

ショートステイあそあの郷 重要事項説明書

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 愛和会
- (2) 代表者氏名 理事長 森 誠
- (3) 法人所在地 茨城県古河市駒羽根320番地1
- (4) TEL・FAX番号 TEL 0280-93-0234 FAX 0280-93-0571
- (5) 設立年月日 平成15年8月1日

2. 事業所の種類

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護事業所
指定介護予防短期入所生活介護事業所
指定茨城県第0873700546号(併設型)
指定茨城県第0873700538号(空床型)
- (2) 事業所の目的 指定短期入所生活介護事業及び指定介護予防短期入所生活介護事業所は、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できるように支援することを目的として、ご契約者(利用者)に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 ショートステイ あそあの郷
- (4) 事業所の所在地 茨城県行方市青沼981番地2
- (5) TEL・FAX番号 TEL 0299-73-0311 FAX 0299-73-0322
- (6) 事業所所長(管理者) 森 光子
- (7) 事業所の運営方針 事業の実施にあたり、利用者である要支援又は要介護者の意思及び人格を尊重して、常に利用者様の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。関係市町村、居宅支援事業所、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めるものとします。
- (8) 開設年月日 平成17年8月1日
- (9) 入所定員 10人
- (10) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	8:30~17:30

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。入所される居室は、全室個室とな

っています。

居室・整備の種類	屋 数	備 考
個 室	10室	1ユニット10室、1ユニット
食 堂	1室	
機能訓練室	1室	デイサービスと併用
浴 室	3室	個人浴槽、機械浴槽、特殊浴槽
医務室	1室	

*上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。（特養・ショートステイ）

【主な職員の配置状況】

令和6年3月31日現在

職 種	常勤換算	指定基準
施設長（管理者）	1	1
介護職員	47.2	30
生活相談員	1	1
看護職員	3.6	3
機能訓練指導員（兼務）	(1)	1
介護支援専門員	1	1
医師	0.1	必要数
栄養士	1	1

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

【主な職種の勤務体系】

職 種	勤務体制
医 師	毎週金曜日 12：40～14：30
看護職員	日勤 8：30～17：30
介護職員	早番 7：00～16：00
	日勤 8：30～17：30
	遅番 12：00～21：00
	夜勤 20：40～翌7：00

5. 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。
当施設が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。
〈サービスの概要〉

①入浴

- ・入浴又は清拭を原則週2回行います。
 - ・ご希望の日があれば各ユニットの個浴で入浴できます。
 - ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。
- ※利用者の体調によっては清拭にて対応させていただく場合がございます。

②排泄

- ・排泄の自立支援を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

④健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑤その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・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。

⑥送迎

- ・ご契約者（利用者）のご希望により移送サービス（片道184円）、実施地域を超えて行う移送は1kmごとに20円かかります。

〈サービス利用料金（1日あたり）〉（契約書第8条参照）

別紙の料金表によって、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額を除いた金額（自己負担額）と食事に関わる標準自己負担額、居住費（ホテルコスト）の合計金額をお支払い下さい。サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。又、その他に、専門職（機能訓練指導員）配置等による加算があります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条）

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者（利用者）の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）（別紙料金体系表を参照）

- ・利用者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

- ・実費相当額の範囲内にて負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額のご負担となります。
- ・当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、ご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。
- ・ご利用者の自立支援のため離床して各ユニットにて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・食事時間は、利用者の生活習慣を尊重した適切な時間に提供します。

②滞在に要する費用（光熱水費及び室料）（別紙料金体系表を参照）

- ・この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、光熱水費相当額及び室料をご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、この認定証に記載された滞在費（居住費）の金額のご負担となります。

③理髪・美容

月に1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。

利用料金：実費（顔剃りご利用の場合は実費にて追加）

*染髪、パーマは実費負担となります。

④レクリエーション・クラブ活動費

ご利用者の希望により、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。

利用料金：材料費代等の実費をいただきます。

各ユニットごとにレクリエーションを行います。

*その他遠足、ミニミニドライブ、買い物も実施します。

〈クラブ活動〉

陶芸、園芸、華道、書道クラブ（材料代等の実費をいただきます。）

④複写物の交付

ご契約者（利用者）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。

⑤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利用者の日常生活に要する費用でご契約者（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を負担いただきます。

○ポリデント等口腔衛生用品 実費

○ティッシュボックス 実費

○電池 実費

○おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第9条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、翌月上旬までに請求書を発行いたします。請求書発行月の24日までに窓口にて現金支払い、もしくはお振り込みでお支払いください。

