

## 指定短期入所生活介護（ショートステイ新和苑）重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(熊本県指定第4373201062号)

当事業所は、ご契約者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供します。事業所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。

※ 当施設のご利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。介護認定を受けていない方でもサービスのご利用は可能です。

### ◇◆内容◆◇

- 1.事業者
- 2.事業所の概要
- 3.職員の配置状況
- 4.当事業所が提供するサービスと利用料金
- 5.施設を退所していただく場合
- 6.事故発生時の対応について（契約書第13条参照）
- 7.苦情の受付について（契約書第21条参照）
- 8.施設利用の留意事項
- 9.情報開示

- 1.事業者**
- |           |                    |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 緑新会         |
| (2) 法人所在地 | 熊本県天草市新和町小宮地763番地2 |
| (3) 代表者氏名 | 理事長 船元隆之           |
| (4) 電話番号  | 0969-46-3838       |
| (5) 設立年月日 | 平成5年4月1日           |

### 2.事業所の概要

- |            |                                   |
|------------|-----------------------------------|
| (1) 事業所の名称 | ショートステイ新和苑                        |
| (2) 事業所の住所 | 熊本県天草市新和町小宮地763番地2                |
| (3) 事業所長名  | 管理者 船元隆之                          |
| (4) 電話番号   | 0969-46-3838<br>(介護老人福祉施設新和苑と同番号) |
| (5) 開設年月日  | 平成6年4月1日                          |
| (6) 事業所の定員 | 14名                               |

### (1) 事業所の目的

指定短期入所生活介護は、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、短期入所生活介護サービスを提供します。

### (2) 事業所の運営方針

- 一 ご利用者の心身機能の維持並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため、要支援者又は要介護者に対して、適切な短期入所生活介護を提供します。
- 二 事業所の職員は、ご利用者が要介護状態になった場合においても可能な限りその居室において、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入浴・排泄・食事等の介護その他必要な日常生活上の世話および機能訓練を行います。
- 三 事業の運営に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、その他保健・医療・福祉サービスを提供するものとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

### (3) 居室の概要

居室・設備の概要	室数	備考
2人部屋	7室	洋室6室、和室1室 ※洋室は和室への変更可能
食堂	1ヶ所	
機能訓練室	1ヶ所	《主な設置機器》 平行棒 訓練用鏡 コンビネーションフレーム (プーリー、肩関節回転機) 低周波治療器、メドマー ウォーターマッサージベット 他
浴室	2室	機械浴 個別浴
医務室	1室	

※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所に必置が義務付けられている施設・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。

※ **居室の変更**：ご契約者からの居室の変更の申出があった場合は、居室の空き状況により事業所でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

## 3. 職員の勤務体制

当事業所では、ご契約者に対して指定短期入所生活介護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。

従業者の種類	勤務体制	休暇
施設長	正規の勤務時間（8：00～17：30）	月に4日以上
事務長（事務員）	正規の勤務時間（8：00～17：30）	月に4日以上
生活相談員	正規の勤務時間（8：00～17：30）	月に4日以上
介護職員	シフト3（7：00～16：15） シフト7（8：00～17：15） シフト8（8：30～17：45） シフト14（10：30～19：45） シフト20（8：00～12：00） シフト21（14：00～18：00） 夜勤（18：00～8：30） ※夜勤帯（20：00～7：00）は、原則として職員2人でお世話をします。	月に4日以上
栄養士	シフト7（8：00～17：15）	月に4日以上
機能訓練指導員	日勤（8：30～17：45）	月に4日以上
看護職員	シフト5（8：00～17：00） シフト7（8：00～17：15） シフト10（9：00～18：00）	月に4日以上
介護支援専門員	介護職員が兼務で行います。	月に4日以上

※上記、勤務体制は基本であり、就業規則に基づきながら、ご利用者様へのケアに合わせ調整させて頂く場合がありますので、その旨、ご了承下さいませ。

#### 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

##### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

###### ア サービス内容

種類	内容
食事	食事時間 朝食 8：00～ 栄養士の立てる献立表により、栄養 昼食 12：00～ とご利用者の身体状況に配慮した食 夕食 17：00～ 事を提供します。
入浴	ご利用者一人に対して週2回以上の入浴又は清拭を行います。自立、一部援助で入浴可能な方は個別浴槽を、また介助が必要な方には機械浴を利用させていただきます。
排泄	排泄に自立を促すために、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により、ご契約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又はその減退を防止するための訓練を実施します。
送迎サービス	ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。
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。 生活のリズムを考え毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 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。

