

## 重要事項説明書

### 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 親愛会  
(2) 法人所在地 茨城県水戸市千波町2770-16  
(3) 電話番号 029-243-5322  
(4) 代表者氏名 武藤 邦彦  
(5) 設立年月 昭和48年2月7日

### 2. 事業所の概要

#### (1) 事業所の種類

名称	ショートステイ梅寿園
種類	指定短期入所生活介護事業所
指定年月日	平成12年3月10日
指定番号	0870100633
住所	水戸市見川町1820-10
電話番号	029-243-5322
対象地域	水戸市、茨城町、ひたちなか市、那珂市、笠間市(旧友部町)
利用定員	10名(指定介護予防短期入所生活介護を含む)

#### (2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	9:30~18:30
サービス提供時間	9:30~18:30
休日	なし

#### (3) 設備の概要

居室	4人部屋	3室(ショートステイ2室)
	2人部屋	なし
	個室	なし
浴室	個浴 機械浴	
機能訓練室	1室	
医務室	1室	
談話室	2室	
食堂	1室	

(4) 職員の配置状況

職種	常勤	非常勤
管理者	1名	
医師		1名
生活相談員	2名	
看護職員	3名以上	
介護職員	4名以上	
機能訓練指導員	1名	
管理栄養士	1名	
介護支援専門員	2名	

3. 当事業所が提供するサービス

食事	(朝) 8:00～9:30 (昼) 12:00～13:30 (夕) 18:00～19:30
入浴	原則として週2回以上
排泄	契約者の心身の状況に応じた排泄介助を行います
送迎	契約者の希望に応じて実施いたします
機能訓練	生活リハビリ・機能回復訓練
レクリエーション	詳しくは月間予定表をご覧ください
その他	生活相談や簡易健康管理等を行います

(1) 全額が契約者の負担となるもの

- ①介護保険給付の限度額を超えるサービス
- ②食事に関わる費用
- ③複写物の交付
- ④通常の事業実施地域外への交通費
- ⑤レクリエーション実費材料代
- ⑥滞在費

(2) 利用料の支払方法

- \* 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く場合があります。要支援又は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) また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、契約者が保険給付の申請を行な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、変更された額に合わせて、契約者の負担額を変更します。

(3) 利用の中止、変更、追加

- ①利用予定日の前に、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事業者へ申し出てください。

②利用予定日の前日までに利用中止の申し出がない場合、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。

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	当日利用料金の50%

③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、他の利用可能期間又は日時を契約者に提示して協議します。

④利用期間中であっても以下の場合においてサービスを中止する場合があります。

- ・利用者が中途退所を希望した場合
- ・入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合
- ・他の利用者の生命又は健康に重大な影響を与える行為があった場合

#### 4. 契約の終了

##### (1) 契約者からの解約

契約者は事業者に対し、1週間の予告期間において文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

##### (2) 事業者からの解約

事業者はやむを得ない事情がある場合、契約者に対して1ヶ月の予告期間において、理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

#### 5. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態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ずる他、家族の方にも連絡します。

#### 6. 非常災害対策

- ①防災時の対応 職員の指示により誘導避難
- ②防災設備 火災報知器、非常通報装置、スプリンクラーを設置

#### 7. 苦情の受付について

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。

担当者	福上 広
電話番号	029-243-5322
受付時間	9:30~18:30

#### 8. 情報公表

(1) 社会福祉法24条等の趣旨に則り、ショートステイ梅寿園指定短期入所生活介護事業が提供するサービスを安心して利用できるよう理解と信頼を促進するため、情報公表・情報の開示を推進するものとする。

(2) 情報公表・情報の開示の内容は、別に定める情報公表・開示規定による。

9. 事業所が行なっている他の事業

当事業者は下記の事業もあわせて実施しています。

- ① 指定介護老人福祉施設 ケアステーション梅寿園  
ケアステーション藤が原
- ②指定特定施設入所生活介護（予防含む） やすらぎ梅寿園
- ③指定居宅介護支援事業所 介護支援センター緑岡
- ④有料老人ホーム やすらぎ梅寿園  
グランドホームとんぼ
- ⑤ケアハウス みどりおか
- ⑥地域窓口センター 地域窓口センター緑岡
- ⑦短期入所生活介護（予防含む） ショートステイとんぼ  
ショートステイ藤が原
- ⑧通所介護（予防含む） デイ緑岡  
さくらさくら  
デイとんぼ  
デイ藤が原
- ⑨訪問介護（予防含む） ヘルプサービスみどりおか
- ⑩福祉用具貸与（予防含む） ライフ緑岡
- ⑪保育所 千波保育園  
葉山保育園

