指定短期入所生活介護
(指定介護予防短期入所生活介護)

特別養護老人ホームつまま園

重要事項説明書

当施設ではご契約者に対して指定短期入所生活介護サービス(介護予防含む)を提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。

社会福祉法人　ひみ福祉会

(2026. 8. 1)

1．事業者

事業者の名称	社会福祉法人　ひみ福祉会（認可：昭和61年8月1日・厚生省社第689号）
事業者の所在地	富山県氷見市柳田字諏訪野３８９２番地の１
代表者名	理事長　清水　幸雄
設立年月日	昭和60年８月２６日
電話番号	０７６６－９１－２６２７

2．ご利用施設

施設の種類	指定介護予防短期入所生活介護施設 （平成１８年4月1日指定・県1670500089号）
施設の目的	介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）の心身機能の改善、環境整備等を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質の向上うに資するサービス提供を行い、利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行うとともに、利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行うこととする。
施設の運営方針	①利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。 ②利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。 ③利用者にサービス内容等を説明し、利用者の同意をもってサービスを提供する。 ④適切な介護技術をもってサービスを提供する。 ⑤常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。 ⑥利用者のできることは利用者が行うことを基本としたサービス提供に努める。
施設の名称	特別養護老人ホームつまま園
施設の所在地	富山県氷見市阿尾４１０番地
施設長(管理者)名	坂　本　博　之
開設年月日	平成４年３月３０日
利用定員	１０名
併　　設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホームつまま園）に併設
営 業 日	年中無休
電話番号	０７６６－７２－４１６５　fax　0766－72-2695

3．居室の概要

（1） 居室等の概要

＊当施設では、以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、個室など他の種類への入居を希望される場合は、その旨を申し出下さい。ただし、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況により、ご希望に沿えない場合もあります。

居室の種類	室　数	備　　考
１人部屋（個室）	6	１人当たり　１４.60㎡
２人部屋（多床室）	3	〃　（A)１０.01㎡（B)１０.80㎡
４人部屋（多床室）	１２	〃　（A）８.83㎡（B）８.76㎡
合　　計	２１	
食　堂	1	
一般浴室	1	
特別浴室	1	臥位式ミスト入浴
医務室	1	兼静養室
機能訓練室	1	

＊介護老人福祉施設（長期入所）も含みます。

（2）居室の変更

＊ご契約者からの居室の変更の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により、居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者や代理人にその理由等をお伝えします。

（3）その他、共用設備等

＊パブリックスペースとして,ご契約者の方のご希望等により次の設備等をご利用することができます。

室　名	室数	備　　考
地域交流室	1	日本庭園を眺めながらの憩いの空間です。
喫茶コーナー	1	コーヒー等の飲み物がご用意できます。
家族宿泊室	1	家族の方と共に宿泊できる設備もあります。（利用にあたっては、事前に申込みが必要となります。）

4．職員体制（指定基準上の職員）

ご契約者に対して指定(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、指定基準を遵守し、併設する介護老人福祉施設とあわせて、以下の職員数を下回らないように配置しています。

（1）ユニット型（たぶの里）と兼任職員

職　　種	職員数	事業者の指定基準	備　　考
施設長（管理者）	1名	1名	
生活相談員	1名	1名	
栄養士 又は 管理栄養士	1名	1名	
事務員	1名	1名	
機能訓練指導員	1名	1名	
医師	1名		（非常勤）

（2）従来型専任職員

職　　種	職員数	事業者の指定基準	備　　考
介護職員 又は 看護職員	20名	3：1 20名	介護福祉士10名以上
介護支援専門員	1名	1名	

（主な職種の勤務体制）

職　　種	勤　　務　　体　　制
介護職員 看護職員	◎早　番（ 7:15～16:15） 標準配置人員 4名 ◎遅　番（10:00～19:00） 〃 5名 ◎夜　勤（19:30～ 8:30） 〃 2名
介護支援専門員	介護職員と兼務又は非常勤職員
機能訓練指導員	8：15～17：15（週5日勤務）
生活相談員	8：15～17：15（週5日勤務）
栄養士 又は 管理栄養士	8：15～17：15（週5日勤務）
医　師	毎週月曜日・金曜日2回（13:00～15:00） ＊緊急時対応

