

重要事項説明書

(指定短期入所生活介護)

(介護予防短期入所生活介護)

【目次】

1. 運営法人
2. 施設の説明
3. 施設併設事業
4. 居室の種類
5. 職員体制
6. サービスの説明
7. 利用中止、変更、追加等の場合
8. 施設を退所していただく場合
9. 身元引受人について
10. 施設利用にあたっての注意事項
11. 事故発生時の対応
12. 緊急時の対応
13. 非常災害対策
14. 虐待防止について
15. 身体拘束の禁止
16. ハラスメントの禁止
17. 協力医療機関
18. 秘密保持
19. 苦情対応
20. 別表
21. 料金表

令和6年8月1日改訂

社会福祉法人 孝楽会

ショートステイセンター けやき荘

1. 運営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 孝楽会
(2) 法人所在地 神奈川県横浜市神奈川区菅田町 1 - 1
(3) 電話番号 045-470-3900
(4) 代表者 松田 雍晴
(5) 設立年月 平成 11 年 8 月 18 日

2. 施設の説明

- (1) 施設の種類 (介護予防)指定短期入所生活介護
(2) 施設の名称 ショートステイセンター けやき荘
(3) 事業所番号 1470200468 号
(4) 施設の所在地 神奈川県横浜市神奈川区菅田町 1-1
(5) 電話番号 TEL 045-470-3900 FAX 045-470-5566
(6) 開設年月 平成 12 年 10 月 1 日
(7) 施設長 (管理者) 田中 美香
(8) 利用定員 20 人
(9) 当施設の目的と運営

老人福祉の理念に基づき、介護を必要とする高齢者に対して、心身の健康保持及び自立支援の介護サービスの提供を目的とします。

利用者が尊厳と生きがいをもって生活を送れるよう、安全で利用者本意のサービスの提供を実施します。また、介護保険法の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営む事ができるようサービスを提供します。

3. 施設併設事業

事業の種類	神奈川県知事の事業者指定		
	指定年月日	指定番号	利用定員
《特別養護老人ホームけやき荘》 ・介護老人福祉施設	平成 12 年 5 月 1 日	1470200377 号	200 名
《ショートステイセンターけやき荘》 ・(介護予防)短期入所生活介護	平成 12 年 10 月 1 日	1470200468 号	20 名
《デイサービスセンターけやき荘》 ・通所介護	令和 5 年 10 月 1 日	1470203413 号	28 名
《居宅介護支援センターけやき荘》 ・居宅介護支援事業所	平成 13 年 8 月 1 日	1470200567 号	

4. 居室の種類及び変更

(1) 居室の種類

居室の種類	室数	面積	1人あたり面積
1人部屋	28室	493.0 m ²	17.6 m ²
2人部屋	10室	242.2 m ²	12.1 m ²
4人部屋	43室	1,954.2 m ²	11.3 m ²

※特別養護老人ホーム・ショートステイセンター併設にて運営しております。

(2) 居室の変更

契約者から居室の変更の希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を判断します。また、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。その際には契約者やご家族などと協議の上、決定するものとします。

5. 職員体制

契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供するため、介護保険法の指定基準を遵守し、職員を配置しております。

※下表職員数は併設する介護老人福祉施設との合計人数を表示しております。

職種	配置人数		勤務体制
	常勤換算	指定基準	
施設長（管理者）	1名	1名	8：30～17：30
相談員	3名	3名	8：30～17：30
介護職員	69名	69名	[常勤者勤務体制] 7：30～16：30（早番） 10：00～19：00（日勤） 16：30～翌日10：30（夜勤）
看護職員	9名	5名	9：00～18：00
管理栄養士	2名	1名	8：30～17：30
医師（内科・精神科）	2名	2名	内科 週2回（火・木） 精神科（月4回）
機能訓練指導員	2.2名	1名	9：00～18：00
介護支援専門員	2名	2名	8：30～17：30

