

重要事項説明書

ショートステイ

当あやめ苑は利用者さまに対して短期入所共同生活介護施設サービスを提供します。契約を締結する前に知っておいていただきたい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。わかりにくいことがあれば遠慮なくご質問ください。



- 1 施設運営法人
- 2 利用施設案内
- 3 職員の職種と職務内容
- 4 提供サービス及び利用料金
- 5 施設退所事項及び身元引受人
- 6 苦情受付
- 7 事故発生時の対応
- 8 緊急時における対応
- 9 身体拘束及び行動制限
- 10 虐待防止について
- 11 非常災害時の対策
- 12 利用中の医療提供
- 13 ご利用にあたっての留意事項

(平成30年度4月1日改定)

1 施設運営法人

- 1) 法人名 社会福祉法人 ひらか福祉会
- 2) 法人所在地 秋田県横手市平鹿町浅舞字福田207番地4
- 3) 電話番号 0182-56-3002
- 4) 代表者氏名 理事長 畠山 博
- 5) 設立年月日 平成18年10月23日

2 ご利用施設

- 1) 施設種類 短期入所生活介護
- 2) 施設目的 要介護認定者の入所及びその介護サービスの提供
- 3) 施設所在地 秋田県横手市平鹿町浅舞字福田207番地4
- 4) 電話番号 0182-56-3002
- 5) 施設名称 ショートステイ あやめ苑
- 6) 施設長氏名 佐藤 淳一
- 7) 理念・方針

理 念	「その人らしく。」
方 針	①小規模ユニットごとに一つの家族として共に暮らしていく。 ②家族の一員として、共感する心を第一に支援する。 ③自分らしい生活を支援する為、寄り添うケアを介護のしくみとして職員全員で共有化する。

- 6) 入所定員 14人(併設する特別養護老人ホーム29人を含むと全体で43人)

あやめ苑では食事、入浴、お茶の間などの暮らしの場をひとつのくり(ユニット)とし、使いやすいようにしています。くりの単位は7~10人で、その人たちが暮らしの仲間(家族)となります。暮らしをサポートする職員も固定配置されていますので顔なじみの人の関係が保てます。ユニットは全部で5箇所あります。少人数での家庭的な雰囲気を目指した運営を心がけております。また、全室個室ですので個人のプライバシーも守られ、気兼ねなく、思い思いの自分らしい暮らしを送ることができます。

3 職員の職種と職務内容

当施設では、利用者さまに対して短期入所共同生活介護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。

職 種	人 員	職 務 内 容
施 設 長	1名	施設運営全般を管理いたします。
生 活 相 談 員	1名以上	利用者さまの日常生活の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
介 護 支 援 専 門 員	1名	利用者さまに係る短期入所共同生活介護計画(ケアプラン)を作成します。
看 護 職 員	2名以上	利用者さまの健康管理や療養上のお世話と、日常生活上の介護介助等を行います。
介 護 職 員	24名以上	利用者さまの日常生活上の介護及び健康保持のための相談助言等を行います。
医 師 (嘱 託)	1名	利用者さまの健康管理及び療養上の指導を行います。
栄 養 士	1名	利用者さまの栄養管理及び献立を作成します。
調 理 員	4名	栄養士の作成した献立の料理を利用者さまに提供します。

4 提供サービス及び利用料金

1) 提供サービス

食事	栄養士の献立表により、栄養並びに利用者さまの身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。また、自立支援のため、離床してできるだけ食堂にて食事を取っていただくようにします。 朝食:7:30～ 昼食:12:00～ 夕食:5:30～
入浴	出来るだけ利用者さまのご希望の時間に対応できるようにいたします。入浴できない方は清拭で対応いたします。寝たきりの方はご様子を診て機械浴槽で入浴できるようにいたします。
排泄	排泄の自立を促す為に、利用者さまの身体能力を最大限活用した援助を行います。
自立支援	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮をいたします。清潔で快適な生活ができるように援助いたします。

2) ご利用期間

一時的にご家庭での介護が困難になったときに、短期間施設をご利用いただくものです。連続してご利用の場合は30日までのご利用期間となります。

3) 送迎地域

送迎地域は通常、横手市地域内となります。(横手地域以外も送迎致します)

※横手市地域外の送迎は通常の184円に実費距離分がプラスされます。(1Kあたり20円)