◎勤務時間等は、標準的な時間帯であり、勤務シフトにより上記と異なる場合があります。

5．提供サービスと利用料金

（1）介護保険(介護予防)の給付対象となるサービス（契約書第４条、第８条・参照）

＊以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付され、その給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払いただきます。※介護保険負担割合証に基づきます。

【サービスの概要】

種　類	内　容	利用料
①食　事 ＊食費は、介護保険給付対象外です	・管理栄養士により、栄養とご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事管理等を行います。 ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただけるよう配慮します。 （食事時間） 朝食7：30～　昼食11：30～　夕食17：30～ ＊食事時間、場所については、ご希望により対応します。	介護報酬の告示上の額 （契約書第５条参照） ↓ 別紙「料金表」参照
②排　泄	・ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立にむけて適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、ご利用者の排泄ペースに合わせた交換を行います。	
③入　浴	・週２回の入浴又は清拭を行います。 ・座位のとれない方は寝台浴槽を使用して入浴することができます。	
④機能訓練	・機能訓練指導員により、ご利用者の身体の状況に応じた機能訓練を行い、生活機能の維持、改善に努めます。	
⑤健康管理	・嘱託医師、看護職員により健康管理を行います。また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に引継ぎます。	
⑥相談援助	・ご利用者及びそのご家族からの相談について、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うようつとめます。	
⑦自立への援助	・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・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します。 ・その他、日常生活動作能力に応じて必要な援助を行います。	

※ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載し「サービス提供証明書」を交付します。

※介護保険からの給付額に変更があった場合は、変更された額にあわせて、ご契約者の負担額を変更します。

（2）介護保険(介護予防)の対象外サービス（契約書第５条、第８条・参照）

＊以下のサービスについては、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

【サービスの概要】

種　類	内　　容	利用料
①支給限度額を超えるサービス	・介護保険(介護予防)給付の支給限度額を超えてサービスを提供することができます。	サービス利用料の全額
②食事の提供（食費）	・ご利用者の提供する食事の材料費及び調理費に係る費用です。実費相当額のご負担となりますが、介護保険減額認定証の発行を受けている方は、その認定証に記載された食費の金額（1食当たり）となります。	実費相当額（契約書第５条参照） ↓ 別紙「料金表」参照
③居室等の利用（滞在費）	・この施設及び設備を利用するにあたり、光熱水費及び室料をご負担いただきます。ただし、介護保険減額認定証の発行を受けている方は、その認定証に記載された滞在費の金額（1日当たり）となります。	
④特別な食事の提供	・ご利用者個人の希望により、特別な食事を提供します。（お酒、ビールを含みます。）	
⑤理　髪	・毎月２回、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。	
⑥レクリエーション	・毎月、レクリエーション（季節）行事を企画しております。ご利用者個人の希望により用意した材料代や園外活動にかかる諸費用等は、実費をご負担いただきます。	
⑦日常生活上必要となる諸費用実費	・日常生活用品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用は、実費をご負担いただきます。 ※おむつ代は介護保険給付対象です。ご負担の必要はありません。	

※ご契約者から負担いただくサービスについては、事前に連絡し、ご契約者又は代理人の了解を得たものを提供します。

（3）利用料金の支払い方法

前記１、２の料金・費用は1ヵ月ごとに計算し、サービス提供月の翌月にご請求します。
自動引き落としの場合は、翌月２０日までに引き落としとなります。

ア、窓口での現金支払い
イ、下記指定口座への振込み
　・北陸銀行氷見支店　普通預金　２７５１３１０
ウ、金融機関口座からの自動引き落とし
　・口座振込依頼書（当園に有ります）のご提出をお願いします。

※口座引き落とし手数料、振込み手数料は、ご契約者又は代理人のご負担となります。

6．通常の事業の実施地域

氷見市内とします。

7．利用の中止、変更、追加（契約書第９条・参照）

◆利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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、利用予定日の前日までに施設に申し出下さい。

◆利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をいただく場合があります。ただし、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無　料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の自己負担額相当

◆サービス利用の変更・追加の申し出に対して、施設の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時をご契約者に示して協議します。

8．契約終了

当施設との契約では契約満了の２日前までに契約終了の申し入れがない限り更新されます。したがって、契約書第18条第１項の事由がない限り、継続してサービスを利用することができます。しかし、以下の事項により契約の中途解約できる又は解除していただく場合があります

