

(介護予防) 短期入所生活介護  
重要事項説明書



# 重要事項説明書

< 令和7年10月1日現在 >

入所者に対する施設サービス提供開始に当たり、厚生労働省令第39号第4条に基づいて、当事業者が入所者に説明すべき事項は次のとおりです。

## 1 事業の目的と運営方針

事業の目的	この事業は、適正な運営を確保するために人員及び管理運営等に関する事項を定め、施設で介護の提供に当たる従業者が要介護状態にある高齢者に対し、適正な介護を提供することを目的とする。
施設の運営	施設サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事などの介護、相談援助、社会生活上の援助を行うことにより、ご入居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することを施設の運営方針としています。

## 2 法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 エフィラ福祉会  
代表者氏名 理事長 嶋山 大志郎

## 3 施設の概要

### (1) 施設の名称等

施設の名称 特別養護老人ホーム 愛和の里  
施設の代表者 施設長 林 政信  
所在地 神奈川県愛甲郡愛川町田代680番地  
介護保険指定番号 1471600245  
サービス種類 介護老人福祉施設  
(介護予防) 短期入所生活介護

### (2) 施設の職員体制

従業者の職種	区分		業務内容
	常勤	非常勤	
管理者	1名		従業者の管理及び業務管理の総括
生活相談員	1名以上		ご入所者の生活相談等
看護職員	1名以上	4名以上	ご入所者の看護の提供
介護職員	36名以上	2名以上	ご入所者の介護の提供
機能訓練指導員	1名	5名	日常生活上の機能訓練指導
介護支援専門員	1名以上	1名	介護支援サービス計画の作成及び説明提供
医師(嘱託医)		2名	ご入所者に健康状態の検診
管理栄養士	1名	1名	食事献立の栄養管理
栄養士			食事献立の栄養管理
調理員			食事の提供
事務員	3名	1名	ご入所者の事務全般

※必要に応じて、その他の従業者を置くことがあります

### (3) 施設の設備の概要

定員 100名 (内10名は短期入所生活介護利用者)

各室の種類	室 数	面 積
居室 1名部屋	100室	17.78m <sup>2</sup> ・17.21m <sup>2</sup> ・16.42m <sup>2</sup> ・16.24m <sup>2</sup> 15.85m <sup>2</sup> ・14.93m <sup>2</sup> ・14.53m <sup>2</sup>
食堂兼娯楽室※	10室	396.18m <sup>2</sup>
一般浴室	1室	25.31m <sup>2</sup>
機械浴室	1室	34.11m <sup>2</sup>
医務室	1室	15.69m <sup>2</sup>

※ご利用者の安全と事故予防、事故発生時の早期発見を目的としたカメラの使用を行っています。

設置個所については、各ユニットフロア一内2ヶ所設置しております。画像の記録について、2週間で順次上書きされます。

## 4 職員の研修

職員の資質向上の為に、研修の機会を提供するものとする。

## 5 施設サービスの内容

(1) 「短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護」は、高齢者に施設に入所していただき介護者に代わって短期間、介護をいたします。

### ① 介護計画などの作成

地域包括支援センターの「介護予防サービス計画」、居宅介護支援事業所の「居宅介護計画書」に沿って、利用期間が4日間以上の場合、「短期入所生活介護計画」を作成し、ご利用者及びご家族に説明し同意を頂きます。

### ② 食事

食事は、栄養並びにご利用者様の身体状況及び嗜好を考慮したものとします。

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。

ご利用者様に合わせて食事介助など必要な援助を行います

### ③ 入浴

7日間の利用で、最低でも2回入浴していただきます。但し、ご利用者様の状態に応じ、清拭などになる場合があります。

### ④ 介護

介護計画に沿って下記介護を行います。

入浴、着替え、排泄、食事などの介護、シーツ交換、施設内の移動の付き添い、その他必要な援助。

### ⑤ 機能訓練

介護計画に沿って、利用者の心身などの状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の維持又はその減退を防止するための援助を行います。

### ⑥ 生活・健康管理

常勤の生活相談員に、介護以外の日常生活に関する事も含め相談できます。入所時他、随時健康管理を行います。

### ⑥ 療養食の提供

施設では、通常メニューの他に医療上必要な場合などの為に療養食を用意しております。なお、医師の発行する食事箋が必要となります。

## ⑦ レクリエーション

各ユニットでのレクリエーションや個別行事、施設での全体行事が行われます。行事により別途参加費などが必要な事があります。その都度説明の上承諾を頂きます。

## ⑧ その他自立への支援

- ・寝たきり防止の為、出来る限り離床に配慮します。
- ・生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを心がけます。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行わるように援助します。

