

指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護事業所  
「特別養護老人ホームしもつけ荘 ショートステイ」  
重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して、指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護（以下「指定短期入所生活介護等」という。）サービスを提供します。

事業所の概要や提供するサービスの内容、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。

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

◇◆ 目 次 ◆◇

1	事業者	2
2	事業所の概要	2
3	職員の配置状況	3
4	当事業所が提供するサービスと利用料金	3～5
5	サービス提供における事業者の義務	6
6	サービスの利用に関する留意事項	6
7	損害賠償について	7
8	サービス利用をやめる場合（契約の終了について）	7
9	身体拘束適正化について	8
10	虐待防止について	8
11	緊急時の対応	8
12	非常災害対策について	9
13	事業継続計画について	9
14	情報の提供について	9
15	守秘義務について	9
16	提供するサービスの第三者評価の有無	9
17	苦情の受付について	9
18	苦情解決対応フローチャート	11
19	重要事項説明同意書／受領書	12

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 関 記念 栃の木会
- (2) 法人所在地 栃木県下都賀郡壬生町大字北小林 812
- (3) 電話番号 0282 - 86 - 0177
- (4) 代表者氏名 理事長 関 佳代子
- (5) 設立年月日 昭和 60 年 3 月 27 日

## 2. 事業所の概要

- (1) 施設の種別 指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護事業所  
平成 11 年 12 月 27 日指定
- (2) 施設の名称 特別養護老人ホームしもつけ荘
- (3) 施設の所在地 栃木県下都賀郡壬生町北小林 812
- (4) 電話番号 TEL 0282-86-0177 FAX 0282-86-3036  
※ 当事業所は特別養護老人ホームしもつけ荘に併設されています。
- (5) 管理者氏名 施設長 北條真博
- (6) 事業所番号 0972300198
- (7) 当事業所の運営方針
  - ①契約者が社会的にも尊敬され、安心して毎日を心豊かに過ごすことができるような楽園となることを目的とします。
  - ②明るく家庭的な雰囲気のなか、契約者の心身の個性や特性に応じた心の介護を念頭に置き、常に契約者の立場にたってお世話をします。
  - ③日常の健康チェックを行い、疾病の早期発見に努め、残存機能の維持及び日常生活動作の向上を図ります。
- (8) 開設年月日 昭和 60 年 10 月 1 日
- (9) 営業日及び営業時間  
営業日 年中無休  
受付時間 9:00～17:30
- (9) 利用定員 10 人
- (10) 通常の事業実施地域 壬生及び下野市、栃木市の一部、鹿沼市の一部

## 3. 居室・設備の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しております。滞在される居室は 4 人部屋ですが、個室を希望される場合は、その旨をお申し出ください。

居室・設備の種類	室数	備考
居室（4 人部屋）	2 室	
居室（2 人部屋）	1 室	
食堂兼共同生活室		
医務室	1 室	
浴室	2 室	機械浴槽・シャワー浴槽

※ 上記は、栃木県が定める基準により、指定短期入所生活介護等事業所に設置が義務づけられている施設・設備です。

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定短期入所生活介護等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。

<主な職員の配置状況> ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	職員数	指定基準	
1 施設長	1名	1名	
2 生活相談員	1名以上	1名以上	
3 介護職員	3名以上	3名	※常勤換算
4 看護職員	1名以上	1名以上	※常勤換算
5 機能訓練指導員	1名	1名	
6 医師	1名以上	1名	※非常勤
7 管理栄養士（栄養士）	1名以上	1名	

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数で除した数です。

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制		
管理者 生活相談員 管理栄養士	日勤 9：00～17：30（休憩 1.0h）		
介護職員	【早番】 6：00～14：30	【日勤】 9：00～17：30 9：45～18：15	【夜勤】 17：00～10：00
	（休憩）1.0h		（休憩）2.0h
看護職員	【早番】 7：15～15：45	【日勤】 9：00～17：30	【遅番】 10：00～18：30
	（休憩）1.0h		

#### 4. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。  
当施設が提供するサービスについて、

- |   |
|---|
| ① 利用料金が介護保険から給付される場合<br>② 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

##### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、滞在費・食費を除き通常7～9割が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