（１）ご契約者又は代理人からの中途解約（契約書第19条、第20条・参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者又は代理人から解約することができます。その場合には、解約を希望する７日前までに申し出下さい。
ただし、以下の場合には、即時に契約を解約することができます。

①介護(予防)給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
②施設の運営規程の変更に同意できない場合
③ご契約者が入院された場合
④ご契約者に係る居宅サービス計画が変更された場合
⑤事業者もしくはサービス従事者が正当な理由がなく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しなかった場合
⑥事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
⑦事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信　用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
⑧他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐　れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（2）事業者からの契約解除していただく場合（契約書第21条・参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等について、故意にこれを告げないで、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
②ご契約者による、サービス利用料金の支払が3ヵ月以上遅延し、相当期間定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合
③ご契約者が、故意又は過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
④ご契約者又は代理人によるハラスメント行為があった場合、本書19．ハラスメント対応（2）の各号に記載したハラスメント行為及びそれに類する行為がなされ、事業者がその是正を求め、事業者として取りうる防止策を講じても、ご契約者又は代理人によるハラスメント行為がやまず、当事者間の信頼関係が損なわれるに至った場合
⑤その他、ご契約者又は代理人によって、本契約を継続することが難しいほどの背信行為がおこなわれた場合

※①の事項が生じないよう、新規利用の場合その他必要時、診断書（別記様式）の　提出をお願いします。

9．代理人等について（契約書第24条参照）

（1）事業者では、契約締結に当たり、代理人、連帯保証人及び身元保証人の設定をお願いしています。

① 代理人は、入所者のご家族又は縁故者若しくは成年後見人等の中から選任していただくものとします。
② 代理人は原則として連帯保証人を兼ねることとします。但し、事業者と協議の上、代理人とは別の者を連帯保証人とすることができるものとします。
③ 連帯保証人は身元保証人を兼ねるものとします。

（2）代理人の職務は、次の通りとします。

① ご契約者に代わって又はご契約者とともに、契約書に定める同意又は要請、解約・解除の意思表示及び手続き、その他ご契約者を代理して行う意思表示、施設の意思表示や報告・通知の受領、施設との協議等を行うこと。
② ご契約者を代理して、又はご契約者に代わって、サービス利用料等を支払うこと。

（3）連帯保証人の職務は次の通りとします。

ご契約者と連帯して、本契約から生じるご契約者の債務を負担すること。

(4)身元保証人の職務は、次の通りとします。

利用契約が終了した後、施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引きとれない場合の受取り及び当該受取り又は処分にかかる費用を負担すること。

（5）連帯保証人の負担する保証債務の内容は以下のとおりとします。

① 連帯保証人の負担は、極度額100万円を限度とします。
② 連帯保証人が負担する債務の元本は、ご契約者、代理人又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。
③ 施設は、連帯保証人から請求があったときは、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、ご契約者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

④ 連帯保証人が死亡又は破産手続開始決定を受けた場合、もしくは連帯保証人について成年後見が開始された場合は、ご契約者又は代理人は別の連帯保証人を選任するものとします。

10. 苦情の受付（契約書第25条・参照）

（1）当施設における苦情の受付

苦情受付責任者	施設長・・・坂本博之
第三者委員	野の草会　理事長・・・永田徳一
窓口担当者	寺山亜矢(生活相談員)、河原博樹(総務部長)
利用時間	8:15～17:15 （通常　毎週月曜日～金曜日）
利用方法	面接・電話(72－4165)・意見箱（正面玄関受付ｶｳﾝﾀｰに設置）

当施設に対する苦情は面接、電話、意見箱、書面により苦情受付担当者が受け付けます。

受け付けた苦情を「苦情・意見記録表」に記入し関係職員に報告し、苦情受付担当者が主となり、苦情申立人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情申立人は第三者委員の助言を求めることができます。

苦情申立人に改善を約束した事項については、一定期間後その結果を報告します。

（2）その他苦情受付機関

機　関　名	住　　所	電　話
氷見市福祉介護課介護保険担当	氷見市鞍川1060番地	0766－74－8066
国民健康保険団体連合会	富山市下野字豆田995番地の3	076－431－9833
富山県福祉サービス運営適正化委員会	富山市安住町5番地の21	076－432－3280