4) ご利用料金

下記の料金表に従い、利用者さま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と食費、滞在費及びその他(医療費、理容代、雑貨代)などをお支払いいただきます。

$$\text{①要介護度別利用料金(一割又は二割又は三割負担)} + \text{②食費(実費)} + \text{③滞在費(実費)} = \text{ご利用料金}$$

費用のめやす

介護度	①			②	③	ご利用料金		
	一日あたりご利用者負担			食費	居住費	合計		
	1割	2割	3割	1日	1日	1割	2割	3割
要介護1	682円	1,364円	2,046円	1,380円	1,970円	4,032円	4,714円	5,396円
要介護2	749円	1,498円	2,247円			4,099円	4,848円	5,597円
要介護3	822円	1,644円	2,466円			4,172円	4,994円	5,816円
要介護4	889円	1,778円	2,667円			4,239円	5,128円	5,617円
要介護5	956円	1,912円	2,868円			4,306円	5,262円	6,218円

※加算時料金

加算項目	1割	2割	3割	加算内容
①サービス提供体制加算(Ⅱ)	6円/日	12円/日	18円/日	サービスを提供する事業所の介護職員の専門性やキャリアを評価する加算です。
②処遇改善加算(Ⅰ)	介護保険利用分 × 8.3%			介護職員の処遇を改善する為の加算です。
③療養食加算	8円/回	16円/回	24円/回	医師の指示による療養食の加算分です。
④看護体制加算(Ⅰ)	4円/日	8円/日	12円/日	看護師の配置において、基準を上回る体制でサービスを提供している場合の加算です。
⑦夜勤職員配置加算	18円/日	36円/日	54円/日	夜勤職員の配置に関する加算です。

現在の加算内容は上記になりますが、変更する場合がありますので、加算の内容は利用時に再度ご確認ください。

※その他の料金

③理髪料金	実費	理容出張サービスです。
④送迎料金	片道184円	送迎をご利用の場合の料金です。(負担割合証にて1割負担の方)
	片道368円	送迎をご利用の場合の料金です。(負担割合証にて2割負担の方)
	片道552円	送迎をご利用の場合の料金です。(負担割合証にて3割負担の方)

※食費及び居住費には所得による**負担額軽減措置**が設けられています。

負担額軽減措置の申請について

負担の軽減を受ける為には事前に市役所窓口にて申請が必要になります。対象者の方は**介護保険負担限度額認定証**が交付されますので**利用時にご提示ください**。

第一段階	1.世帯全体が市町村民税非課税で、老人福祉年金を受給している方。 2.生活保護の方。			
費用のめやす	一日あたりご利用者負担	食費	滞在費	合計
要介護 1	682円	300円	820円	1,802円
要介護 2	749円			1,869円
要介護 3	822円			1,942円
要介護 4	889円			2,009円
要介護 5	956円			2,076円

第二段階	1.世帯全体が市町村民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が年間80万円以下の方。			
費用のめやす	一日あたりご利用者負担	食費	滞在費	合計
要介護 1	682円	390円	820円	1,892円
要介護 2	749円			1,959円
要介護 3	822円			2,032円
要介護 4	889円			2,099円
要介護 5	956円			2,166円

第三段階	1.世帯全体が市町村民税非課税で、利用者負担が第二段階に該当しない方。			
費用のめやす	一日あたりご利用者負担	食費	滞在費	合計
要介護 1	682円	650円	1,310円	2,642円
要介護 2	749円			2,709円
要介護 3	822円			2,782円
要介護 4	889円			2,849円
要介護 5	956円			2,916円

第四段階	1.同じ世帯に課税者がいるが、本人は非課税または住民税課税対象の方。			
費用のめやす	一日あたりご利用者負担	食費	滞在費	合計
要介護 1	682円	1,380円	1,970円	4,032円
要介護 2	749円			4,099円
要介護 3	822円			4,172円
要介護 4	889円			4,239円
要介護 5	956円			4,306円

第四段階		1.同じ世帯に課税者がいるが、本人は非課税または住民税課税対象の方で、負担割合証にて2割負担の方。		
費用のめやす	一日あたりご利用者負担	食費	滞在費	合計
要介護 1	1,364円	1,380円	1,970円	4,714円
要介護 2	1,498円			4,848円
要介護 3	1,644円			4,994円
要介護 4	1,778円			5,128円
要介護 5	1,912円			5,262円