6. サービスの説明

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

種類	内 容
サービスの記録・立案	短期入所サービス計画（ケアプラン）の立案を行い、ご本人及びご家族の同意に基づいて作成します。
介護	上記のケアプランに基づいた介護を行います。 （食事、排泄、入浴、整容、移動介助、余暇活動等）
整容	・生活のリズムを考え、出切る限り離床し、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・適切な整容が行われるように援助します。
食事	食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。但し、ご本人の希望及び体調不良時には居室等にて召し上がることも可能です。 ※食材費及び調理にかかる費用は別途いただきます。 （食事時間） 朝食 7：45～8：50 昼食 11：40～12：50 夕食 17：00～18：15 ※インスリン摂取、胃ろうの方は上記時間外になる場合があります。

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。
入浴	週に最低 2 回入浴を行います。但し、心身の状況に応じて、清拭や中止になる場合があります。 ※ご利用期間によっては入浴日にあたらない場合があります。
機能訓練	・機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 ・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。
健康管理	サービス利用中の健康管理は配置医師と看護職員が行います。
送迎	身体状況に合った車両による送迎、また、必要に応じて移動等の介助も行います。

※契約者の要介護度に応じたサービス料金の自己負担分をお支払い頂きます。

(2) 介護保険の給付対象にならないサービス（利用者負担 10 割）

居室	従来型個室、多床室（2 人部屋、4 人部屋）があります。利用料は居室料金表によります。
理美容	理髪（月 4 回）、美容（月 1 回）それぞれ出張サービスをご利用いただけます。料金は実費となります。
食事	栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。
おやつ	10 時 15 時のおやつを希望された方は実費をいただきます。
レクリエーション・行事・クラブ活動	契約者の希望により、レクリエーションや行事、クラブ活動に参加していただくことができます。但し、材料費や参加費等の実費をいただく場合があります。
特別行事食	行事等の際、ご希望に応じて特別な食事を提供します。
その他	・契約者は、サービス提供の記録をいつでも閲覧できます。 ・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。 ・ご家族等からの希望により郵送等する場合には、実費をいただきます。

※全額契約者の負担となります。食費・居住費につきましては、介護負担限度額証をお持ちの方は限度額証の通りです。

(3) サービスの利用申込み

ご利用を希望される場合は、担当の居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）を通じて 3 ヶ月前から受付をいたします。ただし、稼働状況や施設で対応不可能な医療が必要な場合、感染症をお持ちの場合、施設内で感染症が発生した場合は、利用をお断りする場合があります。

(4) 利用料金のお支払い方法

- ① 利用料金については別紙料金表になります。
- ② 支払い方法

当月の利用料は、翌月 20 日過ぎに請求します。翌月 27 日にご指定の口座から

自動引落としさせていただきます。

但し、銀行引落としの手続き完了には2か月を要します。完了するまでは、窓口での支払い又は振込みでお支払いいただきます。

- ③ 契約者が正当な理由なく、事業所に支払うべきサービス料金を1ヶ月以上滞納した場合は、1ヶ月以内の期間を定めて督促し、その期間に滞納額の支払がない場合は、契約を解除します。

7. 利用中止、変更、追加等

(1) 中止、変更、追加の申し出

利用予定期間の前に利用者の都合により、(介護予防)短期入所生活介護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。この場合はサービスの実施日前日までに施設に申し出てください。

(2) 利用キャンセル代

前号の申し出がなく、利用予定当日になって利用の中止を申し出られた場合、利用キャンセル代として¥1000(前日キャンセル代は¥500)をお支払いいただきます。但し、利用予定者の体調不良等やむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

(3) 変更、追加

サービス利用の変更又は追加の申し出に対して、施設の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時を提示して協議します。

(4) 中止

サービス利用期間中でも利用を中止できます。この場合、既の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。

8. 施設を退所していただく場合(解除権・契約の終了)

契約者の著しい不信行為により契約が困難になった場合は、その理由を記した文書によりこの契約を解除することができます。この場合、居宅サービス計画を作成した介護支援事業所にその旨を連絡します。

次の事由が発生した場合は、この契約を終了するものとします。

- ① 要介護度が認定更新において、自立と認定された場合
- ② 契約者が死亡した時
- ③ 契約者が契約解除を申し入れた場合
- ④ 事業所に支払うべきサービス料金を正当な理由なく1か月以上滞納し、1か月以内の期間を定めて督促したにもかかわらず、その期間に滞納額の支払いがない場合