## (2) 送迎サービス

- ① 希望により自宅と事業所間の送迎を行います。(土・日・年末年始を除く)

迎え時間 9:00 から 送り時間 17:00 泊

※基本的に送迎時間の指定は承っておりません。左記以外の時間については、要相談です。

送迎時間によっては遅れたり、悪天候などで中止する場合がございます。

## ② サービス提供地域

原則、愛川町・清川村・厚木市（飯山、上荻野、中荻野、下荻野、三田、まつかげ台、及川、温水、山際、棚沢、鳶尾、宮の里、林、王子）及び相模原市（中央区：上溝、横山、陽光台、星が丘、田名塩田、田名、緑区：大島、長竹、三ヶ木、鳥屋、青山、根小屋、中野、寸沢嵐、城山、青野原の嵐・上原・下原・梶野・前戸）の区域となります。

※送迎範囲外の方は、送迎サービスは基本行っておりません。但し、片道40分圏内であれば、要相談です。

## 6 利用料金

### (1) 基本料金

要介護度	併設型ユニット型短期入所生活介護費（I）			
	基 本 单 位	利用者負担額	利用者負担額	利用者負担額
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	529	551円	1103円	1655円
要支援2	656	684円	1369円	2054円
要介護1	704	734円	1468円	2202円
要介護2	772	806円	1612円	2418円
要介護3	847	884円	1768円	2652円
要介護4	918	957円	1915円	2873円
要介護5	987	1029円	2059円	3089円

・上表は、1日当たりの基本サービス費で、介護保険負担割合の1～3割負担で表示。

・自己負担の料金に関しましては、金額の切り捨て等により、多少の誤差が発生しますのでご了承ください。

(2) 夜勤体制加算Ⅱ ロ 1日 18単位（保険内）※要介護のみ算定

(3) 送迎加算 1回（片道） 184単位（保険内）

(4) 療養食加算 1回 8単位（1日3回を限度・保険内）

※医師の指示に基づく療養食を提供した場合

(5) 機能訓練指導体制加算 1日 12単位（保険内）

(6) 福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅱ 1月につき 所定単位数×13.6%（保険内）

※介護報酬総額単位数（基本サービス費+各種加算減算）×10.55

※利用者負担額は、上記額×負担割合に乘じた金額（1円未満切り捨て）

- (8) 短期生活長期利用者提供減算は、短期事業所に入所している場合に、当該短期事業所は連続利用30日を超える日から1日あたり30単位(32円)の減算があります。  
連続利用60日を超える日から、介護福祉施設サービス費の単位数と同単位数となります。
- (9) 介護予防短期生活長期利用者の介護予防短期入所生活介護費について  
要支援1 連続利用30日を超える日から1日あたり介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数の100分の75に相当する単位数を算定します  
要支援2 連続利用30日を超える日から1日あたり介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数の100分の93に相当する単位数を算定します
- (9) 緊急時短期入所受け入れ加算 1日 90単位(保険内)

## 7 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用申し込み

お電話または相談窓口にてお申し込みください。(2か月前よりお申込みできます)

※担当の介護支援専門がいる場合は、まず介護支援専門員とご相談ください。

### (2) 空床利用について

- 当施設入所者が入院などで居室が空床になった場合は、その居室を利用していただく場合があります。その場合、当施設利用者の家具など、私物が置かれている場合があります。

### (3) 利用前または利用中止の場合

- 以下のような場合は利用が中止になります。
  - ① 利用者が中途退所を希望されたとき。
  - ② 入所当日の健康状態が悪かったとき。
  - ③ 利用中の健康状態が悪くなつたとき。
  - ④ 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つたとき。

## 8 介護保険給付外サービス

種類	内 容
食費	(1食あたり) 朝食 484円 昼食 755円 おやつ 86円 夕食 755円
	利用者負担第1段階 1日当たり最大 300円(おやつ代除く)
	利用者負担第2段階 1日当たり最大 600円(おやつ代除く)
	利用者負担第3段階① 1日当たり最大 1000円(おやつ代除く)
滞在費(個室)	利用者負担第4段階② 1日当たり最大 1300円(おやつ代除く)
	利用者負担第1段階 1日/ 880円
	利用者負担第2段階 1日/ 880円
	利用者負担第3段階①② 1日/ 1370円
理髪・美容	利用者負担第4段階 1日/ 2300円
	・民間の理美容室の出張による理美容サービスを随時ご利用いただけます。 (1回1,945円~/ パーマやヘアカラーなどの対応も可能です)
電気代	個人的に使用する電気器具の利用料
	テレビ代(大きさにより) 30円~60円、パソコン・ラジオ10円/日、暖房・清淨機など10円、在宅酸素140円/日
	※料金については、機種等により変更が有りますのでご了承ください。

