

介護予防ショートステイゆうあいの里重要事項説明書
〈令和7年4月1日現在〉

1 当協議会の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 つがる市社会福祉協議会	
代表者役職・氏名	会長 白戸英行	
所在地	青森県つがる市木造若緑52番地 木造福祉センター内	
電話番号・FAX	0173-42-4886 ・ 0173-42-4686	
営業所数	<ul style="list-style-type: none">・(総合事業) 訪問介護 1カ所・(総合事業) 通所介護 4カ所・(介護予防) 短期入所者生活介護 2カ所・(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 2カ所・地域密着型介護福祉施設 2カ所・居宅介護支援事業者 3カ所	

2 事業所名称及び事業者番号

事業所名	ショートステイゆうあいの里
所在地	青森県つがる市豊富町屏風山1番地377
電話	0173-69-5100
FAX	0173-69-5101
事業者番号	0272100660
管理者の氏名	坂本豪世

3 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

ア 介護予防サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事の介護、相談及び援助、社会生活上便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことにより、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することを目指す。

イ 地域における老人福祉の中核的役割を担う。

(2) 運営方針

ア 懇切丁寧に行なうことを旨とし、職員から見た利用者の問題行動の解決という視点だけではなく、利用者のニーズを尊重しながらケアのプロとして専門性を發揮した個別援助計画を作成する。

イ 個別援助計画に基づき、利用者の機能訓練及び日常生活を営むのに必要な援助を行う。

ウ ADLの改善よりもQOLの向上を重視して、利用者がここで生活に満足できるように努める。

エ 介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。

オ 全員を定期的に見直すことで、その方にとって今一番大事なことを分け隔てなく取り組む体制を目指す。

4 事業所の概要

(1) 構造等

敷 地		1 7 , 2 5 4 . 2 2 1 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート平屋造一部鉄骨造
	延べ床面積	3 , 2 6 0 . 2 2 9 m ² (特養厨房94.696m ² を含む)
	利用定員	5 名

(2) 主な設備

設 備	室 数	面 積	備 考
一人部屋	5	1 9 m ²	全室個室
食堂兼機能回復訓練室	1	1 1 2 . 9 2 m ²	
浴 室	1	5 0 . 5 7 m ²	
特 別 浴 室	1	3 1 . 9 0 m ²	特別浴槽 1 台設置
医 务 室	1	3 2 . 7 8 m ²	
静 養 室	1	2 . 2 6 m ²	

(3) 通常の送迎の実施区域

・つがる市・五所川原市・中泊町

*上記以外の地域の方もご相談ください。

5 事業所の職員体制

従業者の職種	資 格	合 計	区 分				勤務の内容	
			常勤		非常勤			
			専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	介護支援専門員	1		1			業務管理	
生 活 相 談 員	介護福祉士	2		2			日常の相談・指導の業務	
介護支援専門員	介護支援専門員	1		1			施設ケアプラン作成	
介 護 職 員	介護福祉士	13		12		1	生活全般に係わる世話等	
	ヘルパー 2級以上	2		2				
	その他	2		1		1		
看 護 職 員	看護師	1				1	医療・保健衛生に関すること	
	準看護師	2		2				
機能訓練指導員	準看護師	1		1			機能訓練に関すること	
栄 養 士	栄養士	1		1			献立・栄養指導に関すること	
医 師	医師免許	1				1	医療に関すること	
事 務		2		2			経理全般	
洗濯清掃員		3		1		2	施設の環境整備	

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制			
管理 者 介護支援専門員 栄養士	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）常勤で勤務			
医 師	上記時間帯の1時間勤務（金曜日）			
看護職員	早 6：30～15：15 2 8：45～17：30	早遅 半日	6：30～17：30 6：30～12：30	
生活相談員 介護員	日勤 8：30～17：15 日2 6：00～14：45 早1 7：15～16：00 早日 7：30～17：30	遅日 遅 泊明	8：30～18：30 10：00～18：45 17：00～9：00	