9. 身元引受人について

契約者は当施設のサービス提供を受けるにあたり、身元引受人(連帯保証人になる方:以下省略)1名を定めさせていただきます。身元引受人は民法(債権法)に定める連帯保証人としての債務を負います。この契約に関する契約者の事業者に対する責務等について契約者と連帯して、又は契約者に代わって責任を負うと共に、次の事項についても同様の責任を負うものとさせていただきます。

しかしながら、ご利用者において、社会通念上、身元引受人を立てることができないと認められる相当な理由がある場合には、事業者と協議の上、入所契約締結にあたって身元引受人をたてないこともできます。

身元引受人には、これまで最も身近にいて、ご利用者のお世話をされてきた家族や親族に就任していただくのが望ましいと考えておりますが、必ずしもこれらの方に限る趣旨ではありません。

- ① 契約者が病院等の医療機関に入院する場合、入院申し込みの手続きや入院費等の医療費の支払い。
- ② 入所契約が終了した時、当施設に残された契約者の所持品（残置品）を契約者自身が引き取れなかった場合の引き取り。（引き取り費用は身元引受人負担）
- ③ 前号の連帯保証人の負担は、極度 50 万円を限度とする。
- ④ 上記以外に契約者の身上に関する必要な事項。

10. 施設利用にあたっての注意事項

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、下記の事項をお守り下さい。

面会	原則として9：00～17：00 ※上記以外の時間で来訪される場合は事前にご連絡下さい。 ※施設の運営に支障があるものの持込みをお断りすることがあります。特に持参した飲食物等は、必ず職員にお渡し下さい。 ※インフルエンザ等感染症に罹患されていたり、施設が感染対応を実施している時は、面会をお断りすることがあります。 ※施設内で写真撮影等されるときは職員にお申し出ください。
外出	ご希望により可能です。2日前までにお知らせください。
喫煙	施設内及び敷地内は禁煙です。タバコ及び火気類については持込み不可です。
飲酒	禁酒を原則とします。行事時のみ施行可。
金銭・貴重品の管理	高額・高価な金品の持込みは、お控え下さい。紛失の場合、責任を負いかねますのでご了承下さい。
設備・器具の使用	ご希望により、ご相談させていただきます。
電化製品の使用	ご希望により、ご相談させていただきます。
政治・宗教活動	布教等他の利用者の迷惑になるような活動はお控えください。

11. 事故発生時の対応

- (1) 迅速な事故対応を行い、再発防止策を講じます。
- (2) サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族或いは身元引受人に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。又状況に応じて市町村へ連絡をします。
- (3) 当施設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。守秘義務に反した場合も同様といたします。但し、その損害の発生について、契約者に故意また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。

12. 緊急時の対応

(1) 身体状況急変時

看護師を中心とした緊急体制をとっております。利用者の容態に変化等があった場合は、速やかにご家族或いは身元引受人に連絡するとともに、医師に連絡する等必要な処置を講じます。通院付き添い等受診対応が必要な場合はご家族にお願いします。救急搬送の場合は職員が付き添うことがありますが、その際は、搬送先の医療機関へご家族にお越しいただきます。

ご利用中は当該契約の緊急連絡先に挙げられたご家族は連絡がつきますようお願い致します。

(2) 感染症発症時

感染対策委員会を設置し、衛生管理、健康管理等の予防対策と発生時の対策を整備し、感染症の発生時に備えております。感染症の発生を確認した場合、早急に感染症拡大を防ぐ対策を講じ、蔓延防止に努めます。

13. 非常災害対策

施設では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を整えると共に、常に関係機関と連絡を密にし、取るべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき定期的に避難・救助その他必要な訓練を行います。又近隣地域と防災協定を締結して非常時の協力体制を整えております。

大規模災害時には、施設入所が必要な要介護高齢者について、定員を超過して受け入れを行う場合があります。その際には、施設の共用スペースのほか、各居室を活用する事があります。

14. 虐待防止について

契約者の人権の擁護・虐待の防止のために、次に上げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- (2) 虐待等に関する苦情解決体制を整備します。
- (3) 成年後見制度の利用を支援します。
- (4) 従業員が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、契約者の権利擁護に取り組めるよう環境の整備に努めます。
- (5) 高齢者虐待防止の担当者は生活相談員とする。