## 9 施設のご利用にあたってのご留意いただきたい事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し（8時～20時）、必ずその都度職員に届け出でください。また、衛生管理上の観点から、食料品等の差し入れをされる場合には、事前に職員にご相談ください。
外出	外出は自由です。ただし、外出の際には行き先と施設に戻る予定時間を必ず職員にお申し出ください。ただし、事故防止の為、場合によってはご遠慮いただくことがあります。
居室・設備	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。
器具の利用	これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
医療機関への受診・薬	短期入所利用中の病院受診は原則、ご家族様にお願いしております。ただし、緊急の場合はこの限りではありません。また、服薬中のお薬は利用日数分をご用意ください。利用中に飲みきった場合はやむを得ない場合を除き、ご家族に届けていただいております。
生活用品の持込等	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。ご利用者様の不注意により破損などが生じた場合、弁償していただくことがあります。火器・危険物等の持込は禁止します。携帯電話は持込可能ですが居室のみでの使用をお願いします。
食品の持込等	個人的な食料品・菓子類及び飲料の持込をされる場合は、衛生管理の観点から、事前に職員にご相談ください。また、事故防止の為、他のご利用者にむやみに配る事のないようお願いします。
飲酒・喫煙等	飲酒する方についてはご相談下さい。法律上建物内での喫煙は禁止となっております。また、近隣への配慮から施設周辺での喫煙もご遠慮いただいております。
迷惑行為等	騒音等、他の利用者に迷惑となる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	基本的には行っておりません。利用者、ご家族様にてお願いいたします。
宗教・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
動物飼育	施設内へのペットの持込および飼育はお断りします。

## 1.0 緊急時の対応

- (1) ご利用中に心身の状況が急変された場合や転倒等の事故が発生した場合、何らかの受傷時には昼夜を問わずご連絡をさせていただきます。連絡先にはいつでもご連絡がつくようにお願い致します。
- また、緊急時には救急車を要請する場合もありますのでご承知おき下さい。連絡先に連絡が取れない場合は施設の判断で緊急対応を行いますので、予めご了承下さい。
- 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、速やかに利用者の家族、関係市町村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、利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって速やかに損害賠償を行います。
- (2) 食事の際や転倒などによる事故は起こり得ると考えられます。看護・介護する職員の十分な配慮のもと介護をしておりますが、予測を超える事態も考えられますのでご理解いただきますようお願い致します。

## 1.1 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに介護支援専門員、利用者家族などに連絡を行うとともに必要な処置を講じます。
- (2) 事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して執った処置について記録し、その完結の日から5年間保存します。
- (3) 事業者は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
- (4) 入所中の医療の提供について

入所中に、医療を必要とする状況が発生した場合にはご家族様及び主治医（かかりつけ医）に連絡し対応を行います。緊急を要する状況の場合には、下記協力医療機関にて速やかに対応を行う場合もあります。

- ・協力医療機関（愛川北部病院、湘南厚木病院、森田病院）

#### 1.2 非常災害時の対策

定期的に避難訓練を年2回以上行い、別途定める「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）愛和の里消防計画」にのっとり対応を行います。また、近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を依頼しています。

#### 1.3 感染症などの発生

感染症対策の委員会を設置し、衛生管理、健康管理等の予防対策と発生時の対策を整備し、感染症の発生時に備えております。感染症の発生を確認した場合、早急に感染症拡大を防ぐ対策を講じ、蔓延防止に努めます。

#### 1.4 身体拘束の禁止

（1）サービスの提供にあたり、身体的拘束、その他入居者の行動を制限する行為は行いません。ただし、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、緊急やむを得ない場合は、この限りではありません。

#### 1.5 虐待防止の為の措置

利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、虐待を防止するための従事者に対する研修を実施するとともに、利用者及びその家族からの苦情相談体制を整備します。また、サービス提供中に、当該施設従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

#### 1.6 職員および職員であった者の秘密保持

事業所職員は、業務上知りえた入居者又は家族の秘密を他に漏らしません。また、職員であった者に対してても、業務上知りえた入居者又は家族の秘密を保持させるために、その職を退いた後においても、これらの秘密を保持すべき旨を職員との雇用契約の内容としています。