(4) 利用の中止・変更・追加（契約書第10条参照）

○利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護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。この場合にはサービスの実施前日までに事業者にお申し出ください。

○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お支払い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	当日利用の10%

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により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、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

○ご契約者がサービスを利用している期間でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに関わる利用料金はお支払いいただきます。

6. ショートステイあそこの郷（ユニット型個室）利用料金表

(1) 介護保険が適用される利用料

表1【短期入所生活介護（ユニット型）】（1日あたり）

	併設ユニット 短期入所生活 介護費(単位)	夜勤職員 配置加算 II(単立)	サービス提供 体制加算III (単位)	介護職員処 遇改善加算 I(単位)	特定処遇 改善加算 II(単位)	1日の自己 負担額 1割負担	1日の自己 負担額 2割負担	1日の自己 負担額 3割負担
要支援1	529		6	22	12	569円	1,138円	1,707円
要支援2	656		6	55	15	732円	1,464円	2,196円
要介護1	704	18	6	60	16	822円	1,644円	2,466円
要介護2	772	18	6	65	18	869円	1,738円	2,607円
要介護3	847	18	6	71	20	980円	1,960円	2,940円
要介護4	918	18	6	77	21	1,047円	2,094円	3,141円
要介護5	987	18	6	82	23	1,114円	2,228円	3,342円

表2【食費・居住費】（1日あたり）

	居住費	食費	1日あたり	「介護保険負担限度額認定証」対象となる方
第1段階	880円	300円	1,180円	市民税非課税世帯で老齢福祉年金受給されている方 生活保護を受給されている方
第2段階	880円	600円	1,480円	市民税非課税世帯で年金収入等80万円以下 預貯金額等が単身650万円 夫婦1650万円以下
第3段階①	1,370円	1,000円	2,370円	市民税非課税世帯で年金収入等が80万円超120万円以下 預貯金等が単身550万円 夫婦1550万円以下
第3段階②	1,370円	1,300円	2,670円	市民税非課税世帯で年金収入等が120万円超 預貯金等が単身500万円 夫婦1500万円以下
第4段階	2,066円	※ 1,750円	3,816円	市民税課税世帯の方 1～3に該当されない方

※介護老人福祉施設・短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護をご利用の方が市町村に低所得者負担軽減措置の申請を行い、上記の第1～3段階のいずれかに認定された場合には、食費・居住費の自己負担額が軽減されます。

*ご利用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、ご利用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た「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、変更された額にあわせて、ご利用者の負担額を変更します。

7. 苦情の受付について(契約書第24条、第25条参照)

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口(担当者)

施設長	森	光子
介護主任	関野	公裕
生活相談員	菅谷	千賀子

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

8:30～17:30(原則として)

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○行方市役所介護福祉課(行方市在住の方)

所在地 行方市玉造甲404

電話番号 0299-55-0111

受付時間 9:00～17:00(平日)

○潮来市役所高齢福祉課(潮来市在住の方)

所在地 潮来市辻626

電話番号 0299-63-1111

受付時間 9:00～17:00(平日)

○国民健康保険団体連合

所在地 水戸市笠原町978-26

茨城県市町村会館内

電話番号 029-301-1550

FAX 029-301-1580

受付時間 9:00～17:00(平日)

○茨城県社会福祉協議会

所在地 水戸市千波町1918

茨城県総合福祉会館内

電話番号 029-241-1133

F A X 029-241-1434

受付時間 9:00～17:00（平日）

重要事項説明書付属文書

1. 施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋2階建
- (2) 建物の延べ床面積 4,707.36㎡
- (3) 事業所の周辺環境

北浦周辺の自然環境が整った田園地帯で、四季折々の季節が楽しめる風光明媚なところです。近くの春日神社では、町指定無形民俗文化財の「どぶろく祭り」が行われます。

2. 契約締結からサービス提供まで

- (1) ご利用者に対する具体的なサービス内容や提供方針については、居宅サービス計画（ケアプラン）がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。

（契約書第3条参照）

①当事業所の介護支援専門員（ケアマネージャー）に短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護事業計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。

□

②担当者は短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護計画の原案について、ご契約者（利用者）及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。

□

③短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護計画は、居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合、もしくはご契約者（利用者）及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうか確認し、変更の必要がある場合には、ご契約者（利用者）及びその家族等と協議して、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護計画を変更します。

