

# 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

(令和7年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 尚弥
- 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 小田島 富男
- 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。
看 護 職 員	1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	7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名以上	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:17:30～
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。

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

#### 費用のめやす

介護度	①			② 食費	③ 居住費	ご利用料金				
	一日あたりご利用者負担					1日	1日	合計		
	1割	2割	3割					1割	2割	3割
要介護1	704円	1,408円	2,112円	1,445円	2,066円	4,215円	4,919円	5,623円		
要介護2	772円	1,544円	2,316円			4,283円	5,055円	5,827円		
要介護3	847円	1,694円	2,541円			4,358円	5,205円	6,052円		
要介護4	918円	1,836円	2,754円			4,429円	5,347円	6,265円		
要介護5	987円	1,974円	2,961円			4,498円	5,485円	6,472円		

※ 食費は 朝400円 昼575円 夕470円 1日合計1,445円 となります。

#### ※加算時料金

加算項目	1割	2割	3割	加算内容
サービス提供体制加算(Ⅲ)	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。
処遇改善加算(Ⅱ)	介護保険利用分 ×13.6%			介護職員の処遇を改善する為の加算です。
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。
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。
緊急短期入所受入加算	90円/日	180円/日	270円/日	ケアプランに利用計画のない時に緊急で利用受入する場合の加算です。

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。
看護体制加算（Ⅱ）	8円/日	16円/日	24円/日	上記に加え、看護師、病院との24時間連絡体制を確保している場合の加算です。
医療連携強化加算	58円/日	116円/日	174円/日	医療度の高い利用者に対して、看護職員による定期巡回や緊急時の協力機関との取り決めに沿った対応をするための加算です。
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）		

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

おやつ代	100円/日	食費と別に申し受けます。
電気代	50円/日	電化製品、冷暖房仕様に関わる電気代です。
理髪料金	実費	毎月1回、理容組合の出張サービスです。
日常生活費	実費	クリーニング代、歯ブラシや入れ歯洗浄剤等の個人の日用品に係る、立替購入した費用です。※紙パンツやオムツの費用はかかりません。
出前や外食時費用	実費	出前で食事した際や外出時の飲食代です。

※食費及び居住費には、所得による**負担限度額措置**が設けられています。

**低所得者の方は、食費及び居住費の軽減が受けられます。**

#### 負担限度額措置の申請について

負担の軽減を受ける為には、事前に市役所窓口で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、ご利用時に提示して下さい。

#### 介護保険負担限度額認定を適用させた場合の居住費と食費

第一段階		1.本人および世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金の受給者の方。 2.生活保護の受給者の方。			
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	704円	300円	880円	1,884円	
要介護 2	772円			1,952円	
要介護 3	847円			2,027円	
要介護 4	918円			2,098円	
要介護 5	987円			2,167円	

第二段階		1.本人および世帯全員が住民非課税で、合計所得金額+課税年金収入額が80万以下の方			
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	704円	600円	880円	2,184円	
要介護 2	772円			2,252円	
要介護 3	847円			2,237円	
要介護 4	918円			2,398円	
要介護 5	987円			2,467円	

<b>第三段階 ①</b>		1.本人および世帯全員が住民非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円超120万円以下の方			
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	704円	1,000円	1,370円	3,074円
要介護	2	772円			3,142円
要介護	3	847円			3,217円
要介護	4	918円			3,288円
要介護	5	987円			3,357円

<b>第三段階 ②</b>		1.本人および世帯全員が住民非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が120万円超の方			
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	704円	1,300円	1,370円	3,374円
要介護	2	772円			3,442円
要介護	3	847円			3,517円
要介護	4	918円			3,588円
要介護	5	987円			3,657円

<b>第四段階</b>		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	704円	1,445円	2,066円	4,215円
要介護	2	772円			4,283円
要介護	3	847円			4,358円
要介護	4	918円			4,429円
要介護	5	987円			4,498円

<b>第四段階</b>		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	1,408円/日	1,445円	2,066円	4,919円
要介護	2	1,544円/日			5,055円
要介護	3	1,694円/日			5,205円
要介護	4	1,836円/日			5,347円
要介護	5	1,974円/日			5,485円

<b>第四段階</b>		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	2,112円/日	1,445円	2,066円	5,623円
要介護	2	2,316円/日			5,827円
要介護	3	2,541円/日			6,052円
要介護	4	2,754円/日			6,265円
要介護	5	2,961円/日			6,472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
- ④利用者様が入院された場合

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、JAあきたふるさと、秋田銀行のご登録口座より引き落としさせていただきます。(秋田銀行の引き落とし日は25日頃)

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3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、**利用料金3か月分または80万円以下の履行義務を負う**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、身元引受人にお引き取りいただきます。引き取り際の処理にかかる費用については、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 山本 ゆかり

・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
・横手市市民福祉部まるごと福祉課（介護保険係）	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 第 三 者 評 価 の 有 無 （ 有 ・ 無 ）

## 8 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。

## 9 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、速やかにかかりつけ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。

### # 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理由について記録します。

### # 虐 待 防 止 に つ い て

当施設は、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）小田島 富男
- 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



### # 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	誘導灯及び誘導標識
防火扉	粉末消火器
屋内消火栓	非常通報装置
非難口(非常口)	スプリンクラー設備

※カーテン等は防災加工を施したものを使用しています。

# 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

## # 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  
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  
喫煙は敷地内禁煙とさせていただきます。飲酒は医師より禁止されていない限り、一般的な常識の範囲内でお願いたします。
- 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	令和 年 月 日( 時 分～ 時 分)
説明及び契約場所	に於いて

**短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき本人及びご家族へ重要事項の説明し、交付しました。**

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し、受領しました。**

令和 年 月 日

利用者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

ご家族様名 (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

上記の同意を証するため、本書2通を作成し、契約者または身元引受人と事業者が署名捺印のうえ、各1通を保有するものとする。