11. 事故発生時の対応方法（契約書第11条・参照）

（1）事故の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

①事故発生の防止のための指針の整備
②事故が発生又は事故に至る危険性が生じた場合、その事実と分析を通じた改善策を職員に周知徹底する体制の整備
③事故発生の防止のための定期的な委員会の開催及び研修の実施
④事故発生の防止を適切に実施するための担当者の選定

（2）ご契約者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに、保険者、ご契約者のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
（3）前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

12．衛生管理

（1）介護予防短期入所生活介護に使用する備品等を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理に十分留意します。
（2）感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう次の措置を講じます。

①感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備
②感染症の予防及びまん延防止の対策を検討する委員会の開催とその結果を職員に周知徹底する体制の整備
③感染症の予防及びまん延防止のための定期的な研修及び訓練の実施
④その他、「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

13．緊急時の対応（契約書第11条・参照）

サービス利用時において、ご契約者に病状の急変又は事故等が生じた場合は、速やかにご家族、主治医又は下記の協力医療機関へ連絡する等、必要な対応を行います。

協力医療機関の名称	診療科	住　所	電　話
加藤医院	内科・外科	氷見市北大町11-11	0766-72-0608
金沢医科大学 氷見市民病院	総合	氷見市鞍川1130	0766-74-1900
中村記念病院	総合	氷見市島尾825	0766-91-1307
しん川歯科医院	歯科	氷見市北大町13-31	0766-74-1919

※協力医療機関について…上記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、上記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。

14．虐待の防止（契約書第11条・参照）

ご契約者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するために次の措置を講じます。

①虐待防止のための指針の整備
②虐待防止の対策を検討する委員会の開催とその結果を職員に周知徹底する体制の整備
③虐待防止のための定期的な研修の実施
④虐待防止を適切に実施するための担当者の選定

15. 身体的拘束の適正化（契約書第 11 条・参照）

（1）ご契約者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない身体的拘束を行う場合は、身体的拘束廃止委員会で身体的拘束をせざるを得ない切迫性、非代替性、一時性等の要件をすべて満たしている状態であることを協議した上で、ご契約者又はそのご家族に対し身体的拘束せざるを得ない事情を説明し、身体的拘束に関する同意書に同意を得るものとします。

（2）身体的拘束の適正化を図るため、次の措置を講じます。

①身体拘束の適正化のための指針の整備
②身体拘束の適正化のための対策を検討する委員会の開催とその結果を職員に周知徹底する体制の整備
③身体拘束の適正化のための定期的な研修の実施

16. 非常災害対策（契約書第 11 条・参照）

（1）介護予防短期入所生活介護サービスの提供中に天災その他の災害が発生した場合、職員はご契約者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には、避難等の指揮をとります。

（2）非常災害に備え、定期的に避難訓練を行います。

（3）事業所は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

（4）防災設備（次表参照）については、消防法により適正な機器等を設置します。

主な防災設備	自動通報システム、スプリンクラー、温度感知器、煙感知器 屋内消火栓、消化器等設置

17. 業務継続計画の策定等

（1）感染症や非常災害の発生時において、ご契約者に対する介護予防短期入所生活介護サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

（2）業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

（3）定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

18. 損害賠償（契約書第 15 条、第 16 条・参照）

当施設において、事業者の責任によりご契約者又は代理人に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失があると認められた場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

19. ハラスメント対応（契約書第14条、第21条参照）

事業者は、「職員が安心できる職場でなければ、ご契約者の皆様に信頼されるサービスを提供できない」と考えています。そのため、事業所内外の関係者及びご契約者又は代理人からのハラスメント行為には厳正に対応してまいります。

（1）「ハラスメント対策基本方針」を策定して職場におけるハラスメント防止に取り組み、サービス従業者が働きやすい環境づくりを目指しています。

（2）ご契約者及び代理人がサービス従業者に対して以下のハラスメント行為をおこなった場合には、契約解除・損害賠償請求も含めて厳正に対処します。
①暴行　②暴言　③威嚇　④誹謗中傷　⑤セクハラ　⑥過度な要求
⑦プライバシー侵害
⑧その他、上記に類する、当事者間の信頼関係を破壊する一切の行為

