

# ショートステイあいの森重要事項説明書

(令和7年4月1日現在)

## 1 事業者（法人）の概要

|         |  |
|---------|--|
| 名称・法人種別 | 有限会社 アイ・サポート   |
| 代表者名    | 平岡 啓樹  |
| 所在地・連絡先 | (住所) 010-1414 秋田県秋田市御所野元町1丁目1-8<br>(電話) 018-893-4175<br>(FAX) 018-829-1190 |

## 2 事業所名称及び事業所番号

|         |  |
|---------|--|
| 事業所名    | ショートステイあいの森  |
| 所在地・連絡先 | (住所) 010-1414 秋田県秋田市御所野元町1丁目1-8<br>(電話) 018-829-1188<br>(FAX) 018-829-1190 |
| 事業所番号   | 0570119677   |
| 管理者の氏名  | 稲荷 一将  |

## 3 事業の目的及び運営方針

### (1) 事業の目的

有限会社アイ・サポートが設置運営するショートステイあいの森（以下「事業所」という。）は、介護保険法の理念に基づき要介護支援状態となった場合においても、利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図れるよう適切な短期入所生活介護サービスを提供することを目的とする。

### (2) 運営方針

- 1 事業所において提供する短期入所生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。
- 2 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個々に短期入所生活介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供するものとする。
- 3 事業の運営にあたっては、地域との結び付きを重視し、市町村や地域の保健・医療・福祉関係者等との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- 4 居宅介護サービスが作成されている場合には、当該計画に沿った短期入所生活介護を提供するものとする。

(3) その他

| 事 項    | 内 容  |
|--------|--|
| 地域との連携 | 地域の医療・福祉サービスとの連携を図り、人格を尊重し、利用者の立場に立ったサービスを効果的に提供するよう務めるものとします。 |

4 事業所の概要

(1) 構造等

|     |       |                        |
|-----|-------|------------------------|
| 敷 地 |       | 7649.04 m <sup>2</sup> |
| 建 物 | 構 造   | 木造鋼板葺き平屋建て             |
|     | 延べ床面積 | 1606.63 m <sup>2</sup> |
|     | 利用定員  | 48名                    |

(2) 居室

| 居室の種類 | 室 数 | 面積(1人当たりの面積)           | 備 考 |
|-------|-----|------------------------|-----|
| 1人部屋  | 32  | 11.6025 m <sup>2</sup> |     |
| 2人部屋  | 4   | 11.6025 m <sup>2</sup> |     |
| 4人部屋  | 2   | 11.4381 m <sup>2</sup> |     |

5 事業所の職員体制

| 従業者の職種  | 人 数 | 区 分     |     |           |     | 常勤換算後の人数(人) | 職 務 の 内 容 |
|---------|-----|---------|-----|-----------|-----|-------------|-----------|
|         |     | 常 勤 (人) |     | 非 常 勤 (人) |     |             |           |
|         |     | 専 従     | 兼 務 | 専 従       | 兼 務 |             |           |
| 管理者     | 1   |         | 1   |           |     | 0.5         | 業務の一元的な管理 |
| 医師      | 1   |         |     | 1         |     | 0.1         | 利用者の健康管理  |
| 生活相談員   | 2   | 1       | 1   |           |     | 1.5         | 生活指導及び相談  |
| 介護員     | 17  | 16      |     | 0.5       |     | 16.5        | 介護業務      |
| 看護職員    | 3   | 2       | 1   |           |     | 2.9         | 心身の健康管理   |
| 機能訓練指導員 | 1   |         | 1   |           |     | 0.1         | 機能回復訓練の指導 |
| 栄養士     | 1   |         |     |           | 1   | 0.3         | 栄養管理      |
| 調理員     | 6   | 5       |     | 1         |     | 5.7         | 調理業務      |

## 6 短期入所生活介護の内容と費用

| 従業者の職種 | 勤務体制  |
|--------|---|
| 管理者    | 正規での勤務時間帯 (8:30~17:30)<br>常勤で勤務   |
| 生活相談員  | 正規での勤務時間帯 (8:30~17:30)<br>常勤で勤務   |
| 介護職員   | 早番 (7:00~16:00)<br>遅番 (10:00~19:00)<br>日勤 (8:30~17:30)<br>夜勤 (16:00~9:00) |
| 看護職員   | 正規の勤務時間帯 (8:30~17:30)<br>常勤で勤務  |
| 栄養士    | 非常勤で勤務 週3回程度  |
| 医師     | 非常勤で勤務 月1回  |
| 調理員    | 早番 (5:00~13:00)<br>遅番 (10:15~18:45)                                       |

