

**短期入所療養介護重要事項説明書**  
**介護予防短期入所療養介護重要事項説明書**  
(令和7年1月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・ 事業所名 指定短期入所療養介護事業所  
指定介護予防短期入所療養介護事業所  
介護老人保健施設 三春南東北リハビリテーション・ケアセンター
- ・ 開設年月日 平成20年7月1日
- ・ 所在地 福島県田村郡三春町大字山田字クルミヤツ3-3
- ・ 電話番号 代表 0247(61)2511
- ・ FAX番号 0247(61)2522
- ・ 管理者 施設長 大原 宏夫
- ・ 介護保険指定番号 介護老人保健施設(福島県0753180017号)

(2) (介護予防)短期入所療養介護の目的

(介護予防)短期入所療養介護は、要支援または要介護状態と認定された利用者であって、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者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、その利用者が可能な限りその居宅において、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、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い、利用者の療養生活の質の向上および利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的としています。この目的に沿って、当事業所では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

(3) 運営の方針

- ①当事業所では、利用者の有する能力に応じ、(介護予防)短期入所療養介護計画に基づいて、医学的管理の下における機能訓練、看護、介護その他日常的に必要とされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、利用者の身体機能の維持向上を図ることを目指すとともに、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図り、利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努める。
- ②当事業所では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行わない。
- ③当事業所では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく居宅介護支援事業者、地域包括支援センターをはじめとする介護予防支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう、できる限り努める。
- ④当事業所では、明るく家庭的雰囲気重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすることができるようサービス提供に努める。
- ⑤当事業所では、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、担当職員に対し、研修を実施するなど必要な措置を講じる。

(4) 職員の職種、員数、及び職務内容

一 管理者 医師1名 (常勤医師)

管理者は、施設の職員の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行い、職員に必要な指揮命令を行う。また、専ら施設の職務に従事する常勤の者とする

るが、施設の管理上の支障ない場合は、他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

- 二 医師 1名以上（常勤及び非常勤で専従及び兼務の医師を含む）  
利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
  - 三 薬剤師 1名以上（非常勤職員）  
医師の指示に基づき調剤を行い、施設で保管する薬剤を管理するほか、利用者に対し、服薬指導を行う。
  - 四 理学療法士、作業療法士または言語聴覚士 3名以上（常勤及び非常勤で専従及び兼務の医師を含む）  
医師の指示及び（介護予防）短期入所療養介護計画に基づき、居宅で自立した日常生活を営むのに必要な心身機能の維持回復、またはその悪化を防止するための訓練を行う。
  - 五 看護職員 10名以上（常勤で専従及び兼務の職員を含む）  
医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行うほか、利用者の（介護予防）短期入所療養介護計画に基づく看護・介護を行う。
  - 六 介護職員 24名以上（常勤専従の職員）  
利用者の（介護予防）短期入所療養介護計画に基づく介護を行う。
  - 七 管理栄養士 1名（常勤専従の職員）  
食事の献立作成、栄養指導、嗜好調査及び残食調査等利用者の食事管理を行う。
  - 八 歯科衛生士 1名以上（常勤で専従及び兼務の職員を含む）  
歯科医師の指示に基づき利用者の口腔の管理、機能、維持の向上につながる口腔ケアや歯科保健指導を行う。
  - 九 介護支援専門員 1名以上（常勤専従及び兼務の職員を含む）  
利用者の（介護予防）短期入所療養介護計画の原案をたてるとともに、要支援及び要介護認定更新の申請手続きを行う。
  - 十 支援相談員 1名以上（常勤で専従及び兼務の職員を含む）  
利用者等及び家庭の処遇上の相談、市町村、その他関連施設、事業所との連携を行う。
  - 十一 事務職員 3名以上（常勤及び非常勤で専従及び兼務の職員を含む）  
必要な事務を行う。
  - 十二 その他の職員は管理者の指示による業務を行う。
- (5) 入所定員等 入所定員は一般入所、短期、介護予防短期合わせて100名  
・療養室 1人室（個室）＝44室、4人室＝14室
- (6) 通常の送迎を実施する地域 三春町全域、当事業所から隣接している郡山市内、田村市内、および本宮市内で、事業所が送迎可能と判断した地域

## 2. サービス内容

- ①（介護予防）短期入所療養介護計画の立案  
介護支援専門員が対応いたします。
- ② 食事
  - ・時間 朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
  - ・内容 管理栄養士の下、利用者の方の嗜好と身体状況に応じて提供しております。  
また、月1回のバイキングや季節行事食などによって、喜んでいただけるように工夫しております。