20.ご契約者の意見等を把握する取組、第三者評価実施の有無

アンケート調査、意見箱設置等意見を把握する取組			あり
第三者評価の実施	なし	アンケート調査等の結果の公表	あり

重 要 事 項 説 明 書【付記】

特別養護老人ホームつまま園

看護体制加算（加算　8円／日）

当施設では、ご利用者の重度化に対応して、次のとおり看護体制等を整備しています

1．看護職員の配置状況
・看護職員　　1名（常勤換算）

2．24時間連絡体制
看護職員が夜間等、不在時でも連絡体制を定めて、必要に応じ緊急の呼び出しにより出勤対応する体制をとっています。看取りや緊急対応の際には協力医療機関と連携して対応に当たります。

機能訓練体制加算（加算　12円／日）

当施設では、ご利用者の身体機能の維持・回復にむけて機能訓練を行います。

◎機能訓練指導員　1名（常勤専従）

1．機能訓練計画の作成
ご利用者ごとに生活自立度に関する解決すべき課題を把握し、関係職員が共同して取り組むべき事項等を記載した計画を『施設サービス計画書』において明記します。その内容等については、ご利用者又はご家族に説明し、同意を得ることとします。

夜間職員配置加算（加算　15円／日）

当施設では、ご利用者への十分なケア体制を整えるために、夜間帯において基準より手厚い職員数とともに喀痰吸引等の実施できる介護職員を配置しています。

サービス提供体制強化加算　（加算　22円／日）

当施設では、介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 8 割以上であり、サービスの質の向上に資する取組を実施しており、より専門的なケアを提供します。

【別紙1】

短期入所生活介護　利用料金表

（令和8年8月1日より）
特別養護老人ホームつまま園

1．介護保険給付対象サービス費

①介護（基本）サービス費…ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費の額を除いた金額をお支払い下さい。

【従来型個室を利用した場合】　（1日当たり：円）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護サービス費	6,030	6,720	7,450	8,150	8,840
機能訓練体制加算	120	120	120	120	120
夜間職員配置加算	150	150	150	150	150
看護体制加算	80	80	80	80	80
サービス提供体制強化加算	220	220	220	220	220
計	6,600	7,290	8,020	8,720	9,410
うち介護保険から給付される金額	5,940	6,561	7,218	7,848	8,469
自己負担額（1割分）	660円	729円	802円	872円	941円
自己負担額（2割分）	1320円	1458円	1604円	1744円	1882円
自己負担額（3割分）	1980円	2187円	2406円	2616円	2823円

【多床室を利用した場合】　（1日当たり：円）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護サービス費	6,030	6,720	7,450	8,150	8,840
機能訓練体制加算	120	120	120	120	120
夜間職員配置加算	150	150	150	150	150
看護体制加算	80	80	80	80	80
サービス提供体制強化加算	220	220	220	220	220
計	6,600	7,290	8,020	8,720	9,410
うち介護保険から給付される金額	5,940	6,561	7,218	7,848	8,469
自己負担額（1割分）	660円	729円	802円	872円	941円
自己負担額（2割分）	1320円	1458円	1604円	1744円	1882円
自己負担額（3割分）	1980円	2187円	2406円	2616円	2823円

【ユニット型個室（たぶの里）を利用した場合】　（1日当たり：円）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護サービス費	7,040	7,720	8,470	9,180	9,870
機能訓練体制加算	120	120	120	120	120
夜間職員配置加算	200	200	200	200	200
看護体制加算	80	80	80	80	80
サービス提供体制強化加算	220	220	220	220	220
計	7,660	8,340	9,090	9,800	10,490
うち介護保険から給付される金額	6,894	7,506	8,181	8,820	9,441
自己負担額（1割分）	766円	834円	909円	980円	1,049円
自己負担額（2割分）	1532円	1668円	1818円	1960円	2098円
自己負担額（3割分）	2298円	2502円	2727円	2940円	3147円