7 事業所サービスの内容と費用

（1）介護給付対象サービス

ア サービス内容

種類	内容
食事	(食事時間) ・朝食 7：30 ・昼食 11：45 ・夕食 17：30 栄養士の立てる献立表により、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回の入浴又は清拭を行ないます。 寝たきり等で座位のとれない方は、特殊浴槽を用いての入浴も可能です。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行なうと共に、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 整容等	寝たきり防止のため、出来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。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行なわれるよう援助をします。 シーツ交換は週1回、寝具の消毒は必要に応じて実施します。
機能訓練	利用者の状況に適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。 (当施設の保有するリハビリ器具) ・歩行器（歩行補助車含む） 7台 ・車椅子 30台
健康管理	医師による月2回以上の回診日を設けます。回診日以外でも心配な時はいつでも診察を受け付けます。 外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについて出来る限り配慮します。
レクリエーション	当施設では、次のような行事を計画しております。 ・買い物外出、遠足、花見、夏祭り、敬老会等 ・創作活動（集団活動）
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送迎	利用者の心身の状態、ご家族の事情から見て送迎を行うことが必要な場合、送迎を行います。

イ 費用

原則として料金表の利用料のうち利用者の負担割合に応じた額が負担額となります。

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

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

【利用料金】

ショートステイ居住費・食費 基準費用額（1日当たり）

区分	居住費	食費
従来型個室	1,231円	1,445円 (朝食 371円・昼食 572円・夕食 502円)

*上記金額を基準として、利用される方の収入により利用負担第1段階から第4段階までに区分され、それぞれの負担額が決定されます。（認定は各市町村役所で決定されます）

①短期入所サービス利用者の自己負担額

〈1〉利用者負担第1段階

○従来型個室（1割負担）

単位：円

	要支援1	要支援2
基本報酬 ①	451	561
機能訓練体制加算 ②	12	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ③	22	
介護職員処遇改善加算(Ⅲ) ④	(①+②+③) ×利用日数に 11.3% を乗じた額（月額）	
食 費 ⑥	300	
居 住 費 ⑦	380	
自己負担額合 (①+②+③+⑥+⑦)	1,120	1,342

上記料金表には自己負担額合計に介護職員処遇改善加算等支援加算は含まれていません。

高額介護サービス費

介護サービス費1割負担（①+②+③+④+⑤）が月15,000円を超えた場合、差額が支給申請により還付されます。

〈2〉利用者負担第2段階

○従来型個室（1割負担）

単位：円

	要支援1	要支援2
基本報酬 ①	451	561
機能訓練体制加算 ②	12	
サービス提供体制強化加(Ⅰ) ③	22	
介護職員処遇改善加算(Ⅲ) ④	(①+②+③) ×利用日数に 11.3% を乗じた額（月額）	
食 費 ⑥	600	
居 住 費 ⑦	480	
自己負担額合 (①+②+③+⑥+⑦)	1,620	1,742

上記料金表には自己負担額合計に介護職員処遇改善加算等支援加算は含まれていません。

高額介護サービス費

介護サービス費 1割負担 (①+②+③+④+⑤) が月 15, 000円を超えた場合、差額が支給申請により還付されます。

〈3-1〉利用者負担額第3段階①

○従来型個室（1割負担）

単位：円

	要支援1	要支援2
基本報酬 ①	451	561
機能訓練体制加算 ②	12	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ③	22	
介護職員処遇改善加算(Ⅲ) ④	(①+②+③) × 利用日数に 11.3% を乗じた額(月額)	
食 費 ⑥	1000	
居 住 費 ⑦	880	
自己負担額合 (①+②+③+⑥+⑦)	2,420	2,542

〈3-2〉利用者負担額第3段階②

○従来型個室（1割負担）

単位：円

	要支援1	要支援2
基本報酬 ①	451	561
機能訓練体制加算 ②	12	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ③	22	
介護職員処遇改善加算(Ⅲ) ④	(①+②+③) × 利用日数に 11.3% を乗じた額(月額)	
食 費 ⑥	1300	
居 住 費 ⑦	880	
自己負担額合 (①+②+③+⑥+⑦)	2,720	2,842

上記料金表には自己負担額合計に介護職員処遇改善加算等支援加算は含まれていません。

高額介護サービス費

介護サービス費 1割負担 (①+②+③+④+⑤) が月 24, 600円を超えた場合、差額が支給申請により還付されます。

〈4〉利用者負担額第4段階

○従来型個室（1割負担）

単位：円

	要支援1	要支援2
基本報酬 ①	451	561
機能訓練体制加算 ②	12	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ③	22	
介護職員処遇改善加算(Ⅲ) ④	(①+②+③) × 利用日数に 11.3% を乗じた額(月額)	
食 費 ⑥	1,445	
居 住 費 ⑦	1,231	
自己負担額合 (①+②+③+⑥+⑦)	3,216	3,338