## 7 短期入所生活介護の内容と費用

### ア サービス内容

| 種類        | 内容  |
|-----------|---|
| 食事        | (食事時間)<br>朝食 (7:30~)<br>昼食 (12:00~)<br>夕食 (17:20~)<br>栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。                             |
| 入浴        | 週2回以上の入浴、希望浴日、又は清拭を行います。<br>寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴(特別入浴)も可能です。   |
| 排泄        | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。   |
| 離床・着替え・整容 | 寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。<br>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。<br>個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。<br>シーツ交換は週1回実施します。その他、随時行います。 |
| 健康管理      | 常に利用者の健康状態を把握し、健康管理を行います。<br>日常及び夜間などの緊急時には必要な措置を講じます。<br>利用中の医療機関の受診は、基本的にご家族に対応して頂きますので、ご了承下さい。                         |

|           |  |
|-----------|--|
| レクリエーション等 | 利用者の立場に立った個別援助を心掛けます。<br>買い物ツアー、お花見、紅葉狩りなどの野外行事も行います。                                      |
| 相談及び援助    | 利用者とそのご家族からのご相談に応じます。  |
| 送迎        | 利用者の心身の状態、ご家族等の事情等から見て、送迎を行うことが必要な場合、送迎を行います。  |
| 機能訓練      | 機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、<br>身体機能の低下を防止するよう努めます。<br><当施設の保有するリハビリ器具><br>歩行器 7 台 平行棒 1 台 |

## イ 費用

下記料金表は 1 割で記載しております。

利用料金は負担割合が 1 割～3 割で変動致します。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き替えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

サービス提供証明書及び領収証は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要になります。

### 【料金表】

介護保険による 従来型 1 割負担分 (1 日につき)

※負担限度額は 4 段階

| 要介護区分    |       | 基本額   | 長期利用減算<br>(31-60 日目)<br>基本額より減算 | 長期利用<br>適正化料金<br>(61 日目以降) | 看護体制<br>加算 I | 看護体制<br>加算 II | サービス提供<br>体制加算 I |
|----------|-------|-------|---------------------------------|----------------------------|--------------|---------------|------------------|
| 介護<br>予防 | 要支援 1 | 479 円 | -30 円                           | 441 円                      |              |               | 22 円             |
|          | 要支援 2 | 596 円 | -30 円                           | 547 円                      |              |               | 22 円             |
| 要介護 1    |       | 645 円 | -30 円                           | 589 円                      | 4 円          | 8 円           | 22 円             |
| 要介護 2    |       | 715 円 | -30 円                           | 659 円                      | 4 円          | 8 円           | 22 円             |
| 要介護 3    |       | 787 円 | -30 円                           | 732 円                      | 4 円          | 8 円           | 22 円             |
| 要介護 4    |       | 856 円 | -30 円                           | 802 円                      | 4 円          | 8 円           | 22 円             |
| 要介護 5    |       | 926 円 | -30 円                           | 871 円                      | 4 円          | 8 円           | 22 円             |

## ウ 加算と負担割合について

\*看護体制加算（Ⅰ）として、常勤の看護師を1名以上配置しており1日あたり（1割：4円 2割8円 3割12円）加算されます。

\*看護体制加算（Ⅱ）上記看護体制加算（Ⅰ）の規定を上回る人員配置及び、24時間看護職員と連絡体制を確保している場合に（1割：8円 2割16円 3割24円）加算されます。

\*口腔連携強化加算として、事業所の従業者が口腔の健康状態の評価を実施した場合において利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に月に1回（1割：50円 2割100円 3割150円）加算されます。

\*送迎加算として入所及び退所の際、ご自宅と事業所間の送迎を行なった場合は、片道につき（1割：184円 2割：368円 3割：552円）加算されます。

\*長期利用者減算として同一の指定短期入所生活事業所に30日以上入所している場合は、所定単位数から1日あたり（1割30円 2割60円 3割90円）減算されます。但し連続61日以上短期入所生活介護を行った場合は算定されません。連続利用61日目以降の料金は、介護福祉施設サービス費の単位数と同単位数となります。介護予防短期入所生活介護費については下記の通りです。

要支援1：介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数の100分の75に相当する単位数を算定する。

要支援2：介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数の100分の93に相当する単位数を算定する。