##### (2) 《サービス利用料金（1日あたり）》

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金をお支払いください。（サービス利用料金はご契約者の要介護度に応じて異なります。） ※当事業所は2人部屋（多床室）のみとなっています。

(介護予防) 介護費・加算の金額は1割負担の場合です。

(介護度)		(多床室)
要支援1		451円
要支援2		561円
加算	機能訓練体制加算	12円
	送迎加算(片道)	184円
	療養食加算	23円
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	18円
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	12円
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	介護費・加算の合計×14%の一割
	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	介護費・加算の合計×13.6%の一割
	介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	介護費・加算の合計×11.3%の一割
	介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	介護費・加算の合計×9%の一割
	介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)	介護費・加算の合計×12.4%の一割

(要介護状態) 介護費・加算の金額は1割負担の場合です。

要介護1		603円
要介護2		672円
要介護3		745円
要介護4		815円
要介護5		884円
加算	機能訓練体制加算	12円
	看護体制加算Ⅱ	8円
	送迎加算(片道)	184円
	療養食加算(1食あたり)	8円
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22円
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18円
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6円
	夜勤職員配置加算	13円
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	介護費・加算の合計×14%の一割
	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	介護費・加算の合計×13.6%の一割

	介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	介護費・加算の合計×11.3%の1割
	介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	介護費・加算の合計×9%の1割
	介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)	介護費・加算の合計×12.4%の1割

※介護職員処遇改善加算につきましては、ご利用日数及び算定加算により変動致します。(具体的な金額は、利用明細書へ記載させていただきます。)

☆ ご契約者がいまだ、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一旦お支払いいただきます。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。)又、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、ご契約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。

☆ 短期入所の利用限度日数を超える場合もサービス利用料金の全額をお支払いいただきます。(注：但し、短期入所への振り替え制度を実施している市町村においては、支給限度額の範囲内であれば償還払いとなる旨明記)

☆ 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、ご契約者の負担額を変更します。

### (3) 当事業所の居住費・食費の負担額(1日あたり)

世帯全員が市町村民非課税の方(市町村民税世帯非課税者)や生活保護を受けておられる方の場合はショートステイ利用の居住費・食費の負担が軽減されます。(天草市への申請・認定による介護保険負担限度額認定証にて確認)

		第1段階 (生活保護受給者等)	第2段階 (市町村民税非課税かつ年金収入が80万円以下)	第3段階① (市町村民税非課税かつ年金収入が80万円以上120万円以下)	第3段階② (市町村民税非課税かつ年金収入が120万円以上)	その他 (課税世帯)
多 床 室	居住費	0円	430円	430円	430円	915円
	食費	300円	600円	1,000円	1,300円	1,445円
合 計		300円	1,030円	1,430円	1,730円	2,360円

尚、食費につきましては、朝食：395円 昼食550円 夕食500円となっており、介護保険負担限度額の該当区分に基づき計算させていただきます。

#### (4) 介護保険の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

##### ①通常の食事以外の嗜好品

通常の食事以外の嗜好品については、契約者に対して実費を負担していただきます。施設では購入代行又は支払代行を行います。

##### ②理髪

月に1回、理美容師の出張による理髪サービス（調髪）をご利用いただけます。

利用料金：直接、理美容師にお支払いいただくか、又は当方で支払代行致します。）

##### ③電気使用料

ご家庭より電化製品等を持参され、施設のコンセントより電力を供給した場合、以下の通り電気代を徴収させていただきます。

一般的な家電製品：10円/日 熱源を必要とするもの：17円/日

又、テレビ等の電化製品を施設からの貸与でご使用された場合は、電気代と機器使用料を含めた費用の徴収となります。

テレビ（100円/日）

尚、携帯電話や髭剃り等の充電につきましては、消費電力が少ない為、当分の間は無料とさせていただきます。

#### (5) 利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）の料金、費用については毎月末日に締め切り、ご請求しますので、翌月末日までに以下の方法によりお支払いください。

ア 現金にて事務所で支払い

イ 下記指定口座への振込み

(1) 肥後銀行 天草支店 普通預金 口座番号 1505887

名義 社会福祉法人 緑新会 理事長 船元隆之

(2) あまくさ農協 中央支所 普通預金 口座番号 4004281

名義 社会福祉法人 緑新会 理事長 船元隆之

(3) 郵便局 番号 17140-28701461

名義 社会福祉法人 緑新会 理事長 船元隆之

ウ 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：郵便局

※尚、振り込み手数料は負担願います。

#### 5.施設を退所していただく場合

以下の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、契約者に退所していただくことになります。（契約書第16条参照）