□

④短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護計画が変更された場合には、ご契約者（利用者）に対して書面を交付し、その内容を確認します。

(2) ご契約者（利用者）に係る居宅サービス計画（ケアプラン）が作成されていない場合のサービス提供の流れは次のとおりです。

①介護認定を受けている場合

- 居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。
- 短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。



居宅サービス計画（ケアプラン）の作成



- 作成された居宅サービス計画に沿って、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

②要介護認定を受けていない場合

- 要介護認定の申請に必要な支援を行います。
- 短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護計画を作成し、それに基づき、ご契約者（利用者）にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます（償還払い）。

要支援・要介護と認定された場合



- 居宅サービス計画（ケアプラン）を作成していただきます。必要に応じて、居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。



居宅サービス計画（ケアプラン）の作成



自立と認定された場合



- 契約は終了します。
- すでに実施されたサービスの利用料金は全額自己負担となります。

- 作成された居宅サービス計画に沿って、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護計画を変更し、それに基づき、ご契約者（利用者）にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

3. サービス提供における事業者の義務（契約書第12条、第13条参照）

当事業所では、ご契約者（利用者）に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者（利用者）の生命・身体・財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者（利用者）の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者（利用者）から聴取・確認します。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者（利用者）に対して、定期的に避難・救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご契約者（利用者）に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者（利用者）または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤ご契約者（利用者）に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約者（利用者）または他の利用者等の生命・身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適切な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ご契約者（利用者）へのサービス提供時において、ご契約者（利用者）に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑦事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者（利用者）またはご家族に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。

ただし、ご契約者（利用者）に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者（利用者）の心身等の情報を提供します。また、ご契約者（利用者）との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にてご契約者（利用者）の同意を得ます。

4. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性・安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

（1）持込の制限

利用にあたり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。

- ・衣類等
- ・日用品
- ・電化製品

（2）施設・設備の利用上の注意（契約書第14条、第15条参照）

○居室及び共用施設・敷地を本来の目的に従って利用してください。

○故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合は、ご契約者（利用者）に自己負担により現状に復していただく

か、又は、相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○ご契約者（利用者）に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者（利用者）の居室内に立ち入り必要な措置を取ることができるとします。ただし、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

○当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動・営利活動を行うことはできません。

（３）喫煙

全館禁煙です。

（４）サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者（利用者）の希望により、下記協力機関において診療や入院治療を受けることができます。（ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を義務づけるものではありません）

医療機関の名称	なめがた地域医療センター
所在地	行方市井上藤井 9 8 - 8
診療科	内科、外科、婦人科、神経外科、皮膚科

5. 損害賠償について（契約書第 1 6 条、第 1 7 条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご契約者（利用者）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（利用者）に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者（利用者）のお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。

6. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の要介護認定の有効期間満了日の 2 日前までに契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で変更され以後も同様となります。契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

（契約書第 1 9 条参照）

- ①ご契約者（利用者）が死亡した場合。
- ②要介護認定によりご契約者（利用者）の心身の状況が「自立」と判定された場合。
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者（利用者）に対するサービスの提供が不可能になった場合。
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合。
- ⑥ご契約者（利用者）から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）。
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照ください）。

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第20条、第21条）

契約の有効期間であっても、ご契約者（利用者）から利用契約を解除することができます。その場合には、契約終了を希望する日の2日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険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事業所の運営規程の変更に同意できない場合。
- ③ご契約者（利用者）が入院された場合。
- ④ご契約者（利用者）の居宅サービス計画（ケアプラン）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なく本契約に定める短期入所生活介護サービスを実施しない場合。
- 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（利用者）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の申し出（契約書第22条）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解約させていただくことがあります。

- ①ご契約者（利用者）が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、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（利用者）による、サービスの利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、相当期間を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（利用者）が、故意又は重大な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等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

(3) 契約終了に伴う援助（契約書第19条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者（利用者）の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

重要事項説明同意書

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

令和 年 月 日

事業者 社会福祉法人 愛和会
指定短期入所生活介護事業所
指定介護予防短期入所生活介護事業所
指定茨城県第0873700546号
所在地 茨城県行方市青沼981番地2
代表者 施設長 森 光子 ⑩

説明者 所 属 社会福祉法人 愛和会
ショーステイ あそうの郷
職 名 生活相談員
氏 名 菅谷 千賀子 ⑩

私は、契約書及び本書面により、事業から重要事項の説明を受け、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 ⑩
続 柄

利用者 氏 名 ⑩