15. 身体拘束の禁止

原則として、契約者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には事前に契約者及びその家族等へ十分な説明をし、同意を得ると共にその態様及び時間、その際の契約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。

16. ハラスメントの禁止

契約者・ご家族との信頼関係のもと、安全安心な環境でサービスの提供を行っております。信頼関係を壊すようなハラスメントを防止する事が、介護サービスの継続した円滑な利用につながるため、下記のような職員や他利用者へのハラスメントは固くお断り

いたします。ハラスメント等の発生により、サービスの中断や契約を解除することがあります。

(1) ハラスメントの内容

身体的暴力	身体的な力を使って、危害を及ぼす行為 (職員が回避したため危害を免れたケースを含む) 例：物を投げつける。叩く。手を払いのける。つばを吐く。
精神的暴力	個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為 例：怒鳴る。威圧的な態度で文句を言い続ける。理不尽なサービスを要求する。利用料金を数か月滞納しても「支払い請求をしない施設にも責任がある」と支払いを拒否する。
セクシャルハラスメント	意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為 例：必要もなく手や腕、体を触る。抱きしめる。卑猥な言動を繰り返す

(2) ハラスメント担当者

ハラスメント受付担当者・相談窓口	副施設長	生野 奈穂美
ハラスメント責任者	施設長	田中 美香

17. 協力医療機関（別紙参照）

（介護予防）短期入所生活介護利用者は、原則としてかかりつけ医にご家族による送迎付添いで受診していただきますが、かかりつけ医への受診が困難な場合は、別表の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。なお、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。

18. 秘密保持

施設及びその従業員は、サービスを提供する上で知り得た、利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など、正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことは致しません。在職中はもちろん退職後も同様です。

19. 苦情対応

(1) 当施設の苦情や相談の受付

① 受付窓口

受付責任者 生野 奈穂美

解決責任者 田中 美香

② 受付電話番号 045-470-3900

③ 受付時間 8：30～17：30

④ その他 苦情受付ボックスを1Fエレベーターホールに設置しています。

(2) 行政機関その他受付機関 21. 苦情対応

- ① 横浜市健康福祉局 高齢健康福祉部 高齢施設課
所在地 横浜市中区本町 6-50-10
電話番号 045-671-3923
受付時間 月曜日から金曜日 9:00～17:00
- ② 横浜市健康福祉局 高齢健康福祉部 介護保険課
所在地 横浜市中区本町 6-50-10
電話番号 045-671-4252
受付時間 月曜日から金曜日 9:00～17:00
- ③ 神奈川県国民健康保険団体連合会
所在地 横浜市西区楠町 27-1
電話番号 045-329-3400(代)
受付時間 月曜日から金曜日 9:00～17:00

令和 年 月 日

(介護予防) 短期入所生活介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

所在地 神奈川県横浜市神奈川区菅田町 1-1
名称 社会福祉法人 孝楽会
ショートステイセンター けやき荘

説明者 _____ 印

私は、本書面に基づいて施設から、(介護予防) 短期入所生活介護についての重要事項の説明を聞き、その内容に同意し交付を受けました。

ご契約者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印

【 別表 】

協力医療機関

医療機関の名称	紫雲会横浜病院
所在地	横浜市神奈川区神大寺 3-1-12
電話	045-491-2661
医療機関の名称	牧野記念病院
所在地	横浜緑区鴨居 2-21-11
電話	045-933-4111
医療機関の名称	鴨居病院
所在地	横浜市緑区鴨居 5-25-16
電話	045-933-1911
医療機関の名称	大口東総合病院
所在地	横浜市神奈川区入江 2-19-1
電話	045-401-2411
医療機関の名称	西菅田歯科
所在地	横浜市神奈川区菅田町 488-4-3-101
電話	045-471-7781
医療機関の名称	上白根病院
所在地	横浜市旭区上白根 2-65-1
電話	045-951-3221
医療機関の名称	やました泌尿器科・皮膚科クリニック
所在地	横浜市神奈川区六角橋 1-13-1 ビックライズビル六角橋 1F
電話	045-439-2022
医療機関の名称	山本記念病院
所在地	横浜市都筑区東山田町 1552
電話	045-593-2211
医療機関の名称	竹山病院
所在地	横浜市緑区竹山 3-1-9
電話	045-932-1668