上記料金表には自己負担額合計に介護職員処遇改善加算等支援加算は含まれていません。

高額介護サービス費

介護サービス費 1割負担 (①+②+③+④+⑤) が月 44, 400円を超えた場合、差額が支給申請により還付されます。

※上記は1割負担の金額であり、負担割合が2～3割の方はその割合に応じた金額となります。
(食費、居住費は除く)。

②ショートステイ居住費・食費 基準費用額（1日当たり）

区分	居住費	食 費
従来型個室	1,231円	1,445円 (朝食371円・昼食572円・夕食502円)

*上記金額を基準として、利用される方の収入により利用負担第1段階から第4段階までに区分され、それぞれの負担額が決定されます。

②付加サービスの利用料

単位：円

	1日当たりの自己負担額
送迎加算	184
若年性認知症利用者受入加算	120
機能訓練体制加算	12
サービス提供体制強化加算（I）	22
介護職員処遇改善加算（III）	(1日当たりの利用料+各種加算) ×11.3%を乗じた額 が加算されます。（月単位）

③その他の費用

種類	内容	利用料
日常生活用品の購入代行	衣類、歯ブラシ等日用品の購入代行	実費
レクリエーション	・年間行事（遠足・買い物）の参加 ・創作活動（余暇活動等）	材料費等を実費で頂く場合もあります。
健康管理費	・医療費、予防接種等	実費

（2）料金の支払方法

毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

お支払方法は、指定金融機関からの口座自動引落しをお願いしております。

8 サービスの利用方法

（1）入所対象者

- ①要支援1、要支援2の認定結果が出ている方。
- ②心身に重度の障害があり、常時介護を必要とする方。
- ③緊急やむをえない場合や、介護度未認定の方でもサービス利用は可能です。

（2）サービスの利用方法

まずは、電話などでお申込み下さい。

（3）サービスの終了

- ①利用者の都合でサービスを終了する場合

実際に介護予防短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書での申出によりいつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効となります。

②自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します。

- ・利用者が他の介護保険施設に入所した場合。

- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当又は要介護1～5と認定された場合。
※この場合、条件を変更して再度契約することが出来ます。
- ・利用者が死亡した場合。

③その他

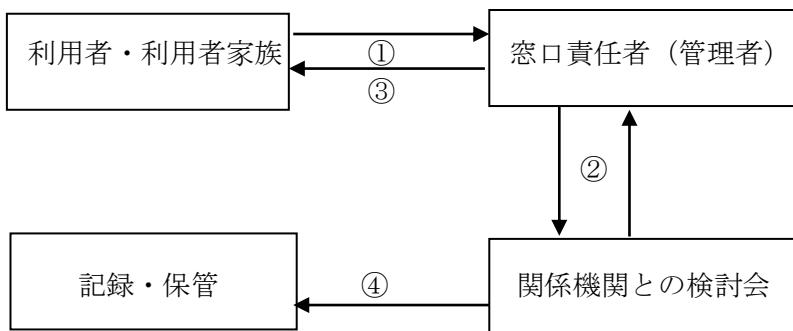
- ・利用者がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したのにもかかわらず10日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当施設のサービス従事者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。なお、この場合、契約の終了後の予約は無効となります。

9 サービス内容に関する苦情（相談・要望）等の受付窓口

(1) 当事業所における苦情（相談・窓口）の受付及びサービス利用の相談窓口

苦情解決責任者：事務局長 長内 信行
 苦情受付担当者：管理 者 坂本 豪世
 電 話 番 号：0173-69-5100
 受 付 日：年中無休

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順



- ①苦情受付担当者(管理者)が相手方と連絡をとり、直接訪問するなどして状況の把握に努めます。
- ②事業者が必要ありと判断した場合は、管理者を含め検討会を行います。
- ③検討の結果は、速やかに具体的な対応に努めます。
- ④記録を台帳に記録し、再発防止に努めます。