※介護保険負担割合証に記載してある割合分のお支払いをお願いします。

【別紙1】

②その他のサービス加算…下記の表により、該当する方は自己負担額をお支払い下さい。

	内　　容	自己負担額(1割分)
送迎加算	入退所時において、園、自宅への送迎サービスを行った場合	184円／片道
療養食加算	医師の指示に基づく療養食(糖尿病食等)を提供したとき	8円／回
緊急短期入所受入加算	利用者の状態や家族の事情により、介護支援専門員が、緊急に短期入所生活介護を受けることが必要と認めた者に対し、居宅サービス計画に位置付けられていない短期入所生活介護を緊急に行った場合	90円／日
口腔連携強化加算	厚生労働省の定める基準を満たした歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当施設の職員からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めをおこなったうえで、当施設の職員が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合	50円／回
生産性向上推進体制加算Ⅰ	下記Ⅱの算定要件を満たしたうえで、Ⅱのデータにより業務改善の取組による成果が確認され、かつ、見守り機器等のテクノロジーを複数導入し、介護助手の活用など職員間の適切な役割分業をおこない、1年以内毎に1回、業務改善の取組による効果を示すデータのオンライン提出をおこなっているとき	100円／月
生産性向上推進体制加算Ⅱ	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じたうえで、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的におこなっており、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、1年以内毎に1回、業務改善の取組による効果を示すデータのオンライン提出をおこなっているとき	10円／月

※　介護保険負担割合証に記載してある割合分のお支払いをお願いします。(2割の方は、上記自己負担額を2倍した金額、3割の方は3倍の金額のご負担になります。)

③介護職員等処遇改善加算

前頁①の介護(基本)サービス費と、②その他のサービス加算を加えた1か月あたりの総単位数にサービス別加算率(当施設は17.6%加算)を乗じた金額(介護保険負担割合証に記載してある割合分)をお支払いください。

2. 介護保険給付対象外サービス費

①食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費)　　(1日当たり:円)

	通常	介護保険負担限度額認定証に記載されている金額			
	第4段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
食　費	1，760円	300円	600円	1，030円	1，360円

※食費について…朝食390円、昼食710円、夕食660円(計:1，760円)となり、提供した分をお支払い頂きます。

※第1から第3段階の減額を受けられる方は、「介護保険負担限度額認定証」の提出をお願いします。

②居住に要する費用　　(1日当たり:円)

	通常	介護保険負担限度額認定証に記載されている金額			
	第4段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
従来型個室	1，231円	380円	480円	880円	980円
多床室	915円	0円	430円	430円	530円
ユニット型個室	2，066円	880円	880円	1，370円	1，470円

※第1から第3段階の減額を受けられる方は、「介護保険負担限度額認定証」の提出をお願いします。

③その他の費用

サービス	内　容	利用負担額
特別な食事の提供	ご利用者個人の希望により、特別な食事を提供したとき	個人要した実費
理　髪	毎月第2・4月曜日(理容師の出張による)	丸刈　1，800円 調髪　2，300円
レクリエーション・日用品費	レクリエーション・日常生活用品のうち、ご利用者個人の希望により提供し、負担いただくことが適当であるもの	個人要した実費

＊利用料金、サービス内容等について、ご不明な点、質問がございましたらお気軽にお尋ね下さい。

介護予防短期入所生活介護　**利用料金表**　（令和8年8月1日より）

特別養護老人ホームつまま園

1．介護保険給付対象サービス費

①介護（基本）サービス費…ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費の額を除いた金額をお支払い下さい。

介護サービス費　（1日当たり：円）

	従来型個室		多床室		ユニット型個室	
	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2
介護サービス費	4,510	5,610	4,510	5,610	5,290	6,560
機能訓練体制加算	120	120	120	120	120	120
サービス提供体制強化加算	220	220	220	220	220	220
計	4,850	5,950	4,850	5,950	5,630	6,900
うち介護保険から給付される金額	4,365	5,355	4,365	5,355	5,067	6,210
自己負担額（1割分）	485円	595円	485円	595円	563円	690円
自己負担額（2割分）	970円	1190円	970円	1190円	1126円	1380円
自己負担額（3割分）	1455円	1785円	1455円	1785円	1689円	2070円

※介護保険負担割合証に記載してある割合分のお支払いをお願いします。

個人情報の使用に係る説明書

社会福祉法人　ひみ福祉会
理事長　清　水　幸　雄
特別養護老人ホーム　つまま園
施設長　坂　本　博　之

以下に定める条件のとおり、社会福祉法人ひみ福祉会が、利用者および代理人の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で収集、提供、または使用いたします。