ショートステイセンターけやき荘(短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護)料金表

1. 介護報酬に係る費用

*一定の所得以上の方は2割或いは3割負担の場合があります。

*介護保険負担割合証に記載された割合によります。

【1日につき】

項目	単位 (1割負担)		内容の説明	
	従来型個室・多床室			
① 基本額	要支援1	451 単位 (490 円)		
	要支援2	561 単位 (610 円)		
	要介護1	603 単位 (656 円)		
	要介護2	672 単位 (731 円)		
	要介護3	745 単位 (810 円)		
	要介護4	815 単位 (886 円)		
② 加算額	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 単位/日		
	夜勤職員配置加算 (Ⅲ)	15 単位/日		要介護の方のみ
	看護体制加算(Ⅲ)イ(Ⅳ)イ	12 単位・23 単位/日		要介護の方のみ
	機能訓練体制加算	12 単位/日		
	送迎加算	184 単位/回		片道の料金
	生産性向上推進加算	10 単位/月		
	療養食加算	8 単位/回		該当者のみ(日3回)
緊急短期入所受入加算	90 単位/日	要介護の方のみ 入所日から 7日~14日間		
③その他	介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	(① + ②) × 14.0%		
④利用料	(①+②+③) × 10.88 円を計算した合計額			

2. 運営規程で定められた「食事の負担額」「居住費」(利用者10割分)

【単位：円】

食事提供費	1日あたり	内訳		
		朝食	昼食	夕食
食事代(実費)	1,445 円	421 円	507 円	517 円
※食事代は、朝食・昼食・夕食ごと個別設定になります。				
※食事代の自己負担・・・食事代実費もしくは該当の負担限度額のいずれか低い額が自己負担です。				
第4段階	1,445 円	1日の負担額の上限は1,445円まで		
第3段階②	1300 円	1日の負担額の上限は1,300円まで		
第3段階①	1,000 円	1日の負担額の上限は1,000円まで		
第2段階	600 円	1日の負担額の上限は600円まで		
第1段階	300 円	1日の負担額の上限は300円まで		

居住費	従来型個室	多床室	内容の説明
第4段階	1,210円	1,063円	1日につき
第3段階②	880円	430円	
第3段階①	880円	430円	
第2段階	480円	430円	
第1段階	380円	0円	

3. 運営規程で定められた「その他の費用」(利用者10割分)

項目	金額	内容の説明
① コンセント代(一口)	50円/日	居室にて電気製品使用でコンセントを使用した場合
② テレビレンタル代	50円/日	居室で視聴するために施設所有のテレビを貸与した場合
③ 行事費用	実費	利用者の希望で提供した場合
④ 特別行事食	実費	行事の際にご希望に応じて特別な食事を提供した場合
⑤ 金融機関の口座振替手数料	110円/月	利用料の振替の際に金融機関が徴収する手数料
⑥ 利用キャンセル代	前日キャンセル 500円/1回 当日キャンセル 1,000円/1回	体調不良を除く、利用者理由においてキャンセルとなった場合
⑦ 電気カミソリ充電費	20円/1回 ※1	充電式シェーバーを使用した場合
⑧ 買い物代行費	300円/1回	利用者等の希望で職員が代わりに買い物に行った場合
⑨ おやつ代	135円/1日	おやつを希望された方

※1 7日間以上連続利用した方のみ

4. 社会福祉法人による利用者負担の減免

「社会福祉法人による利用者負担減免証」を提示した利用者については、規定のとおり減免します。

緊急連絡先①	ふりがな 氏 名	
	住 所	〒
	電 話	
	携 帯	
	メールアドレス	
	職 場	
	職 場 電 話	

緊急連絡先②	ふりがな 氏 名	
	住 所	〒
	電 話	
	携 帯	
	メールアドレス	
	職 場	
	職 場 電 話	

緊急連絡先③	ふりがな 氏 名	
	住 所	〒
	電 話	
	携 帯	
	メールアドレス	
	職 場	
	職 場 電 話	

※緊急時、お電話が繋がらなかった場合はメールにて連絡させていただきます。
ご家族からの返信は必ず電話にてお願い致します。