第四段階		1.同じ世帯に課税者がいるが、本人は非課税または住民税課税対象の方で、負担割合証にて3割負担の方。		
費用のめやす	一日あたりご利用者負担	食費	滞在費	合計
要介護 1	2,046円	1,380円	1,970円	5,396円
要介護 2	2,247円			5,597円
要介護 3	2,466円			5,816円
要介護 4	2,667円			6,017円
要介護 5	2,868円			6,218円

4) キャンセル料

ご利用予定日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用予定日の前日午後5時までにご連絡がなかった場合	1日利用料の10%

5) ご利用の中止

ご利用中にサービスを中止して退所される場合、退所日までの日数を基に計算いたします。以下の場合に、ご利用期間中でもサービスを中止する場合があります。

- ①利用者さまが中途退所を希望された場合
- ②ご利用予定日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ③他の利用者さま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

6) 利用料金のお支払い方法

利用料金及び実費立替金は、月末分をまとめて翌月の中旬にご利用明細にてご連絡致します。ご利用明細が到着した月の27日頃に北都銀行またはJAあきたふるさとのご登録口座より引き落としさせていただきます。

希望される方は、口座振込もご利用できます。(手数料は、ご負担下さい。)

5 施設退所事項及び身元引受人

1) 契約解除 以下の事項に該当した場合、**退所して頂く**ことがあります。

①利用者さまが、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項等を故意にこれを告げずまた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ご契約によるサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上延滞し、**催告にもかかわらず支払われない**場合。

2) 身元引受人 身元引受人について以下のとおり定めます。

①契約締結にあたり、**身元引受人をお願い**することになります。しかしながら、利用者さまにおいて、社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、入所契約締結にあたって、身元引受人の必要はありません。

②身元引受人には、これまで最も身近にいて、利用者さまのお世話をされてきた**ご家族やご親戚に就任していただくのが望ましい**と考えておりますが、必ずしもこれらの方に限る趣旨ではありません。

③身元引受人は、利用者さまの利用料等の経済的な債務については、利用者さまと連帯して、**その債務の履行義務を負う**こととなります。また、利用者さまが医療機関に入院する場合や当施設から退所される場合においては、その手続きを円滑に行うために必要な事務処理や費用負担などを行ったり、更には当施設と協力、連携して退所後の利用者さまの受け入れ先を確保する等の責任を負うこととなります。

④利用者さまが入所中に死亡した場合においては、**そのご遺体や残置品(居室内に残置する日常生活品や身の回り品等)の引き取り等の処理**についても、身元引受人がその責任で行う必要があります。また、利用者さまが死亡されていない場合でも、入所契約が終了した後、当施設に残された利用者さまの残置品を利用者さまが引き取れない場合には、身元引受人にこれを引き取っていただく場合があります。これらの引き取り等の処理にかかる費用については、利用者さままたは身元引受人にご負担いただくこととなります。

⑤身元引受人には、利用料金の変更、短期入所生活介護計画の変更等については、**必ずその都度ご通知**させていただきます。

6 苦 情 受 付

- 1) 対 処
 苦情並びに、ご相談は施設担当が受付けております。
 担当者 生活相談員 富永 清

・あやめ苑苦情相談	0182-56-3002
-----------	--------------

【行政機関その他苦情受付窓口】

・秋田県国民健康保険団体連合会	018-883-1550
・横手市健康福祉部高齢ふれあい課	0182-35-2134
・秋田県福祉サービス相談支援センター (運営適正化委員会)	018-864-2726

7 事 故 発 生 時 の 対 応

- 1) サービスの提供により事故が発生した場合には、利用者さまに対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を行い、速やかに利用者さまのご家族等に連絡いたします。
- 2) 事故の状況及び事故に際してとった処置について記録すると共に、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- 3) サービスの提供により利用者さまに対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償をいたしますが、利用者さま自身が独自に起こした転倒・転落などの事故外傷については、利用者さまの自己責任とさせていただきます。

8 緊 急 時 に お け る 対 応

- 1) 利用者さまが当施設をご利用中に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに囑託医または事業所が定めた協力医療機関に連絡し、措置を講じます。

9 身 体 拘 束 及 び 行 動 制 限

- 1) 原則として、利用者さまの自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急時やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には事前に利用者さま及びそのご家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者さまの心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

10 虐待防止について

施設は、利用者さま等の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- 1) 虐待に関する責任者を選定します。
虐待に関する責任者 (職) 施設長 (氏名) 佐藤 淳一
- 2) 成年後見制度の利用を支援します。
- 3) 職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
研修を通じて、職員の人権意識の向上や知識、技術の向上に努めます。