- ① 入浴
  - ・ 入浴回数は、ご利用日数によって異なります。(週2回入浴に換算する頻度になります。)
  - ・ ご契約者の状態に応じて特別浴または清拭となる場合があります。
- ② 排泄
  - ・ 排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ③ 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。
- ④ 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。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます(料金表参照)。
- ⑤ その他自立への支援
  - ・ ご契約者の1日の生活の流れに沿って、心身の状況に応じた支援を適切に行います。
  - ・ 寝たきり防止のため、離床を適切に支援します。
  - ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、整容を適切に支援します。

<サービス利用料金>

別紙の料金表によって、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。(サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

- (ア) 基本料金 (料金表別紙参照)  
(イ) 加算料金 (料金表別紙参照)

- ☆ ご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一旦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払い戻されます(償還払い)。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。
- ☆ 居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定書に記載してある負担限度額とします。
- ☆ 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、ご契約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、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

#### <サービスの概要と利用料金>

##### ① 食事

- ・ 当施設では、栄養士が立てる献立表によりご契約者の栄養並びに心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者の自立支援のため、離床して食堂で食事をとっていただくことを原則としています。
- ・ 食費は利用者の方の市町村民税の負担状況等によって負担額が異なります。なお、利用者お一人おひとりの健康、栄養状態に基づいた栄養管理費用については、介護保険の給付対象となります（料金表別紙参照）。

##### ② 理美容サービス

- ・ 理容師・美容師の出張による理容・美容サービスをご利用いただけます。

利用料金：要した費用の実費

##### ③ レクリエーション、クラブ活動

- ・ ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動にご参加いただくことができます。

利用料金：材料代等の実費

##### ⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

- ・ 日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約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いますので、ご負担の必要はありません。

##### ⑥ 滞在費

- ・ 当施設は、多床室となっており、滞在費（居室料及び水道光熱費）をご負担いただきます。ご利用料金は、利用者の方の市町村民税の負担状況等により負担額が異なります（料金表別紙参照）。

##### ⑦ 送迎実費

- ・ 通常の事業実施地域を越えた区間につき、片道 10 km未満で 500 円・片道 10 km以上で 1,000 円徴収させていただきます。

☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 か月前までにご説明します。

#### (3) 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、サービス利用終了時に、ご利用期間分の合計金額をお支払いいただきます。

ア 契約者の指定した金融機関口座からの自動振替（20 日前後に引き落としになります）

※当施設での自動振替にご利用いただける金融機関は、足利銀行及び栃木銀行となります。

振替手数料は実費負担となります。

イ 下記指定口座への振り込み

足利銀行 おもちゃのまち支店（普通）301890

社会福祉法人 関 記念 栃の木会 特別養護老人ホームしもつけ荘

施設長 北條 真博

ウ 窓口での現金支払

#### (4) 利用の中止、変更、追加

- ・ 利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護等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。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者申し出て下さい。
- ・ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として当日の利用料金の自己負担分相当額をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。
- ・ サービス利用の変更・追加の申出に対して、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、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。
- ・ ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

#### 5. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体の安全・確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。  
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を請じます。
- ⑥ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。  
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。  
また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

#### 6. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

##### (1) 施設・設備の使用上の注意

- 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、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、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。ただし、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を

行うことはできません。

(2) 喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

(3) サービス利用中の緊急時の医療提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます（ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません）。

医療機関の名称	所在地
獨協医科大学病院	栃木県下都賀郡壬生町大字北小林 880 番地
グリーンクリニック	栃木県下都賀郡壬生町緑町 3 - 9 - 15
神山歯科医院	栃木県宇都宮市西川田 5 - 16 - 11

## 7. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

## 8. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような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ます。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① ご契約者が死亡した場合</li><li>② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合</li><li>③ 事業者が解散した場合、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</li><li>④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合</li><li>⑤ 当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</li><li>⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）</li><li>⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）</li></ul> |
|--|

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④ 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等サービスを実施しない場合
- ⑤ 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
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・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
- ⑦ 他の利用者のご契約者の身体・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) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、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 ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業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

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

## 9. 身体拘束の適正化について

- (1) 当事業所は身体拘束等の適正化指針に基づき、ご利用者又は他のご利用者等の生命または身体を保護するために「緊急やむを得ない場合」を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為は行いません。
- (2) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態、日時、その際のご利用者の心身の状況、または緊急やむを得なかった事由を記録し、保存します。