- ③ 送迎 送迎車によって、利用者の自宅から事業所までの送迎を行います。
- ④ 入浴 一般浴槽及び特殊浴槽で対応しております。また週に最低2回実施しておりますが、身体の状態に応じて清拭となる場合があります。
- ⑤ 医学的管理・看護  
当施設の医師・看護職員が対応致します。
- ⑥ 介護 当施設の介護・看護職員が対応致します。
- ⑦ リハビリテーション  
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等が利用者の心身の機能状態に合わせて機能訓練や作業療法、日常生活動作訓練等を実施します。
- ⑧ 相談援助サービス  
施設での生活や退所後のことなど、ご相談をお受けします。
- ⑨ その他  
\* これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、ご相談ください。

### 3. 利用料金

各種項目の介護報酬請求は、介護保険負担割合証に記載されている割合の請求となります。

#### (1) 基本料金（保険給付の自己負担額）

※ 要介護で在宅復帰・在宅療養支援等指標が40以上60未満の場合

(保険給付の自己負担額 1割の場合)

	4人室（多床室）	個室（従来型個室）
要介護1	830円	753円
要介護2	880円	801円
要介護3	944円	864円
要介護4	997円	918円
要介護5	1,052円	971円

(保険給付の自己負担額 2割の場合)

	4人室（多床室）	個室（従来型個室）
要介護1	1,660円	1,506円
要介護2	1,760円	1,602円
要介護3	1,888円	1,728円
要介護4	1,994円	1,836円
要介護5	2,104円	1,942円

(保険給付の自己負担額 3割の場合)

	4人室（多床室）	個室（従来型個室）
要介護1	2,490円	2,259円
要介護2	2,640円	2,403円
要介護3	2,832円	2,592円
要介護4	2,991円	2,754円
要介護5	3,156円	2,913円

※ 要支援で在宅復帰・在宅療養支援等指標が40以上60未満の場合

(保険給付の自己負担額 1割の場合)

	4人室（多床室）	個室（従来型個室）
要支援1	613円	579円
要支援2	774円	726円

(保険給付の自己負担額 2割の場合)

	4人室（多床室）	個室（従来型個室）
--	----------	-----------

要支護 1	1,226円	1,158円
要支護 2	1,548円	1,452円

(保険給付の自己負担額 3割の場合)

	4人室(多床室)	個室(従来型個室)
要支護 1	1,839円	1,737円
要支護 2	2,322円	2,178円

※ 在宅復帰在宅療養支援機能加算 (I)

在宅復帰・在宅療養支援等指標が40以上60未満の場合1日につき  
 保険給付の自己負担額 負担割合1割51円 2割102円 3割153円  
 が加算されます。

(2) 在宅強化型施設サービス費/1日あたり

※ 要介護で在宅復帰・在宅療養支援等指標が60以上70未満の場合

(保険給付の自己負担額 1割の場合)

	4人室(多床室)	個室(従来型個室)
要介護 1	902円	819円
要介護 2	979円	893円
要介護 3	1,044円	958円
要介護 4	1,102円	1,017円
要介護 5	1,161円	1,074円

(保険給付の自己負担額 2割の場合)

	4人室(多床室)	個室(従来型個室)
要介護 1	1,804円	1,638円
要介護 2	1,958円	1,786円
要介護 3	2,088円	1,916円
要介護 4	2,204円	2,034円
要介護 5	2,322円	2,148円

(保険給付の自己負担額 3割の場合)

	4人室(多床室)	個室(従来型個室)
要介護 1	2,706円	2,457円
要介護 2	2,937円	2,679円
要介護 3	3,132円	2,874円
要介護 4	3,306円	3,051円
要介護 5	3,483円	3,222円

※ 要支援で在宅復帰・在宅療養支援等指標が60以上70未満の場合

(保険給付の自己負担額 1割の場合)

	4人室(多床室)	個室(従来型個室)
要支護 1	672円	632円
要支護 2	834円	778円

(保険給付の自己負担額 2割の場合)

	4人室(多床室)	個室(従来型個室)
要支護 1	1,344円	1,264円
要支護 2	1,668円	1,556円

(保険給付の自己負担額 3割の場合)

	4人室(多床室)	個室(従来型個室)
要支護 1	2,016円	1,896円
要支護 2	2,502円	2,334円

※ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (II)

