

ショートステイ アウル鎌ヶ谷
重要事項説明書

社会福祉法人草加福社会

短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)サービス

重要事項説明書

1. 事業者目的及び運営方針

(1) 事業者の目的

社会福祉法人草加福祉会が運営する「ショートステイアウル鎌ヶ谷」(以下「事業者」という)が利用者に対して行う短期入所生活介護サービスおよび介護予防短期入所生活介護サービス(以下「サービス」という)についてサービスの適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業者の管理者及び職員が要介護・要支援状態にある高齢者に対し、適切なサービスを提供し、利用者の生活の安定及び生活の充実並びに家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

(2) 事業者運営の方針

事業者は、利用者がその有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自立的な日常生活を営む事ができるよう、適切なサービスを提供し、利用者の心身機能の維持並びにその家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。また、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。

2 事業者は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて日常生活に必要な援助を妥当適切に行うものとする。

3 事業者は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市区町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険事業者その他の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

4 事業者は、利用者のプライバシーの保護に配慮するものとする。

5 事業者の職員は、サービスの提供にあたっては、利用者またはその家族に対しサービスの提供方法について分かりやすく説明するものとする。また、利用者または家族より同意を得た上でサービスを提供するものとする。

6 事業者は、サービスの提供にあたって、利用者本人、他の利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的な拘束は行わないものとする。

2. 事業者の概要

経営主体	法人名	社会福祉法人草加福祉会
	所在地	埼玉県草加市長栄二丁目1番地8
	代表者	理事長 湖山 泰成
	電話番号	048-946-0202
	設立年月日	平成18年12月18日

事業者	ショートステイアウル鎌ヶ谷	
	所在地	千葉県鎌ヶ谷市佐津間568
	管理者	能村 志信

電話番号 047-401-2962

開設年月日 令和3年3月1日

指定番号 1272902162

3. 事業者の設備の概要

○ 概要

設備・居室の種類	ユニット型個室
敷地面積	6,369.26 m ²
建物の構造	RC造・地上4階建
延床面積	5,535.42 m ²
定員	10名
居室	個室(12.34~13.43 m ²)

○ 主な設備

共同生活室(ユニット毎)	1室	35.42 m ²
エレベーター	2基	ベッド・ストレッチャー対応
浴室(ユニット毎)	1室	5.52 m ²
その他(特養と共用)	厨房・医務室・機械浴室・事務室・会議室等	

4. 提供できるサービスの種類

○ 基本サービス

種類	内容
居室	* 一人ひとりのプライバシーに配慮した、1人室です。 * 備品として、ベッド、チェスト、テレビがあります。
食事	《食事の時間》 朝食 8:00 ~ 9:00 昼食 12:00 ~ 13:00 おやつ 15:00 夕食 18:00 ~ 19:00 * 食事の基本的時間は上記の通りですが、利用者の状態にあわせた時間で提供します。 * 日常生活の自立を支援するため可能な限り離床して行うように努めます。 * 季節の行事に合せた食事等々、楽しんでいただけるようバラエティに富んだ食事を提供します。 * 管理栄養士の立てる献立により、栄養並びに利用者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 * 利用者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意志を尊重しつつ、共同生活室及び希望の場所で食事を摂ることを支援します。
入浴	* 居宅サービス計画やサービス利用日数に応じて入浴を行います。 * 状態に応じ、一般個浴、特別浴、清拭等となります。
介護	サービス計画に沿って、下記の介護を行います。 * 着替え、排泄、食事などの介助、シーツの交換(原則として週1回)、事業者内外での移動の介助などを行います。 * 日常のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 * 個々の尊厳に配慮し、適切な整容が行えるよう援助します。 * 今までの人生を大切に、一人ひとりに合せた生活を送れるよう援助します。 * 利用者の日常生活における家事を、心身の状況等に応じて、それぞれの役割をもって行なうように支援します。 * 常時1人以上の介護職員を介護に従事させるものとします。
機能訓練	* 日常生活を送るため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行います。