(3) その他

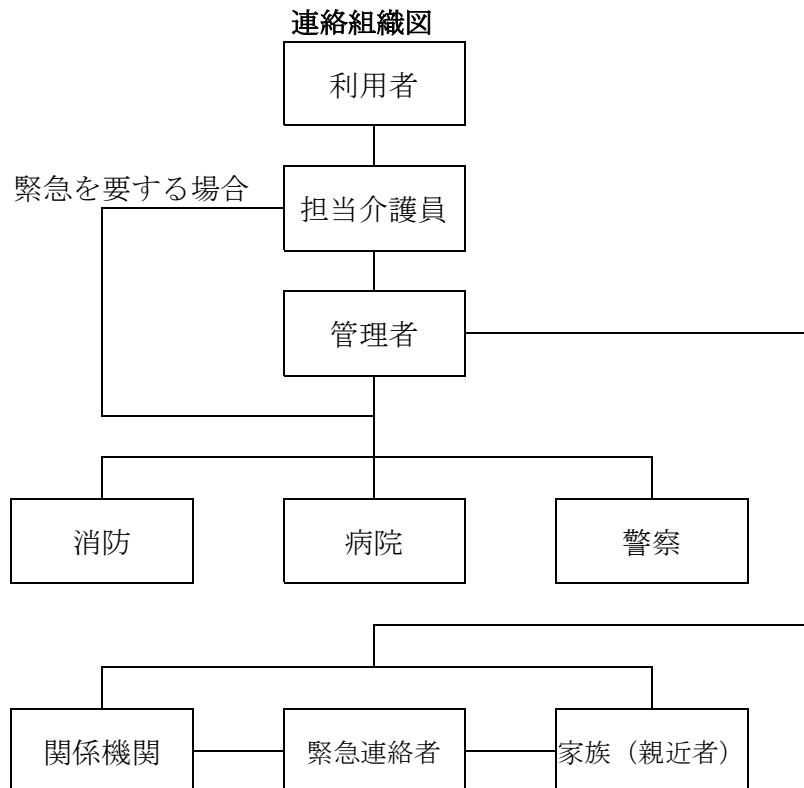
- 当事業所以外にお住まいの市町村または下記の相談・苦情窓口等に苦情を伝える事ができます。
- | | |
|---------------------------|-----------------|
| ○つがる市役所 | 電話 0173-42-2111 |
| ○青森県運営適正化委員会～福祉サービス相談センター | 電話 017-731-3039 |
| ○青森県国民健康保健団体連合会 | 電話 017-723-1301 |
| ○つがる市社会福祉協議会 | |
| 福祉サービス苦情サービス第三者委員会 | 電話 0173-42-4886 |

10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画に沿った対応を行ないます。			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画に沿って年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を行ないます。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火戸・シャッター	4箇所
	避難階段	なし	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	なし
	誘導灯	17箇所		
	カーテン、布団等は防炎性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	つがる市北消防署へ提出 提出日：令和6年6月 防火管理者：北澤俊隆			

11 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した地域包括支援センター及び業務委託を受けた居宅介護支援事業者（介護支援専門員）等へ連絡します。

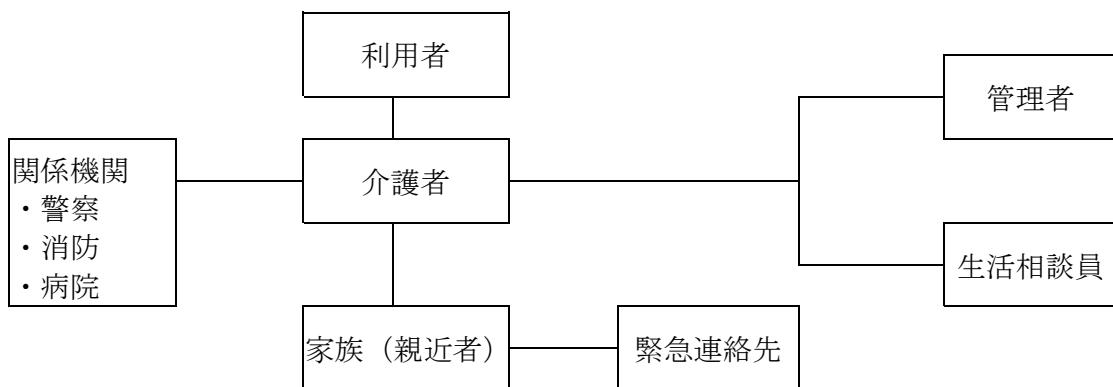


- 1 利用者に様態の急変を発見した場合は、管理者に連絡します。
- 2 管理者状況確認の上、協力機関（協力医・消防・警察等）に連絡します。
- 3 利用者の家族もしくは緊急連絡先へ連絡します。