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）介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
（2）利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
（3）医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整及び協議のため
（4）利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
（5）利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため(オンラインツールの使用も含む)
（6）行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
（7）その他サービス提供で必要な場合
（8）上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

3．使用条件

（1）個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しません。また、利用者との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、第三者に漏らしません。
（2）個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示します。

利用者への見守り対策についての説明書

社会福祉法人　ひみ福祉会
　理事長　清　水　幸　雄
特別養護老人ホーム　つまま園
　施設長　坂　本　博　之

特別養護老人ホームつまま園（以下、「事業者」という）は、利用者の安全確保と事故発生時の早期発見を目的とした見守り対策に関するカメラ、センサー等を使用するシステム（以下、「見守りシステム」という）を使用します。

使用については下記の内容で運用を行います。

記

見守りシステム使用について、事業者では、業務の重なりや夜間帯等において人員配置基準の関係上、無人となる場所や時間帯が発生します。その際に、利用者の安全確保、事故発生時の早期発見を目的とした見守りシステムの活用を行います。（ただし、転倒などの事故を必ず防止するものではありません。）

1．カメラの使用について

（1）カメラの使用目的

1　居室等における安否の確認

2　転倒事故などの早期発見

①居室で使用するカメラ

設置場所　転倒などの恐れがあり、見守り観察をする必要があると事業者が判断した利用者の居室等

確認方法　職員が持つタブレット端末等による確認

使用期間　事業者が必要と判断した期間

②廊下、ホール等で使用するカメラ

設置場所　廊下及びホール等（一部のカメラは集音マイク付きです）

確認方法　介護職員室にてモニター視聴による確認等

使用期間　24時間

（2）データの管理方法

①につきましてのデータはSDカードへの保存となっており、必要に応じてパソコンへデータを移します。保存期間は3カ月とし、保存期間を過ぎたデータは順次消去します。

②につきましては介護職員室に設置の HDD にデータを保存し、事故発生後の状況確認等に使用します。録画された記録については、順次、上書きされることを前提としています。

（3）データの利用制限

1　データの利用は、安全上の使用目的の範囲で行います。

2　データから知り得た情報の使用については、個人情報の使用に係る説明に準じます。

2. センサーの使用について

（1）センサーの使用目的

利用者の安全確保、事故発生時の早期発見を目的としたセンサーでの察知を行います。事業者が、利用者の体調や体動の確認、居場所の確認が必要と判断した時に使用します。

①居室で使用するセンサー（複数種類あります）

設置場所　1　ベッド上

利用者の体動や起き上がり等を察知します。種類により、脈や心拍数などのバイタルサインも計測、記録します。

2　ベッドサイドや居室出入口等

利用者がベッドから足をおろしたり、センサーを踏んだりしたことを察知します。特に、転倒などの危険性が高く、見守り観察を要すると事業所が判断した利用者を対象とします。

通知方法　1、2とも反応音等により通知

使用期間　1、2とも事業者が必要と判断した期間

②施設出入口（玄関）で使用するセンサー（2 箇所設置）

設置場所　1　従来型施設出入口（1階）

2　ユニット出入口（2階）

通知方法　事務所、1階・2階介護職員室に設置の受信機が反応し、反応音と光の点滅により通知

使用期間　事業者が機器の使用を必要と判断し、利用者が発信器を携帯しているとき

なお、センサーにつきましては画像データ等の記録は残りません。

年　　月　　日

短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）サービスの提供に際し、契約者及び代理人に対して本書面に基づき重要事項の説明を行い交付しました。

説明者職名＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

1　重要事項の短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）利用料金について説明を受け、その内容について

同意します。　　同意しません。

2　個人情報の使用に係る説明を受け、本人及び代理人の個人情報を利用目的の必要最低限の範囲内で収集、提供、または使用することについて

同意します。　　同意しません。

3　安全確認のため、見守りシステムの使用について説明を受け、その内容及びシステムを使用することについて

同意します。　　同意しません。

年　　月　　日

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、短期入所生活介護サービス（介護予防短期入所生活介護）の提供に同意しました。

利用者

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

代理人

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

連帯保証人兼身元保証人

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