健康管理	*看護師による健康チェックを行います。 *緊急時等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に受診します。
相談及び援助	*当事業者は、利用者及び身元引受人等からの相談にも誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 生活相談員

5. 事業者の職員体制及び職務内容

○ 職員体制

職種	常勤	専従	兼務	計	資格
管理者	1		1	1	社会福祉事業者に2年以上従事した者
生活相談員	1以上	1以上		1以上	
介護職員	3以上	3以上		3以上	
看護職員	1以上	1以上		1以上	看護師、准看護師
管理栄養士	1以上		1以上	1以上	管理栄養士
医師(嘱託)			1	1	医師
機能訓練指導員	1以上		1以上	1以上	理学・作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、按摩マッサージ師、介護・看護職員
事務員・他	3		3	3	

* 上記人員数は、基準上必要とされている人員以上の配置です。(事務員・他は除く)

○ 勤務体制

勤務体制	時 間	勤務体制	時 間
早 番	7:00～16:00	遅 番	10:00～19:00
日 勤	8:30～17:30	夜 勤	16:00～9:00

上記に定める当事業者従業者の職務内容は、次のとおりです。

- ① 管理者は、事業者の職員の管理及び業務の管理を一元的に行います。
- ② 医師は、利用者の診療及び保健衛生の管理指導の業務に従事します。
- ③ 生活相談員は、利用者及び身元引受人等に対し相談援助業務を行います。
- ④ 介護職員は、日常生活上の介護業務に従事します。
- ⑤ 看護職員は、看護、保健衛生の業務に従事します。
- ⑥ 栄養士は、栄養ケアマネジメント、給食管理、利用者の栄養指導に従事します。
- ⑦ 機能訓練指導員は、利用者の機能回復、機能維持に必要な訓練及び指導に従事します。
- ⑧ 事務員は、事業者の庶務及び会計事務に従事します。

6. 利用料金

(1) 基本料金

当事業者のサービスを利用した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める介護報酬告示上の額とし、当該事業者が法定代理受領サービスである時は、その1割または2割または3割相当とし、法定代理受領以外は介護報酬の額となります。

※個々の料金は別紙「料金表」をご参照ください。

(2) 介護保険給付対象外サービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

居住費、食費、理美容代、送迎実施地域外の送迎に係る費用、日用品費、レクリエーション費用、ク

ラブ活動費用、その他個人の希望により実施するサービスの費用等

※個々の料金は別紙「料金表」をご参照ください。

(3) 介護保険給付サービスの償還払い

利用者が要介護・要支援認定申請中または保険料の滞納等により介護保険給付金が直接事業者
に支払われない場合、一旦事業者に一月の利用料金(全額)をお支払いいただき、事業者からサ
ービス提供証明書を発行します。

このサービス提供証明書を後日、各市町村介護保険係の窓口に出すだけであれば、保険給付額
の払戻を受けられます。

7. 利用料の請求・支払(契約書 第8条)

利用料の支払いは、事業者が当月のサービス利用料金の請求書を翌月10日以降に利用者または
身元引受人に送付し、その請求書に基づき金融機関口座の自動引き落としにより翌月28日まで
に支払いを受けるものとします。事業者は、利用者または身元引受人から料金の支払を受けたときは、
領収書を発行します。

8. 身元引受人(連帯保証人)(契約書 第9条)

(1) 事業者は利用者に対して、身元引受人の選定を求めます。

ただしやむを得ない事情がある場合は、事業者はこれを免除することができます。

(2) 身元引受人は以下各号の義務を負います。

- ① 利用者自身が意思表示や署名等を行えない場合に、同人に代わってこれを行うこと。
- ② 本契約に基づき利用者が事業者に対して負う一切の債務につき利用者と連帯して責任を負う
こと。
- ③ 身元引受人の負担は、限度額600,000円を限度とする。
- ④ 身元引受人が負担する債務の元本は、契約終了時に確定するものとします。
- ⑤ 介護保険サービスに必要な書類につき利用者の身元引受人として署名押印すること。
- ⑥ 利用者の急変時など緊急の際の連絡窓口となり、事業者と適宜連携すること。
- ⑦ 利用者の退所時に居室の残置物等を撤去し原状に回復させること。