令和 年 月 日

サービス提供の開始に際し、本書に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人 親愛会  
理事長 武藤邦彦

説明者 職名 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族（代理人） 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

ショートステイ梅寿園 重要事項説明書

1、事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な短期入所生活介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2、事業者の内容

(1) 提供できるサービスの地域

事業所名 ショートステイ梅寿園  
 指定番号 0870105822  
 所在地 茨城県水戸市見川町 1820-10  
 管理者の氏名 武藤 邦彦  
 電話番号 029-306-6800  
 F A X 番号 029-243-5765  
 サービスを提供する地域 水戸市 ひたちなか市 那珂市 茨城町

(2) 事業所の従事者体制

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員
管理者	業務の一元的な管理	1名 (兼務)
医師	健康管理及び療養上の指導	1名 (非常勤)
生活相談員	生活相談及び指導	2名 (兼務)
介護支援専門員	施設サービス計画の作成	1名 (兼務)
介護職員	介護業務	10名以上
看護職員	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理	3名以上 (兼務)
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導	1名 (兼務)
管理栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	1名 (兼務)

(3) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
医師 (嘱託)	毎週 水曜日 木曜日
介 護 職 員	早 番 7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0
	遅 番 1 0 : 3 0 ~ 1 9 : 3 0
	遅々番 1 3 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0
	深夜勤 2 2 : 0 0 ~ 7 : 0 0
看 護 職 員	日 勤 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
機能訓練指導員	日 勤 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
生活指導員	日 勤 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
介護支援専門員	日 勤 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
事 務 職 員	日 勤 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
管 理 栄 養 士	日 勤 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0

(4) 設備の概要

定員 30名

居室・設備の種類	室 数	備 考
全室個室	1ユニット (10室)	各ユニット内に食堂・談話

	(3ユニット)	スペース・キッチン トイレ・浴室(個浴)
特 浴 室	2室	
医 務 室	1室	

### 3、サービスの内容

#### (1) 基本サービス

##### ①短期入所生活介護計画の立案

利用期間が4日間以上の場合、利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、短期入所生活介護計画を作成します。その内容を利用者及びその家族に説明し同意を得ます。

短期入所生活介護計画を作成した際は、当該計画を利用者に交付します。

##### ②食事

- ・食事は利用者の心身の状態、嗜好を考慮し提供します。
- ・医師の指示による食事の提供を行います。

##### ③入浴

週に2回～3回入浴していただけます。ただし、利用者の体調等により、回数減又は清拭となる場合があります。

##### ④介護

短期入所生活介護計画に沿った介護を行います。

- ・更衣、排泄、食事、口腔ケア、入浴等の介助
- ・体位変換、シーツ交換、事業所内の移動の付き添い等

##### ⑤機能訓練

日常生活動作の維持又は向上を日頃の生活の中で実施します。

##### ⑥生活相談

生活相談員をはじめ従業員が、日常生活に関すること等の相談に応じます。

##### ⑦健康管理

利用中の医療機関の受診は、基本的にご家族に対応いたします。ただし、ご利用開始後

必

要に応じ、健康状態を把握するため、嘱託医へ外来し受診する場合がございます。

#### (2) その他のサービス

##### ①理美容

毎月、理美容の機会を設けておりますので、利用期間中に行われる場合で、ご希望の方は申し出てください。(料金は理美容事業者へ直接お支払いいただきます。)

##### ②所持品の管理

保管できるスペースに限りがございますので、事前のご連絡をお願いいたします。

##### ③レクリエーション

年間を通して事業所内外の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかる場合がございます。(利用期間中に行われる場合)

### 4、利用料金

#### (1) サービス利用料金と利用者負担金(自己負担額。以下、サービス利用料金と併せて「料金」または「料金表」という。)

##### ① 料金表は、「別表」のとおりです。

「別表」の料金表によって、利用者の要介護度等に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい。(サービス利用料金は、利用者の要介護度及び被保険者段階に応じて異なります。)

##### ② 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金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支払われます。(償還払い)

##### ③ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の

負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金額が利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 滞在費

個室（1人部屋） ※「別表」のとおり

② 食費

当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びに身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供いたします。利用料金は、「別表」のとおりです。

