

指定短期入所生活介護 指定介護予防短期入所生活介護

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(茨城県指定 第 0873801013 号)

指定短期入所生活介護(空床型) 指定介護予防短期入所生活介護(空床型)

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(茨城県指定 第 0873801542 号)

重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護のサービスを提供します。本書は事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明したものです。

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

社会福祉法人 青洲会

特別養護老人ホーム 阿見こなん

(指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護)

〒300-0312 茨城県稲敷郡阿見町南平台1丁目33番10号

TEL 029-879-8588

FAX 029-887-8770

2026年8月版

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 青洲会
- (2) 法人所在地 茨城県土浦市神立町字前原 4 4 3 - 4
- (3) 電話番号 0 2 9 - 8 3 2 - 3 5 5 0
- (4) 代表者氏名 理事長 平塚 利子
- (5) 設立年月 平成 1 1 年 3 月 3 1 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護事業所：平成 2 2 年 7 月 1 日指定
指定介護予防短期入所生活介護事業所：平成 2 2 年 7 月 1 日指定
茨城県 0 8 7 3 8 0 1 0 1 3 号
※当事業所は特別養護老人ホーム阿見こなんに併設されています。

指定短期入所生活介護事業所：令和 5 年 4 月 2 0 日指定
指定介護予防短期入所生活介護事業所：令和 5 年 4 月 2 0 日指定
茨城県 0 8 7 3 8 0 1 5 4 2 号
※当事業所は特別養護老人ホーム阿見こなん（従来型）の空床利用型です。
- (2) 事業所の目的 指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護は、介護保険法令に従い、ご利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援すること又は要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、短期入所生活介護サービス・介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム 阿見こなん 短期入所生活介護
特別養護老人ホーム阿見こなん 短期入所生活介護（従来型）
- (4) 事業所の所在地 茨城県稲敷郡阿見町南平台 1 丁目 3 3 番 1 0 号
- (5) 電話番号 0 2 9 - 8 7 9 - 8 5 8 8
- (6) ホームページ <http://www.amikonan.jp/>
- (7) 事業所長（管理者） 山本 有一
- (8) 当事業所の運営方針 在宅介護の軽減の推進、個別介護の徹底
- (9) 開設年月 平成 2 2 年 7 月 1 日
令和 5 年 4 月 2 0 日（従来型）
- (10) 通常の送迎の実施地域 阿見町、美浦村、稲敷市、土浦市、牛久市、龍ヶ崎市、つくば市、かすみがうら市

(11) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
入所時間	月～土 9時～15時（日曜日は家族送迎）
退所時間	月～土 9時～17時（日曜日は家族送迎）
申込方法	担当のケアマネジャーか、直接窓口にて受付

(12) 利用定員 10人

従来型は空床数に応じる（最大40名）

(13) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	10室	
食堂	1室	
機能訓練室	1室	
浴室	1室	一般浴槽・特殊浴槽
医務室	1室	

従来型：当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室数	備考
4人部屋	10室	
食堂	1室	
機能訓練室	1室	
浴室	1室	一般浴槽・特殊浴槽
医務室	1室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。

- 居室の変更：ご利用者から居室の変更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決定します。また、ご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、ご利用者やご家族と協議の上決定するものとします。

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に指定短期入所生活介護サービス・指定介護予防短期入所生活介護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	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1 名
2. 介護職員	20 名以上
3. 生活相談員	1 名以上
4. 看護職員	3 名以上
5. 機能訓練指導員	1 名以上
6. 介護支援専門員	1 名以上
7. 医 師	必要数
8. 管理栄養士	1 名

従来型：〈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	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1 名
2. 介護職員	14 名以上
3. 生活相談員	1 名以上
4. 看護職員	2 名以上
5. 機能訓練指導員	1 名以上
6. 介護支援専門員	1 名以上
7. 医師	必要数
8. 管理栄養士	1 名以上

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

- | |
|--|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額を負担いただく場合 |
|--|

(1) 当施設が提供する基準介護サービス

〈サービスの概要〉

① 居室の提供

② 食事

- ・ 当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則として

います。

(食事時間) 朝食：8:00～9:00 昼食：12:00～13:00 夕食：17:00～18:00

③ 入浴

- ・ 入浴又は清拭を原則的として利用期間中1回以上行います。(入所期間や本人の体調により変更されます。)
- ・ 寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

④ 排泄

- ・ 排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご利用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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑥ 健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑦ その他自立への支援

- ・ 寝たきり防止のため、でき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。
- ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

〈サービス利用料金（1日あたり）〉

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度・要支援度に応じたサービス利用料金（自己負担額）をお支払ください。(サービス利用料金は、ご契約者の要介護度・要支援度に応じて異なります。)

※一定以上の所得者として本人の合計所得金額が160万円以上、同一世帯の第1号被保険者の年金収入＋その他の収入の合計所得金額が単身280万円、2人以上346万円以上の方は介護保険の自己負担が2割になります。また、本人（65歳以上）の合計所得金額220万円以上、同一世帯の第1号被保険者の年金収入＋その他合計所得金額が単身340万円、夫婦463万円以上の方は自己負担が3割になります。

介護保険自己負担額の目安

(1単位＝10.17円)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
併設型短期入所 ユニット型個室	529単位	656単位	704単位	772単位	847単位	918単位	987単位