(3) 身元引受人を変更した場合は、契約書を再度締結することとします。

9. サービスの提供(契約書 第7条)

事業者は、居宅介護サービス計画に沿って、利用者に対し居室、食事、介護サービス、その他介護
保険関係法令に定める必要な援助を提供します。また、概ね4日以上継続して入所する利用者
については、サービスの目標及び当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した短期
入所生活介護計画を作成します。居宅介護サービス計画が作成されるまでの期間も、利用者の希
望、状態等に応じて、適切なサービスを受けることができます。

(1) 短期入所生活介護サービス計画の作成・変更

次の各号に定める事項を行います。

- ① 居宅介護サービス計画に基づき利用者について解決すべき課題を把握し、利用者及び身
元引受人等の意向を踏まえた上で、サービスの目標及びその達成時期、サービス内容、サ
ービスを提供する上での留意点等をふまえて短期入所生活介護サービス計画を作成しま
す。
- ② 必要に応じて短期入所生活介護サービス計画を変更する場合があります。

- ③ 短期入所生活介護サービス計画の作成及び変更に際して、その内容を利用者及び身元引受人に説明し、同意を得ます。

10. 契約の終了(契約書 第3条・第4条・第6条・第8条)

(1) 契約の解除

- ① 利用者及び身元引受人は、事業者に対して14日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 事業者は事業の縮小等やむを得ない事情がある場合、利用者に対して、30日間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、この契約を解除することができます。
- ③ 事業者は、利用者が事業者に支払うべきサービス利用料金を正当な理由なく2ヶ月以上遅延し、事業者が料金を支払うよう催告した日から起算して10日間以内に支払われない場合は、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。
- ④ 次の事由に該当した場合、事業者は利用者及び身元引受人に対して30日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。
 - i 利用者の行動が、他の利用者の生命又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、これを防止することができない場合。
 - ii 利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど、事業者が提供するサービスでは生命の安全を守ることが困難と認められる場合。
 - iii 利用者が故意に法令違反その他の秩序破壊行為をなし、改善の見込みがない場合。
 - iv 契約書第8条第2項に該当する場合。
 - v 利用者または身元引受人ないしその関係者が、故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為(カスタマーハラスメント等)を事業者に対してなし、事業者の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達成することが著しく困難であると認める場合。

(2) 契約の自動終了

次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ① 利用者から契約書第2条第2項に定める契約終了の申し出があり、契約期間が満了した場合。
- ② 利用者から契約書第3条の解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合。
- ③ 事業者から契約書第4条に定める解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合。
- ④ 利用者が要介護認定において、自立の認定を受け、かつ居宅における生活への復帰が見込まれる場合。
- ⑤ 利用者が死亡した場合。

11. サービス利用の際に順守していただく事項

当サービスのご利用にあたって、利用者相互の共同生活の場として、快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

面会・来訪	面会時間 9:00～19:00 お越しの際には、職員にお声掛け頂き『面会者受付票』へのご記入をお願いします。
外出・外泊	原則として前日までに所定の用紙に行き先、連絡方法、帰宅時間等ご記入下さい。 なお、帰宅予定時間に変更が生じた場合などは、必ずご連絡下さい。

食べ物の持込の制限	面会時に飲食物をご持参される場合は、職員へお声掛け頂くようお願いいたします。 (場合によってはお預かりする事がありますので、ご了承下さい) ご持参された飲食物を他利用者へ提供することはお止めください。
喫煙	施設内は全面禁煙です。
貴重品	貴重品の紛失事故等につきましては、当施設では一切責任を負いかねますので、利用者または身元引受人が管理していただきますようお願いいたします。 金銭の持参はご遠慮ください。
洗濯	衣類の洗濯は、当施設にて行います。衣類については全てにお名前をお書き下さい。なお、クリーニングが必要な衣類につきましては、ご家族でご対応頂きます。
その他	当施設で宗教活動、営利活動等を行うことはできません。 サービスの実施及び安全衛生管理上必要があると認められる場合には、居室内に立ち入り、必要な措置をとることがあります。ただし、その場合、利用者のプライバシーの保護について十分な配慮を行います。 契約書第5条に該当する行為はお止めください。