在宅復帰・在宅療養支援等指標が70以上の場合1日につき  
 保険給付の自己負担額 負担割合1割51円 2割102円 3割153円  
 が加算されます。

**在宅復帰・在宅療養支援等指標**

下記評価項目(①～⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値

① 在宅復帰率	50%超：20	30%超：10	30%以下：0
② ベッド回転率	10%以上：20	5%以上：10	5%未満：0
③ 入所前後訪問指導割合	35%以上：10	15%以上：5	15%未満：0
④ 退所前後訪問指導割合	35%以上：10	15%以上：5	15%未満：0
⑤ 居宅サービスの実施数	3サービス：5	2サービス： (訪問も含む)3	2サービス：1
⑥ リハ専門職の配置割合	5以上(PT, OT, STいずれも 配置)：5	5以上：3	3以上：2
⑦ 支援相談員の配置割合	3以上 (社会福祉士 の配置)：5	3以上 (社会福祉士 の配置なし)：3	2以上：1
⑧ 要介護度4と5の割合	50%以上：5	35%以上：3	35%未満：0
⑨ 喀痰吸引の実施割合	10%以上：5	5%以上：3	5%未満：0
⑩ 経管栄養の実施割合	10%以上：5	5%以上：3	5%未満：0

**算定要件**

区分	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型
在宅復帰・在宅療養支援等指標 (最高値：90)	70以上	60以上	40以上	20以上
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし
充実したリハビリテーション	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし

以下、金額は1割負担額であり、2～3割なら負担割合に応じた金額となります。

**【基本料金の加算項目に関して】**

**\* 夜勤体制加算**

基準以上の夜勤職員を配置している場合、1日につき24円が加算されます。

**\* サービス提供体制強化加算**

サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22円

介護福祉士80%以上、または勤続10年以上の介護福祉士の割合が35%以上の場合に加算されます。

サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18円

介護福祉士の割合が60%以上の場合に加算されます。

サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6円

介護福祉士の割合が50%以上、または常勤職員75%以上、勤続7年以上の職員が30%以上の場合に加算されます

**\* 介護職員等処遇改善加算**

介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化されました。

- 当施設の場合（Ⅰ）として、所定単数に7.5%加算されます。
- \* 業務継続計画未実施減算（令和7年3月31日まで経過措置あり）  
感染症や非常災害の発生時において、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画の策定の徹底を求める観点から、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、基本報酬（所定単位数の100分の1に相当する単位数）を減算します。
  - \* 高齢者虐待防止措置未実施減算  
利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合に、基本報酬（所定単位数の100分1に相当する単位数）を減算します。
  - \* 身体拘束廃止未実施減算（1年間の経過措置期間あり）  
身体的拘束等の適正化のための措置（委員会の開催等、指針の整備、研修の定期的な実施）義務付けます。また、身体的拘束等の適正化のための措置が講じられていない場合は、基本報酬（所定単位数の100分1に相当する単位数）を減算します。
  - \* 送迎加算  
入所時及び退所時に送迎を行った場合には、それぞれ184円加算されます。
  - \* 口腔連携強化加算  
事業所の従業者が、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に、1月に1回に限り50円を加算します。  
事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療科の算定の実績がある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、当該従業者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ます。
  - \* 療養食加算  
療養食を提供した場合は1回につき8円、（1日につき3回を限度）最大24円が加算されます。
  - \* 緊急時治療管理  
ご利用者の容体が急変した場合等、緊急時に投薬、検査、注射、処置等の対応を行った場合、518円をいただきます。（1月に1回3日間が限度）
  - \* 個別リハビリテーション実施加算  
1日につき240円加算されます。
  - \* 認知症・心理症状により在宅生活が困難なため、緊急のサービス利用となった場合、7日を限度として1日につき200円が加算されます。
  - \* 若年性認知症利用者受入加算  
対象者がサービスを利用した場合1日につき120円が加算されます。
  - \* 重度療養管理加算（要介護）  
要介護4または5であって、別に厚生労働大臣が定める状態であるものに対して、医学的管理のもと、短期入所療養介護を行った場合、1日につき120円加算されます。
  - \* 総合医学管理加算  
治療管理を目的とし、以下の基準に従い、指定短期療養介護を行った場合には1日につき275円が加算されます。（10日を限度）
    - ・ 診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。
    - ・ 診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載すること。
    - ・ かかりつけ医に対し、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。
  - \* 緊急短期入所受入加算（要介護）