具体的な料金については【料金表】をご参照ください。

※但し、連続利用31日目の全額自己負担分の計算の際には、連続利用61日目以降の長期利用適正化料金は適用されず、従来の基本額(連続利用60日目まで)の短期入所生活介護費が算定されます。

\*サービス提供体制強化加算（Ⅰ）として、介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が100分の80以上を満たしているため、上記サービス費に1日あたり（1割：22円 2割：44円 3割66円）加算されます。

※当該加算は区分支給限度基準額の算定からは除外されます。

\*処遇改善加算（Ⅰ）として、算定要件を満たしているため、基本サービス費に各種加算を加えた1月あたりの月の総単位に14.0%を乗じた単位数を請求致します。

※当該加算は区分支給限度基準額の算定からは除外されます。

\*緊急短期入所受入加算として、利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が緊急に短期入所生活介護を受ける必要があると認めた利用者に対し、居宅サービス計画に位置付けられていない短期入所生活介護を緊急に行った場合は、1日あたり（1割：90円 2割180円 3割：270円）加算されます。通常は起算して7日間を限度として算定されますが、利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日間算定されます。

\*看取り連携体制加算（※死亡日及び死亡日以前30日以下について7日を限度として1日あたり1割64円 2割128円 3割 192円）として、看護体制加算（Ⅰ）もしくは看護体制加算（Ⅱ）を算定しており看護職員により病院、診療所、訪問看護ステーションの看護職員との連携により24時間連絡できる体制を確保し看取り期における対応方針を定め利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して当該対応方針の内容を説明し同意を得ている場合に算定されます。

\*生産性向上推進体制加算（Ⅱ）として、算定要件を満たしているため上記サービス費に一月あたり（1割：10円 2割：20円 3割30円）加算されます。

\*短期入所生活介護サービスの連続30日を超えた利用日の31日目と区分支給限度基準額を超える利用日数については、保険給付の対象となりません。ただし31日目と区分支給限度基準額を超える利用日数を実費（短期入所生活介護利用料+加算料金を全額10割負担）として、お支払いされることに同意される場合は、この限りではありません。

実費負担分 （1日につき）

|                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| 多床室（相部屋使用料）          | 915円                        |
| 個室使用料                | 1,231円                      |
| 食費（1日3食） ※食材料費含みます。  | 1,550円<br>朝480円 昼540円 夕530円 |
| 理容室代                 | 実費                          |
| 洗濯料金                 | 実費※下記参照                     |
| テレビレンタル（本人希望者）       | 1日100円                      |
| アメニティセット（希望者のみ・日用品等） | 実費<br>別途（株）アメニティとの契約となります。  |

※居室料及び食費は負担限度額減額申請にて一定額の控除があります。

○ 洗濯に関して

当社は洗濯に関してそのすべてを委託先である秋田基準寝具に依頼を致します。  
尚係る料金に関しては以下の通りです。

| No | 品名   | 規格       | 価格 (税込) | 備考 |
|----|------|----------|---------|----|
| 1  | ネット大 | 65×65 cm | 550 円   |    |
| 2  | ネット小 | 45×45 cm | 385 円   |    |

※1 当社は洗濯業者による衣類の破損/紛失等におきまして一切の責を負いかねます

※2 当社は洗濯業者とお客様とのトラブルに関して一切関与致しませんのでご了承ください

※3 ご自宅へのお持ち帰りによる洗濯は可能ですのでご相談ください

※4 ドライクリーニングをご希望の方はお申し出ください (※別途対応致します)

8 利用料金等のお支払方法 (月払いの場合)

毎月、月末までに、[7 短期入所生活介護の内容と費用] に記載の金額を基に算定した、前月分の利用料等を利用明細書により翌月の 10 日以降請求いたしますので、月末までに下記口座に振り込み送金してお支払ください。

|        |                             |
|--------|-----------------------------|
| 秋田銀行本店 | 支店 111                      |
| 普通預金口座 | 普通                          |
| 口座番号   | 1 0 7 6 5 2 6               |
| 口座名義   | 有限会社 アイ・サポート<br>代表取締役 平岡 啓樹 |

キャンセル料について

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、キャンセル料をいただく場合があります。ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

|            |  |
|------------|--|
| 当施設お客様相談窓口 | ・窓口責任者 稲荷 / 上村<br>ご利用時間 8:30~17:30<br>ご利用方法 電話 018-829-1188<br>面接 当施設 1 階相談室<br>苦情箱 玄関前に設置 |
|------------|--|