11 非常災害時の対策

1) 災害時の対応

別に定める「特別養護老人ホームあやめ苑消防計画」にのっとり対応を行います。

2) 平常時の訓練

年2回、昼間及び夜間を想定した避難訓練を「特別養護老人ホームあやめ苑消防計画」にのっとり利用者さまも参加していただいております。

3) 防災設備

自動火災報知器	2ヶ所
誘導灯及び誘導標識	33ヶ所
防火扉	2ヶ所
粉末消火器	7台
屋内消火栓	7基
非常通報装置	1ヶ所
非難口(非常口)	10ヶ所



※カーテン等は防災加工を施したものを使用しています。

12 利用中の医療提供

1) 提供

利用者さまの希望により下記協力医療機関で治療や入院治療を受けることができます。

(但し、下記医療機関での優先的な治療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での治療・入院を義務づけるものでもありません。)

2) 協力医療機関

①嘱託医

医療機関名	西成医院
嘱託医の氏名	西成 忍
所在地	横手市平鹿町浅舞字浅舞53
電話番号	0182-24-1023
契約の内容	週1回の定期的な診察。利用者さまが急変した場合の緊急対応処置及び入院が必要になった場合の医療機関の紹介。

②協力病院

医療機関名	平鹿総合病院
所在地	横手市前郷字八ツ口3番1
電話番号	0182-32-5121
診療科	内科・外科・整形外科・泌尿器科・皮膚科・眼科・心臓血管外科・耳鼻科・婦人科・心療内科
救急指定の有無	救急告知病院

医療機関名	市立横手病院
所在地	横手市根岸町5—31
電話番号	0182—32—5001
診療科	内科・外科・整形外科・泌尿器科・皮膚科・眼科・耳鼻科
救急指定の有無	救急告知病院

医療機関名	市立大森病院
所在地	横手市大森町菅生田245—205
電話番号	0182—26—2141
診療科	内科・外科・整形外科
救急指定の有無	救急告知病院

③協力歯科医院

医療機関名	佐藤歯科医院
所在地	横手市平鹿町浅舞字浅舞383
電話番号	0182—24—1001

13 ご利用にあたっての留意事項

1) ご面会

①概ね8:30～17:30といたします。

②曜日等の制限はありません。いつでもご面会にいらしてください。

2) 外出・外泊

いつでも自由にお出掛けいただけますが、必ず行き先と戻る時間をお伝えください。

3) 飲酒・喫煙

医師より禁止されていない限り、特に制限はありません。ただし、飲酒は世間一般的な常識の範囲内で、また喫煙については必ず所定の場所をお願いいたします。
(苑内禁煙)

4) 金銭・貴重品の管理

所持金は小遣い程度にし、ご自分で管理をお願いいたします。貴重品等もトラブルの元となりますので持ち込みはご遠慮ください。

5) 利用者さまは健康に留意し、健康診査は特別な理由がない限り受診をお願いします。

6) 利用者さまは施設の清潔・整頓・その他環境衛生を保持するためご協力をお願いします。

7) 利用者さまは施設内で次の行為はご遠慮ください。

イ) 宗教や信条の相違などで他人を攻撃し又は自己の利益の為に他人の利益を犯すこと。

ロ) 喧嘩・口論・泥酔などで他の入居者に迷惑を及ぼす事。

ハ) 施設の秩序・風紀を乱し、安全衛生を害する事。

ニ) 指定した場所以外で火気を用いる事。

ホ) 故意に施設もしくは物品に損害を与え又はこれを持ち出す事。



※ご利用期間中の入院の場合は、全て**自己負担**となります。

※サービス期間中に利用者さまが、損害を受けられた場合は**損害賠償**いたします。

※利用者さまから解約を求められた場合は、**速やかに手続き**をいたします。

※利用者さま並びにそのご家族に関する秘密や個人情報**は絶対に他に漏れないように保持**いたします。

説明及び契約日時	平成 年 月 日(時 分～ 時 分)
説明及び契約場所	に於いて

介護老人福祉施設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。

説明者 社会福祉法人ひらか福祉会 あやめ苑
職 種 名 _____
氏 名 _____ 印

私は、本書面に基づき重要事項の説明を受け、短期入所生活介護施設サービスの提供の開始に同意いたしました。

平成 年 月 日

利用者 住 所 _____
氏 名 _____ 印

署名代行者 (利用者との関係:)
住 所 _____
氏 名 _____ 印

身元引受人 (利用者との関係)
住 所 _____
氏 名 _____ 印