また、利用者のご希望に基づいて特別な食事も提供いたします。料金は要した費用の実費となります。

③ 理髪・美容とその利用料金

理美容サービスをご利用いただけます。理容師、美容師の出張サービスです。

（料金は業者に直接支払いとなります。）

④ レクリエーション、クラブ活動

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：通常の活動を超えて希望した場合及び外出行事の食事代等については、実費をいただきます。以下「⑤、⑥、⑦、⑧」いずれも同様です。

⑤ 複写物の交付

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。

⑥ 日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等は、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をご負担いただきます。

おむつ代は介護保険給付対象となっておりますのでご負担の必要はありません。

⑦ 利用者の移送に係る費用

指定協力医療機関以外の通院、外出泊、その他の際の移送を行います。

水戸市内または近隣 1回 1500円

⑧ 持込等による専用の電気製品とその利用料金（電気使用料） ※「別表」のとおり

テレビ・電気毛布、またはその他の電気製品をご使用になれます。

(4) 利用料金の支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、原則、口座振替による支払いをよろしくお願いいたします。やむを得ない場合のみ翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。（1ヶ月に満たない期間のサービス

に関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア、 窓口での現金支払い

イ、 下記指定口座への振込みによる支払い

常陽銀行 末広町支店 口座番号 1446909

社会福祉法人 親愛会

ショートステイ梅寿園 施設長 武藤 邦彦

5、サービス利用に当たっての留意事項

- ①利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報ください。
- ②利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業員に声をかけてください。
- ③事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、必ず従業員に声をかけてください。

6、非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と

連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回以上利用者及び従業者等の訓練を行います。

#### 7、緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

#### 8、事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

#### 9、守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保守します。  
また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容として  
います。

#### 10、利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

#### 11、身体拘束の禁止

原則として、利用者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、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に入利用者及びその  
家  
族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況  
並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

#### 12、苦情相談窓口、

※サービスに関する相談や苦情については、次の専用窓口で対応します。

ご利用相談室 苦情解決責任者 武藤 邦彦（施設長）  
窓口担当者 福上 広（生活相談員）

ご利用時間 9時00分～18時00分

ご利用方法 電話 029-243-5322

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

##### ○水戸市市役所介護保険担当課

茨城県水戸市中央1-4-1

電話 029-232-9110 FAX029-228-0102

受付時間 8時30分～17時00分（土日、祝日を除く）

##### ○ひたちなか市市役所介護保険担当課

茨城県ひたちなか市東石川2丁目10番1号

電話 029-273-0111 FAX029-354-1062

受付時間 8時30分～17時00分（土日、祝日を除く）

##### ○茨城町役場保健福祉部 長寿福祉課

茨城県東茨城郡茨城町大字小堤1080番地

電話 029-291-8407 FAX029-292-6748

受付時間 8時30分～17時00分（土日、祝日を除く）

##### ○那珂市市役所長寿福祉課

茨城県那珂市福田 1819-5

電話 029-298-1111

受付時間 8時30分～17時00分（土日、祝日を除く）

○国民健康保険団体連合会

茨城県水戸市笠原町978-26 茨城県市町村会館内

電話 029-301-1565 FAX029-301-1579

受付時間 9時00分～17時00分（土日、祝日を除く）

○茨城県福祉協議会

茨城県水戸市千波町1918

電話 029-241-1133 FAX029-241-1431

受付時間 8時00分～17時00分（土日、祝日を除く）

※苦情処理第三者委員

氏名 矢野倉 直 役職 元福祉施設職員

電話 029-251-2763

氏名 佐久間 公明 役職 法人監事

電話 029-292-2225

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

1 3、第三者評価の実施状況

当施設では第三者評価は実施していません。

1 4、協力医療機関等

施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

・名称 医療法人 圭友会 山手クリニック

・住所 茨城県日立市千石町2丁目13番3号

・協力歯科医療機関

・名称 尾山歯科医院

・住所 茨城県水戸市千波町2770-3

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」に記入いただいた連絡先に連絡します。

1 5、損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご利用様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護サービスの開始に当り、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者>

所在地 茨城県水戸市見川町 1820-10

事業所名 ショートステイ梅寿園

管理者名 武藤 邦彦 印

説明者 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定短期入所生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

住所

氏名 印

<利用者代理人（選任した場合）>

住所

氏名 印（続柄 ）