## 10. 虐待防止について

- (1) ホームは、虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、職員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 虐待防止の普及・啓発するための研修を実施し、普段から人権意識を高め、あわせて職員の資質の向上を図ります。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するために担当者を設置します。

## 1 1. 緊急時の対応

容態急変時・事故発生時等の対応については以下のとおりです。

- (1) ご契約者の容態が急変した場合は、速やかに医師又は協力医療機関等へ連絡し、必要な措置を講じます。
- (2) ご利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、利用者のご家族等や関係市町村へ速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (3) 事故発生時における、職員の対応方針を定めた事故対応マニュアルを整備し、職員に徹底いたします。

## 1 2. 非常災害対策について

施設の消防計画書に基づき訓練計画を立て、火災・地震等の非常災害に備えるため定期的に避難・誘導・救出その他の訓練を行います。

## 1 3. 事業継続計画について

当施設は、感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的、継続的に提供される体制を構築し連携を図ります。

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する指定介護老人福祉施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（事業継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- (3) 定期的に事業継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 1 4. 情報の提供について

当事業者が、ご利用者の情報を他機関に提供する場合は以下のとおりです。

- (1) ご利用者に医療上または介護上、緊急の必要性がある場合には、他医療機関等にご利用者の心身に関する情報を提供することがあります。
- (2) ご利用者が退所する場合、退所のための援助について他医療機関等に情報を提供する必要があると認められる場合には、あらかじめ文書でご利用者の同意を得るものとします。

## 1 5. 守秘義務について

事業者、サービス従事者、職員は、業務上知り得たご利用者またはその家族等に関する事項を、正当な理由なく他のサービス従事者や職員等に漏洩いたしません。

- (1) 職員は採用時の雇用契約書において、守秘義務を遵守する旨締結します。
- (2) 守秘義務は、本契約の終了後または事業者の破産後においても、もしくは施設の職員が退職した後も存続します。

## 1 6. 提供するサービスの第三者評価の有無

※実施なし

## 1 7. 苦情の受付について

- (1) 当施設における苦情の受付  
当施設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。  
また、苦情受付ボックスを事務所に設置しています。