利用者の状態や家族の事情により、介護支援専門員が、短期入所療養介護を受ける必要があると認めて、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短期入所療養介護を行っている場合に、7日(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円加算されます。

但し、利用者負担の割合は、介護報酬告知上の額の利用者負担割合証に記載された負担割合に応じた額となります。

\* 生産性向上推進体制加算 (I)

次の要件に適合する場合において、1月つき100円を加算します。

- ・生産性向上推進体制加算(II)の要件を満たし、(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ていること。
- ・見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。
- ・職員間の適切な役割分担を(いわゆる介護助手の活用等)の取組を行っていること。
- ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンラインによる提出)を行うこと。

\* 生産性向上推進体制加算 (II)

次の要件に適合する場合において、1月つき10円を加算します。

- ・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上で、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行っていること。
- ・見守り機器等のテクノロジー1つ以上導入していること。
- ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンラインによる提出)を行うこと。

(3) その他の料金

- ①食費／1食あたり 600円  
負担限度額の認定を受けている場合は、認定証に記載している食費の負担限度額とする。但し食事内容によっては、この料金とは限りません。
- ②滞在費／1日 1人室=1,728円 4人室=437円  
負担限度額の認定を受けている場合は、認定証に記載している滞在費の負担限度額とする。
- ③日用消耗品費／1日 実費(120円程度)  
別紙品目の費用としてお支払いいただきます。
- ④教養娯楽費／1日 実費(120円程度)  
別紙品目の費用としてお支払いいただきます。
- ⑤特別な療養室の費用／1日 1人室(個室)=1,100円(税込)  
個室のご利用を希望される場合にお支払いいただきます。
- ⑥行事費 実費(その都度いただきます)  
小旅行や、観劇の費用や、講師を招いて実施する料理教室等の費用で参加された場合にお支払いいただきます。
- ⑦健康管理費 実費(その都度いただきます)  
インフルエンザ予防接種等に係る費用で希望された場合にお支払いいただきます。
- ⑧文書料 実費(文書の種類に応じて料金をいただきます)  
診断書などの文書を発行した場合にお支払いいただきます。その他内容に応じて、料金をいただく場合があります。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払わない場合があります。その場合は一旦1日あたりの利用料金を全額お支払い頂きます。サー

ビス証明書を発行いたしますので、居住地の市町村窓口サービス提供証明書を退出しますと、差額の払戻しを受けることができます。

#### 4. 支払い方法

- ・ 毎月中旬までに、前月分の請求書を発送しますので、原則その月の末日までに民間金融機関もしくは郵便局の指定した口座へ振込してください。その際の振込手数料は、利用者様負担とさせていただきます。また、振込の控えが領収書となります。大切に保管して下さい。
- ・ 現金による支払いの場合、請求の合計額をその月の末日までに施設事務室窓口でお支払い下さい。その際領収書を発行致します。但し、日祝日は除きます。
- ・ 口座引落の場合、引落日は27日になりますので、26日までにご入金下さい。(金融機関が休業日の場合は、翌営業日になります。) ご入金を確認されましたら、翌月に領収書を発送致します。

尚、利用料の口座引落開始までにお申込後2ヵ月ほどお時間を頂戴しております。その間は請求書と振込用紙をご郵送いたしますので、お近くの民間金融機関か郵便局にてお振込頂きますようお願い致します。

#### 5. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいております。

##### ・ 協力医療（歯科含む）機関

- |      |                              |
|------|------------------------------|
| ①・名称 | 一般財団法人脳神経疾患研究所 附属 総合南東北病院    |
| ・所在地 | 郡山市八山田七丁目115                 |
| ②・名称 | 一般財団法人脳神経疾患研究所 附属 南東北医療クリニック |
| ・所在地 | 郡山市八山田七丁目161                 |
| ③・名称 | 一般財団法人脳神経疾患研究所 附属 南東北眼科クリニック |
|      | 郡山市八山田七丁目166                 |

#### 6. 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事を摂取いただくこととなっています。
- ・ 面会は、原則として午前8時30分から午後8時までとします。
- ・ 消灯時間は、午後9時を原則とします。
- ・ 飲酒及び酒類の持ち込みは原則として禁止となっています。
- ・ 喫煙は、敷地内全面禁煙となっています。
- ・ 火気の取扱いは、原則として利用中は禁止となっています。
- ・ 設備・備品の利用は、職員の指示に従うものとします。
- ・ 所持品・備品等の持ち込みは、入所に必要な物に限るものとします。
- ・ 利用者の衣類等の洗濯は、原則として利用者または家族が実施するものとします。
- ・ 金銭・貴重品の管理は、原則として利用者が行うこととします。万が一紛失などした場合、当施設で責任は一切負いかねますのでご了承下さい。
- ・ 施設内へのご仏壇等の持ち込みを禁止します。
- ・ ペットの持ち込みは、原則禁止します。但し、管理者の許可が得た場合は除きます。
- ・ 他の利用者および職員の迷惑となるような、宗教活動、特定の政治活動、営利行為を行うことは禁止します。