#### 1.4 法人および施設運営に関する情報の公開

社会福祉法人エフィラ福祉会及び愛和の里の運営に関する詳細（財務状況・事業内容ほか）は、社会福祉法・介護保険法の規定により、隨時閲覧することができます。閲覧を希望される方は、直接事務職員までお申し出ください。

## 1.5 相談・要望・苦情等の窓口

施設入居に関する相談、要望、苦情等はサービス提供責任者もしくは下記窓口までお申し出ください。

### 当施設利用相談室　相談・苦情受付担当者：生活相談員

苦情解決責任者：施設長

ご利用時間　：午前9時～午後6時

電話　　046-281-1551

FAX　　046-281-3991

面接　　プライバシーに配慮し、相談室等を使用します。

意見　　投書での意見・苦情を受け付けられるよう、施設玄関等に意見箱を設置しております。

### 行政機関その他苦情受付機関

各利用者の保険者（居住地等）の介護保険担当窓口

愛川町高齢介護課

住所：〒243-0392　神奈川県愛甲郡愛川町角田 251 番地の 1

電話：046-285-2111

清川村保健福祉課

住所：〒243-0195　神奈川県愛甲郡清川村煤ヶ谷 2218

電話：046-288-3861

厚木市福祉部 介護福祉課

住所：〒243-8511　神奈川県厚木市中町 3-17-17

電話：046-225-2240

相模原市介護保険課

住所：252-5277　神奈川県相模原市中央区中央 2-11-15

電話：042-769-8342

主に介護給付費のこと

神奈川県 保健福祉局 福祉部 高齢福祉課 企画グループ

住所：〒231-8588 神奈川県横浜市中区日本大通 1

電話：045-210-1111

神奈川県国民健康保険団体連合会

住所：〒220-0003 神奈川県横浜市西区楠町 27 番地 1

電話：045-329-3400

主に福祉サービスのこと

神奈川県 保健福祉局 福祉部 高齢福祉課 福祉施設グループ

住所：〒231-8588 神奈川県横浜市中区日本大通 1

電話：045-210-1111

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者・事業者が署名押印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護のご利用にあたり、利用者に対して利用契約書および重要事項説明書に基づいて重要な事項を説明し、交付しました。

事業者

住 所 神奈川県愛甲郡愛川町田代680番地

事業者名 社会福祉法人 エフィラ福祉会

代表者名 理事長 嶋山 大志郎 印

名 称 特別養護老人ホーム 愛和の里

管 理 者 施設長 林 政信 印

名 称 特別養護老人ホーム 愛和の里

説 明 者 生活相談員 印

私は、利用契約書および重要事項説明書の説明・交付を受け、施設から短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスについてのサービスの提供開始に同意します。

利用者

住 所

氏 名 印

身元引受人（代理人）

住 所

電話番号

氏 名 印

請求先 ※当月末日締め、翌月15日までにご請求書をお送り致します。

住 所

氏 名

# 個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私および家族は、社会福祉法人 エフィラ福祉会が、私及び家族の個人情報を下記の利用目的の範囲内で取得、使用及び介護サービス事業者等に提供することに同意します。

## 1 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

## 2 利用目的

- (1) 介護サービス計画等を作成するため
- (2) サービス事業者間の連携とサービス担当者会議での情報提供、サービス計画作成担当者に対する照会(依頼)の為
- (3) 医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業者、行政機関、その他必要に応じた地域団体等との連絡調整のため
- (4) 健康状態の急な変化など主治医の意見を求める必要のある場合
- (5) 事業者内外のケアカンファレンス（支援方法の検討会議）のため
- (6) 適切な介護サービスを提供する上で、必要不可欠な場合
- (7) 緊急を要する時の連絡等の場合
- (8) 居室前ネームプレートの掲載（承諾します / 承諾しません）※  
※いづれかに○をつけて下さい。
- (9) カメラ画像利用については、安全上の使用目的の範囲で行います。

## 3 使用条件

- (1) 個人情報の提供は利用目的の範囲内とし、サービス提供に関わる目的以外には決して利用しないこと。また、サービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさないこと。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容などについてその経過を記録し、請求があれば開示する。

令和 年 月 日

利用者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(署名代行人) 氏名 \_\_\_\_\_ 印 (利用者との関係) \_\_\_\_\_

家族  
(身元引受人) 氏名 \_\_\_\_\_ 印 (利用者との関係) \_\_\_\_\_

代理人 氏名 \_\_\_\_\_ 印 (利用者との関係) \_\_\_\_\_