①要介護認定により契約者の心身の状況が自立と判定された場合

②当事業所が解散命令を受けた場合、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

③施設の滅失や重大な毀損によりサービスの提供が不可能になった場合

④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

⑤契約者からの退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）

⑥事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください。）

（１）契約者からの退所の申し出（中途解約・契約無効・契約書第１７条、１３条）  
契約の有効期間中であっても、以下の場合の際には契約者から当事業所に対して退所を申し出ることができます。

- ①契約者が入院された場合
- ②契約者に係る居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合
- ③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
- ④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
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により本契約の身体・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場合
- ⑥他の利用者が契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つけ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）事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）  
（契約書第１９条参照）

以下の事項に該当する場合には、当事業所を退所していただくことがあります。

- ①契約者が、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契約者によるサービス利用料金の支払いが１ヶ月以上遅滞し、相当期間を定めた細則にも係らずこれが支払われない場合
- ③契約者が、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

## 6. 事故発生時の対応について（契約書第１３条参照）

（１）事業者のサービス提供により、契約者に事故が発生した場合は、速やかに市町村、契約者の家族等に連絡を行い、必要な措置を講じ、その原因を解明し、再発生を防ぐよう努めます。

（２）事業者のサービス提供により、明らかに事業者の責に帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産に、賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

## 7. 苦情の受付について（契約書第２１条参照）

当事業所における苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員を下記のとおり設置し、苦情解決に努めることといたします。

- ・ 苦情解決責任者 船元隆之（管理者） （TEL 0969-46-3838）
- ・ 苦情受付担当者 白迫常廣（生活相談員） （TEL 0969-46-3838）
- ・ 第三者委員 高口 一〔連絡先 天草市倉岳町浦3782〕  
（TEL 0969-64-2650）

松尾英之〔連絡先 天草市新和町小宮地1402-3〕  
（TEL 0969-46-2913）

当施設における苦情やご相談は以下のような方法で解決します。

(1) 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時行います。  
尚、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

(2) 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受付た苦情を苦情解決責任者及び第三者委員（苦情申立人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く。）に報告致します。  
第三者委員は内容を確認し、苦情申立人に対して、報告を受けた旨を通知します。

(3) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申立人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申立人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。尚、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。

ア 第三者委員による苦情内容の確認

イ 第三者委員による解決案の調整、助言

ウ 話し合いの結果や改善事項等の確認

(4) 都道府県「運営適正化委員会」の紹介

本事業者で解決できない苦情は、下記の熊本県社会福祉協議会適正化委員会又は国保連合会に申し立てをすることができます。

熊本県社会福祉協議会	所在地 熊本市中央区南千反畑町3番7号 電話番号 096-324-0329
国民健康保険団体連合会	所在地 熊本市東区健軍2丁目4番10号 電話番号 096-214-1101

## 8.施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するために、下記の事項をお守りください。

(1) 持込の制限

入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことは出来ません。

- 一) 刃物、ライター等の火気類、危険物の持ち込みはご遠慮ください。
- 二) 食べ物の持ち込みは、特に禁止してございませんが、持ち込まれて食中毒や誤飲等、生命の危険に係ることもあり、持ち込まれた場合は、担当者に申し出てください。

(2) 面会

面会時間 特に時間は制限してありませんが、午後9時から翌朝の午前6時まで来苑される方は玄関横のブザーを押してください。

(3) 喫煙

施設内の指定された喫煙場所以外での喫煙はできません。

## 9.情報開示

当施設は、2012年2月2日に、あすなろ福祉サービス評価機構によりまず第三者評価を受けております。

評価結果の公表につきましては、「あすなろ福祉サービス評価機構 新和苑」で検索頂くか、新和苑ホームページ内（[情報開示→第三者評価結果項目](#)）からもリンクでアクセス出来るようにしております。

令和 年 月 日

当事業所は、重要事項に基づいて、指定短期入所生活介護サービスの内容及び重要事項の説明をしました。

指定短期入所生活介護事業所 ショートステイ新和苑

説明者職名  生活相談員  介護支援専門員  
 ショート担当職員  その他 ( )

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、指定短期入所生活介護事業所のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 (選任した場合) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

続き柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_