## 7. 衛生管理等

①利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。

②感染症が発生し又はまん延しないように、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を定め、必要な措置を講ずるための体制を整備します。

・当事業所における感染症及び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（テレビ電話装置等活用して行うことができる。）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、担当職員に周知徹底を図ります。

・当事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。

・当事業所において、担当職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

③管理栄養士、調理師等厨房勤務者は、毎月1回以上、検便を行います。

④定期的に、鼠族、昆虫の駆除を行います。

## 8. 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、利用者に対する指定（介護予防）短期入所療養介護の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（業務継続計画）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担当職員に対し、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うものとします。

## 9. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講じます。また必要に応じてご家族の方にも連絡いたします。

（緊急連絡先—入所利用同意書）

## 10. 事故発生時の対応

① 利用者に対する指定（介護予防）短期入所療養介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業者または介護予防支援事業者、市町村等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。

② 利用者に対する指定（介護予防）短期入所療養介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を行います。但し、事業所の責にすべからざる事由による場合は、この限りではありません。

## 11. 非常災害対策

・防災設備 非常口、避難階段、スプリンクラー、消火栓、消火器、防火戸、非常通報装置、等

・防災訓練 年2回（総合防災訓練年2回、うち夜間想定訓練年1回）

## 12. サービス内容に関する相談・苦情

①当事業所には支援相談等の専門員として次の者が勤務していますので、サービス内容に関してお気軽にご相談ください。

担当職種 支援相談員、介護支援専門員

責任者 施設長 大原 宏夫

<電話：0247(61)2511 FAX：0247(61)2522>

<対応時間：原則的に平日の8：30～17：00>

またサービス内容に関する要望や苦情などは、施設スタッフにお寄せいただければ対応いたします。そのほか、施設内に備え付けられた「ご意見箱」をご利用ください。

②その他当事業所以外に、下記の機関でも相談・苦情等を受け付けています。

<1>各市町村の介護保険担当窓口

(郡山市の場合) 郡山市保健福祉部介護保険課

住所：郡山市朝日一丁目23-7 電話：024(924)3021

(三春町の場合) 三春町保健福祉課

住所：田村郡三春町字南町26-1 電話：0247(62)3166

(田村市の場合) 田村市介護福祉課

住所：田村市船引町船引字畑添76-2 電話：0247(82)1115

(本宮市の場合) 本宮市保健福祉部高齢福祉課

住所：本宮市本宮字千代田60-1 電話：0243(63)2780

<2>福島県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

住所：福島市中町3-7 電話：024(528)0040

<3>社会福祉法人 福島県社会福祉協議会内 福島県運営適正化委員会

住所：福島市渡利字七社宮111 電話：024(523)2943

### 13. 虐待の防止の為の措置

事業所は、虐待防止の適正化を図るため、次の措置を実施します。

- ①虐待の防止のための対策を検討する委員会を（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）3月に1回以上開催するとともに、その結果について、担当職員に周知徹底を図ります。
- ②虐待防止のための指針を整備します。
- ③全職員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- ④虐待等が発生した場合に対し、責任者を選任し相談・報告体制を整えます。
- ⑤必要に応じ、生年後見制度利用などの支援を行います。
- ⑥①～⑤に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

### 14. 身体拘束等の適正化

事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次の措置を実施します。

- ①身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の職員に周知徹底を図ります。
- ②身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
- ③介護職員その他の職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

### 15. その他

当事業所についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

尚、当事業所は第三者による評価を実施しておりません。

◆ 重要事項説明日 令和 年 月 日

◆ 重要事項説明者 (所属) \_\_\_\_\_ (職種) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_

◆ 説明を受けた方の署名

重要事項説明を受け、理解しましたので署名致します。

利用申込者 \_\_\_\_\_ 代 筆 者 \_\_\_\_\_

(代筆理由 : \_\_\_\_\_ )

身元引受人 \_\_\_\_\_ 関 係 \_\_\_\_\_