただかなかった場合	１日の利用料の１０％

② 利用期間中の中止

利用途中にサービスを中止して退所する場合、退所日までの日数を基に計算します。

以下の事由に該当する場合､利用期間中でもサービスを中止し､退所していただく場合があります。

- 利用者が中途退所を希望した場合
- 入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- 利用中に体調が悪くなった場合
- 他の利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合

12. 協力医療機関

名　　称	財団法人　総合花巻病院
所 在 地	岩手県花巻市御田屋町 4-56
連 絡 先	0198-23-3311

13. 苦情の受付について

- サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

お客様相談窓口	電話番号 Fax 番号 苦情受付担当者 苦情解決責任者 対応時間	0198-41-1100 0198-41-1101 清水　康宏 俵　　恵 8：30 ～ 17：30
第三者委員	氏名 住所 電話番号	岩淵　満智子 花巻市上小舟渡 80-1 0198-24-2686
	氏名 住所 電話番号	内舘　勝人 花巻市幸田 19-36 0198-31-2650

- 公的機関においても、苦情申出等ができます。

花巻市健康福祉部 長寿福祉課	所在地 電話番号 Fax 番号 対応時間	花巻市花城町 9-30 0198-24-2111 0198-41-1299 8：30 ～ 17：15
岩手県国民健康保険 団体連合会（保健介護課）	所在地 電話番号 Fax 番号 利用時間	盛岡市大沢川原 3-7-30 019-604-6700 019-653-2216 8：30 ～ 17：15
岩手県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 電話番号 Fax 番号 対応時間	盛岡市三本柳 8 地割 1 番 3 019-637-4466 019-637-4255 8：30 ～ 17：00
	所在地 電話番号 Fax 番号 対応時間	

14. 身体拘束について

① サービスの提供に当たっては、ご利用者等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、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行いません。

② 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、ご利用者またはそのご家族に対して事前に口頭および文書による説明を行い、併せて文書による同意を得ます。

③ 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

④ 管理者を長とする身体拘束適正化検討委員会を定期的に開催し、緊急やむを得ず行う身体拘束について判断を行うと共に、常にその解消のため検討に努めます。

⑤ 身体的拘束適正化のための定期的な職員研修を年２回実施いたします。

15. ご利用中の医療行為等

① 花巻あすかの杜には医師（配置医）と看護師が勤務し健康管理のお手伝いをしていますが、サービスご利用期間中はご利用者の主治医の診断による治療方針と方法が継続されます。

② 花巻あすかの杜では投薬等につき必要に応じて医療に係らせていただきますが、医療の内容によってはサービスをご利用いただけない場合がございます。

16. 急変時の対応

① サービスご利用中にご利用者が急変された場合は、医師・看護師または介護職員の判断により、原則として救急車により医療機関へ救急搬送いたします。

② 救急搬送の際は可能な限り事前にご家族へ連絡をおとりしますが、状況により事後となる場合がございます。

③ 利用者の状態によっては搬送先医療機関での緊急入院もあり得ますことをご理解ください。

④ 緊急入院時でご家族との連絡がとれない場合に、受入医療機関の状況や定めにより差額ベッドの利用や有償の付添人の依頼を行うことがあり得ますことをご了承ください。その際の費用はご利用者の負担となります。

17. 受診の依頼

① サービスご利用中に、ご契約時またはご利用開始時と著しく異なる心身の状況が認められた場合や、他のご利用者への影響が懸念される症状が認められた場合には、急変時対応以外でも、医師・看護師または介護職員の判断により医療機関での受診をお願いする場合がございます。

② 受診のための送迎・付添いは原則としてご家族にご担当いただきます。

※ 定期的な受診がサービスご利用中に予定されている場合は、ご家族により受診していただきます。

18. 施設の利用に当たっての留意事項

① 利用者は、次の各号に掲げる事項を守り、利用者相互の親睦と融和に努めるようお願いいたします。

(1) 火気の取扱いに注意するとともに、施設内では喫煙しないこと。

(2) 建物、備品その他の器具を破損し、若しくは持ち出さないこと。

(3) 喧嘩、口論又は暴力行為等、他の者の迷惑になることをしないこと。

(4) 飲酒は、定められた時間、場所において行うこと。

② 利用者が外泊しようとするときは、届け出をお願いします。

③ 利用者が外出しようとするときは、行き先、用件、所要時間等を職員に申し出をお願いします。

④ ご面会について

ご面会については次のことをご了承下さい

- ご面会の際は、ユニットに設けています面会簿にお名前等をご記入下さい。
- 面会時間は午前 9 時から午後 8 時までにお願いします。
- 利用者の中には飲み込みの悪い方、食物の量がコントロールできない方、腐敗の判断ができない方、医師から食事に対して注意を受けている方などがおられますので以下のことについては特に注意して下さい。

(1) 食物の手土産は少量にお願いします。

(2) 生物（なまもの）は一回で食べきれるだけの極少量でお願いします。

(3) 他の利用者へのご配慮はご遠慮申し上げます。もし配られたい場合は必ず職員にお知らせ下さい。

⑤ ご家族の方々の職員に対する心遣いは固くご辞退いたします。

19. 利用料の滞納について

契約者は、事業者に支払うべき利用料等を正当な理由なく滞納した場合において、事業者が契約者に対して、2 週間以内に滞納額を支払うように催告したにもかかわらず、全額の支払いがない場合は、金額の支払いがあるまで次回の利用をお断りすることがあります。

20　第三者評価の実施状況

当事業所では、第三者評価は実施しておりません。

21　ハラスメント防止のための取組み

当事業所は、適切な介護サービスの提供を確保する観点から、職員に対するハラスメントを防止するため、必要な措置を講じます。ここでいうハラスメントとは、行為者を限定せず、優越的な地位または関係性を背景として行われるもの、あるいは拒否や回避が困難な状況下で行われるものであり、以下①から⑥のいずれかに該当する行為をいいます。

① 身体的な力を用いて危害を及ぼす行為（回避により危害を免れた場合も含む）
② 個人の尊厳や人格を、言動により傷つけ、または貶める行為
③ 意に沿わない性的な誘いかけ、好意的な対応を求めるなどの性的な嫌がらせ
④ 業務の範囲を超える過度又は不当な要求
⑤ 合理性を欠く長時間の拘束や、執拗な要望・クレーム
⑥ その他、職員の就業環境を著しく害する行為

説明日	令和　　年　　月　　日

指定短期入所生活介護の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事　業　者

施　設　名　　花巻あすかの杜指定短期入所生活介護事業所

住　　所　　岩手県花巻市天下田 100 番地 1

管　理　者　　俵　　惠

説明者

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、サービスの提供開始に同意しました。

契約者（利用者）

住　　所

氏　　名

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行致します。

署名代行者

住　　所

氏　　名　　（契約者との関係：　　）

代行した理由

私は、契約者からの委任により事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

代理人

住　　所

氏　　名　　（契約者との関係：　　）