12. 緊急時の対応

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、主治医、救急隊、緊急連絡先記載人等へ連絡いたします。救急搬送の場合は事業者職員が付き添い、搬送先を身元引受人へ連絡します。身元引受人には連絡を受けたのち速やかに搬送先へ来ていただき、搬送先医療機関等と所定の手続きをしていただきます。

13. 協力医療機関

利用者の病状の急変などに備えるため、以下のとおり協力医療機関を定めます。

○ 協力医療機関

名 称：医療法人社団 博翔会 五香病院

住 所：千葉県松戸市五香 8 丁目 40 番 1

T E L 047-311-5550

14. 事故発生時の対応

事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族及び市町村に連絡を行うと共に、必要な措置を講ずるものとします。

15. 損害賠償責任(契約書 第10条)

(1)事業者は、本契約に基づくサービスの実施に伴い、責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。

(2)事業者は損害賠償責任保険に加入しています。前項規定の賠償に相当する可能性がある場合は、利用者又は身元引受人に当該保険の調査等の手続きにご協力頂く場合があります。

(3)利用者又は身元引受人は利用者の故意又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の破損・汚染により施設に損害を与えた場合、その損害について賠償する責任を負います。

16. 非常災害対策

非常災害が発生した場合、職員は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。非常災害に備え、併設特別養護老人ホームアウル鎌ヶ谷と連携をはかり年 3 回以上(うち 1 回は夜間又は夜間想定)の避難訓練を実施します。

防火担当責任者	防火管理者
防 災 設 備 等	全館スプリンクラー完備 2方向避難経路確保 消火器、屋内消火栓設備あり 非常通報設備(消防署直通)あり

17. 秘密の保持(契約書 第 11 条・第 12 条)

事業者は、業務上知り得た利用者または身元引受人等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、次の各号についての情報の使用は、事業者が、利用者及び身元引受人から、あらかじめ同意を得た上で行なうこととします。

- (1) 介護保険サービスの入所のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等との情報の授受あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等との療養情報の授受。
- (2) 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

18. サービス内容に関する苦情(契約書 第14条)

当事業者における苦情やご相談は下記の窓口で受け付けます。

- 受 付 時 間 : 月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号:047-401-2962
- 苦情窓口担当者 : 生活相談員
- 苦情解決責任者 : 管 理 者

行政機関その他苦情受付機関

- 介護担当 : 高齢者支援課 047-445-1380
- 国保担当 : 保険年金課 047-445-1204

19. サービス提供記録の開示

(1)利用者または身元引受人から書面又は口頭により、サービス提供記録の開示の申し出があった時は、身分証明書等によりご本人であることを確認の上、開示します。ただし、開示することにより次の各号のいずれかに該当する場合は、その全部又は一部を開示しないことがあります。

- ① 本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合
 - ② 本事業者の事業者の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合
 - ③ 他の法令に違反することとなる場合
- (2)開示は、書面により行うものとします。ただし、開示の申し出をした者の同意があるときは、書面以外の方法により開示をすることができます。
- (3)サービス提供記録の開示又は非開示の決定の通知は、申し出者本人に対し書面により遅滞なく行うものとします。

20. その他運営に関する重要事項等について

利用者、身元引受人及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

21. 裁判管轄

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者、身元引受人及び事業者は、管轄する裁判所を第一管轄裁判所とすることを予め合意します。

年 月 日短期入所生活介護サービスの提供の開始にあたり、利用者に対して本書面によって重要な事項を説明しました。

説 明 者 氏 名

社会福祉法人 草加福祉会

ショートステイアウル鎌ヶ谷 : _____ 印

私は、本書面に基ついて事業者からショートステイアウル鎌ヶ谷についての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。

年 月 日

利用者 住 所 : _____

氏 名 : _____ 印

身元引受人 住 所 : _____

(連帯保証人) 氏 名 : _____ 印