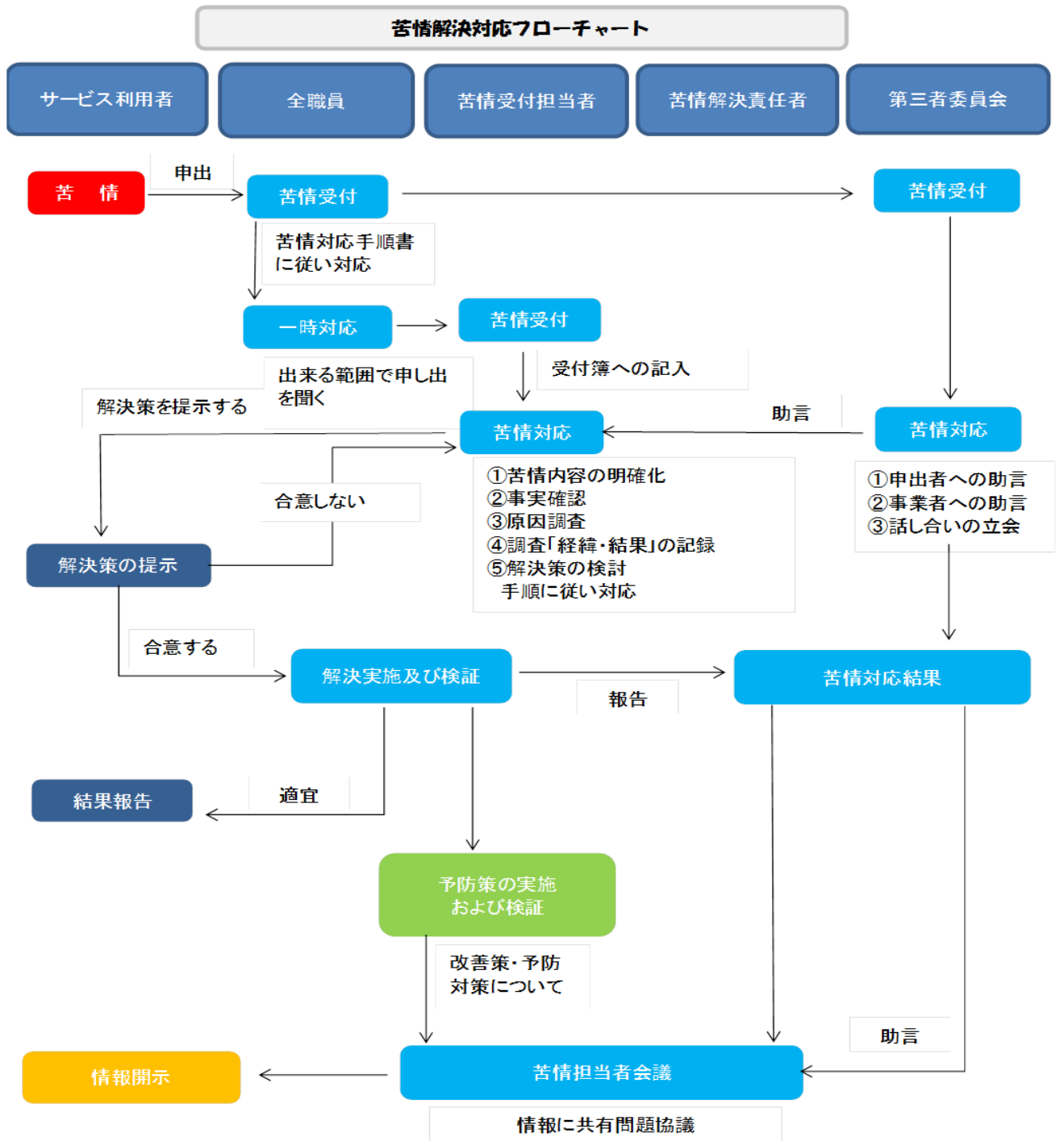
- 苦情解決責任者 施設長 北條 真博
- 苦情受付窓口（担当者） 生活相談員 長 修  
介護班長 飯島 諒
- 連絡先（当施設） 0282-86-0177
- 受付時間 毎日 9:00～17:30
- 第三者委員 五十嵐 トヨ子（評議員）  
連絡先 0282 - 82 - 6005  
佐藤 久仁子（評議員）  
連絡先 0282 - 82 - 3945

(2) 行政機関その他苦情受付機関

壬生町 健康福祉課 介護保険係	所在地	下都賀郡壬生町大字壬生甲 3841 番地 1
	電話番号	0282 - 81 - 1876
	受付時間	8 : 30～17 : 00
下野市 高齢福祉課 介護保険グループ	所在地	下野市笹原 26
	電話番号	0285 - 32 - 8904
	受付時間	8 : 30～17 : 15
栃木市 高齢介護課 介護保険係	所在地	栃木市万町 9-25 本庁舎 2 階
	電話番号	0282-21-2251
	受付時間	8 : 30～17 : 15
鹿沼市 介護保険課 介護保険係	所在地	鹿沼市今宮町 1688-1 行政棟 1 階
	電話番号	0289-63-2283
	受付時間	8 : 30～17 : 15
宇都宮市 高齢福祉課 介護サービスグループ	所在地	栃木県宇都宮市旭 1 丁目 1-5
	電話番号	028-632-2906
	受付時間	8 : 30～17 : 15
国民健康保険団体連合会	所在地	宇都宮市本町 3 - 9 栃木県本町合同ビル内
	電話番号	028 - 643 - 2220 (直通)
	受付時間	8 : 30～17 : 00
栃木県運営適正化委員会	所在地	宇都宮市若草 1 - 10 - 6 とちぎ福祉プラザ内
	電話番号	028 - 622 - 2941
	受付時間	9 : 00～16 : 00

(3) 相談・苦情に関する体制及び手順  
別紙フロー図のとおり

## 18 苦情解決対応フローチャート



令和 年 月 日

指定短期入所生活介護等サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

特別養護老人ホーム しもつけ荘

説明者職名 職種 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

令和 年 月 日

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、指定短期入所生活介護等サービスの提供開始に同意しました。

上記の同意を証するため、重要事項説明書に署名捺印の上、2通作成し1通を受領いたしました。

契約者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

【続柄 \_\_\_\_\_】