★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。

|                             |                   |
|-----------------------------|-------------------|
| 秋田市介護保険課                    | 電話番号 018-888-5674 |
| 秋田県国民健康保険団体連合会<br>(運営適正委員会) | 電話番号 018-883-1550 |

## 1 0 非常災害時の対策

|            |  |     |
|------------|--|-----|
| 非常時の対応     | 別途定める消防計画にのっとり対応を行います。                   |     |
| 避難訓練及び防災設備 | 別途定める消防計画にのっとり、夜間及び昼間を想定した避難訓練を年各1回行います。 |     |
|            | 設備名称                                     | 個数等 |
|            | 誘導灯                                      | あり  |
|            | 自動火災報知器                                  | あり  |
|            | 消火器                                      | あり  |
|            | スプリンクラー                                  | あり  |
|            | ガス漏れ探知機                                  | あり  |
|            | カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。              |     |
| 消防計画等      | 秋田消防署への届出済み<br>防火管理者：平岡啓樹                |     |

## 1 1 緊急時及び事故発生時等における対応方法

入所中に病状の急変その他緊急事態発生した場合は、速やかにお客様の主治医、当事業所の協力医療機関、緊急時連絡先（ご家族等）へ連絡し、適切な措置を講じ、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡します。

主治医

緊急時

|         |  |  |
|---------|--|--|
| 病 院 名   |  |  |
| 主 治 医   |  |  |
| 所 在 地   |  |  |
| 電 話 番 号 |  |  |

緊急時連絡先（家族等）

|       |   |   |
|-------|---|---|
| 氏 名   | ① | ② |
| (続 柄) |   |   |
| 住 所   |   |   |
|       |   |   |
| 電話番号① |   |   |
| 電話番号② |   |   |



## 1.2 協力医療機関等

|      |               |
|------|---------------|
| 病院名  | あきたすてらクリニック   |
| 所在地  | 秋田市手形字西谷地 1-2 |
| 電話番号 | 018-874-7411  |
| 入院設備 | 無             |

|      |  |
|------|--|
| 病院名  |  |
| 所在地  |  |
| 電話番号 |  |
| 入院設備 |  |

|      |              |
|------|--------------|
| 病院名  | 旭北歯科医院       |
| 所在地  | 秋田市旭北栄町 1-4  |
| 電話番号 | 018-865-2931 |
| 入院設備 | 無            |

## 1.3 施設の利用にあたっての留意事項

|             |   |
|-------------|---|
| 来訪・面会       | 面会は完全予約制（14:00～16:00）社会情勢により中止判断                                      |
| 外出          | 外出の際には、必ず行く先と戻られる時間を職員に申し出てください。                                      |
| 居室・設備・器具の利用 | 事業所内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。 |
| 喫煙          | 敷地内で喫煙はご遠慮いただいております。  |
| 迷惑行為等       | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。<br>また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないでください。            |
| 所持金品の管理     | 所持金品は、自己の責任で管理してください。   |
| 宗教活動・政治活動   | 事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。                                 |
| 動物の飼育       | 事業所内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。  |

#### 1.4 お客様へのお願い

○サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

#### 1.5 秘密保持

イ 事業所の職員は正当な理由なくその業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密は漏らすことはせず、その必要な処置を講じます。

ロ 事業者は、職員であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、職員と雇用契約の内容とします。

ハ 事業者はサービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いる時は、利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ得るものとします。

#### 1.6 介護サービス第三者評価の実施状況 実施の有無：無

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、短期入所生活介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

|     |      |                                   |   |
|-----|------|-----------------------------------|---|
| 事業者 | 住所   | 〒010-1414<br>秋田県秋田市御所野元町1丁目1-8    |   |
|     | 事業者名 | 有限会社 アイ・サポート                      |   |
|     | 施設名  | ショートステイあいの森<br>(事業所番号) 0570119677 |   |
|     | 代表者名 | 代表取締役 平岡 啓樹                       | ㊟ |
| 説明者 | 氏名   | 生活相談員 上村 和也                       | ㊟ |

私は、重要事項説明書に基づいて、短期入所生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けましたので、サービスの利用開始に同意します。また、同一の重要事項説明書を作成の上、自宅と会社で一部ずつ保管することを確約します。

令和 年 月 日

利用者 住所 秋田市榎山古川新町 26-7

氏名 堀田井 和子 ⑩

代理人（選任した場合） 住所

氏名 ⑩