12 事故発生時の対処方法

サービス提供中に事故等があった場合は、速やかに関係機関（消防署・警察・病院）・家族・緊急連絡先へ連絡し、その後、管理者・生活相談員への連絡を行います。

連絡組織図



- ① 事故発生時は、利用者の状況等を把握し速やかに関係機関等に連絡し利用者の状況を伝えます。
- ② 関係機関等に連絡した際、応急処置等の支持を仰ぎ処置に努めます。
- ③ 利用者の家族・緊急連絡先への連絡をします。
- ④ 管理者・生活相談員へ連絡します。

お客様に対して、当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害保険会社によりその損害を賠償します。

ただし、当事業所の責任とならない場合は、賠償できないこともあります。

主治医	病院名		
	氏 名		電話

緊急時連絡先 (家族等)	住 所		
	氏 名		電話

嘱託医	病院名	中 泊 お の 医 院		
	氏 名	小 野 裕 明	電話	0173-57-5758

また主な入院医療機関は次のとおりです。

病 院 名	住 所	電 話
公立かなぎ病院	五所川原市金木町金木菅原 1 9	0173-53-3111
つがる総合病院	五所川原市字岩木町 12-3	0173-35-3111

13 秘密の保持

当事業所の従事者及び従事者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。そのため、従事者との雇用契約の内容に秘密の保持すべき旨を盛り込んでおります。

14 個人情報の利用

当事業所では利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り文書により同意を得た上で、必要な範囲内でお客様又はご家族の個人情報を用います。

15 サービス提供記録並びに介護・看護記録の開示

利用者又はその家族からサービス提供記録並びに介護・看護記録の開示を求められた場合は、身分証明書等により本人又は家族であることを確認の上、提供した介護サービスの提供記録並びに介護・看護記録を開示いたします。

16 居宅介護支援事業所等との連携

- (1) 短期入所生活介護の提供に当たり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- (2) サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「施設介護計画」の写しを、ご利用者様の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- (3) サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

17 虐待の防止について

利用者様等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ①虐待防止に関する責任者を選定しています。
- ②苦情解決体制を整備しています。
- ③従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ④サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われるご利用者様を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

虐待防止に関する責任者　：　管理者　坂本　豪世

18 衛生管理について

- (1) 指定短期入所生活介護の用に供する、施設設備及び食器その他備品等について、衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 指定短期入所生活介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。その他、「感染予防マニュアル」を作成し、感染予防に努めます。
- (3) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

19 事業所の利用にあたっての留意事項

来訪・宿泊	面会時間　　制限はありませんが、必ずその都度職員に届け出てください。 (利用者の生活を考慮し、面会してください) 宿泊　　必ず事務所の許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください。
設備・設置・器具の利用	住居内の居室や設備、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生じた場合、弁償していただく場合があります。
喫煙	ホーム内での喫煙はご遠慮下さい。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないでください。
所持金の管理	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	居住内でのほかの入居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。
動物飼育	ホーム内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

20 身体拘束等の適正化の推進

利用者又は他の利用者等の生命又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的拘束は行ってならないこととし、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

21 業務継続計画

当事業所は、感染症や非常災害が発生した場合でも、業務を継続的に実施・再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的に開催・見直しし、必要に応じて変更していきます。

22 介護サービスの情報提供の開示について

利用者又はその家族からサービス提供記録の開示を求められた場合は、身分証明書等により本人又は家族であることを確認の上、提供した介護サービスの提供記録を開示いたします。上記の重要事項説明を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業所が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

上記の重要事項説明を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業所が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

事業所

〈所 在 地〉 青森県つがる市豊富町屏風山1番地377
〈名 称〉 ショートステイゆうあいの里
（指定番号 0272100660）
〈管理者氏名〉 管理者（施設長） 坂本 豪世 印
〈電 話〉 0173-69-5100

重要事項説明者

〈職 名〉
〈氏 名〉 印
〈電 話〉 0173-69-5100

私は、本書面により、事業所からショートステイゆうあいの里利用について重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意いたします。

利用者

〈住 所〉
〈氏 名〉 印
〈電 話〉

(代理人)

〈住 所〉
〈氏 名〉 印
〈続 柄〉
〈電 話〉

個人情報提供に関する同意書

私（及び家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場所で、体調などを崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に記載されている介護サービス事業所
- (2) 病院または診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

5 肖像権について

当施設のパンフレット・施設内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者さまの映像・写真を使用させていただく場合がございます。使用につきましては以下に○をご記入下さい。

（ 同意する ・ 同意しない ）

令和 年 月 日

ショートステイ ゆうあいの里 殿

住所

氏名

印

(家族) 住所

氏名

印