(従来型)

(1単位＝10.17円)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
併設型短期入所 従来型多床室 (空床型)	451単位	561単位	603単位	672単位	745単位	815単位	884単位

介護保険自己負担額には、下記の加算項目が加算される場合があります。

加算名称	金 額	算定要件
機能訓練体制加算	12 単位／日	機能訓練指導員（一定の実務経験を有するはり師、きゅう師も含む）を配置し、日常生活動作能力の向上のために、機能訓練を行った場合。
個別機能訓練加算	56 単位／日	機能訓練指導員（一定の実務経験を有するはり師、きゅう師も含む）を配置し、事業所が利用者の住まいを訪問して個別の機能訓練計画を作成した上で、日常生活動作の維持・向上を目的とした個別の機能訓練を実施した場合。
生活機能向上連携加算 （Ⅰ）	100 単位／月	理学療法士や医師からの助言を受けた上で、機能訓練指導員が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成すること。
生活機能向上連携加算 （Ⅱ）	200 単位／月	短期入所生活介護の事業所の職員と外部リハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをした場合。 （個別機能訓練加算を算定している場合は100 単位／月）
認知症専門ケア加算 （Ⅰ）	3 単位／日	① 入所者の認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が1／2 以上の場合。 ② 認知症介護実践リーダー研修修了者を、認知症日常生活自立度Ⅲ以上が20 人未満の場合は1 名以上配置し、20 人以上の場合は10 又はその端数を増すごとに1 名以上配置すること。 ③ 職員間での認知症ケアの伝達又は技術的指導会議を定期的実施すること。
認知症専門ケア加算 （Ⅱ）	4 単位／日	① 認知症専門ケア加算Ⅰの要件を満たし、かつ、認知症介護指導者研修修了者を1 名以上配置すること。 ② 介護・看護職員ごとの研修計画を作成し、実施すること。
看護体制加算（Ⅰ）	4 単位／日	常勤の看護師を1 名以上配置している場合。
看護体制加算（Ⅱ）	8 単位／日	利用者が25 名に対し、看護職員が1 名以上配置していて、病院・診療所等の看護職員との連携により、24 時間の連絡体制を確保した場合。
看護体制加算（Ⅲ）イ	12 単位／日	利用定員が29 人以下であること。 看護体制加算（Ⅰ）の要件に加え、前年度又は算定日が属する月の前3 月間の利用者の総数のうち、要介護3 以上の利用者の占める割合が100 分の70 以上である場合。
看護体制加算（Ⅲ）ロ	6 単位／日	利用定員が30 人以上50 人以下であること。 （Ⅲ）イに該当するものであること。
看護体制加算（Ⅳ）イ	23 単位／日	利用定員が29 人以下であること。 看護体制加算（Ⅱ）の要件に加え、前年度又は算定日が属する月の前3 月間の利用者の総数のうち、要介護3 以上の利用

		者の占める割合が100分の70以上である場合。
看護体制加算（Ⅳ）ロ	13単位／日	利用定員が30人以上50人以下であること。 （Ⅳ）イに該当するものであること。
夜勤職員配置加算 （Ⅰ）	13単位／日	ユニット型以外を算定。 夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を1名以上上回っている場合、若しくは、見守り機器を入所者の15%以上に設置し、機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われている場合。（その場合は夜勤時間帯に最低基準を0.9名以上上回っていること。）
夜勤職員配置加算 （Ⅱ）	18単位／日	ユニット型を算定。 （Ⅰ）に該当するものであること。
夜勤職員配置加算 （Ⅲ）	15単位／日	ユニット型以外を算定。 夜勤時間帯を通じて、看護職員又は社会福祉士等を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を1人以上配置していること。
夜勤職員配置加算 （Ⅳ）	20単位／日	ユニット型を算定。 （Ⅲ）に該当するものであること。
医療連携強化加算	58単位／日	ご利用者が①喀痰吸引の実施②人工呼吸器の使用③中心静脈注射の実施④人工腎臓⑤重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定の実施⑥人工膀胱又は人工肛門の処置⑦経鼻胃管や経腸栄養⑧褥瘡の治療⑨気管切開のいずれかの状態であり、急変の予測や早期発見等のために看護職員による定期的な巡視や、主治医と連絡が取れない等の場合に備えて、事前に対応の取り決めを行った場合。
認知症行動・心理症状 緊急対応加算	200単位／日 （7日間まで）	緊急に短期入所生活介護が必要と医師が判断した場合であって、介護支援専門員、受入事業所の職員と連携し、利用者又は家族の同意の上、指定短期入所生活介護の利用を開始した場合。
若年性認知症 利用者受入加算	120単位／日	受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、特性やニーズに応じたサービス提供を行う場合。
在宅中重度者 受入加算 イ	421単位／日	①当事業所において、当該利用者が利用していた訪問看護事業所に当該利用者の健康上の管理等を行わせた場合。 看護体制加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）イ若しくはロを算定。
在宅中重度者 受入加算 ロ	417単位／日	上記①に加え、看護体制加算（Ⅱ）又は（Ⅳ）イ若しくはロを算定。
在宅中重度者 受入加算 ハ	413単位／日	上記①に加え、看護体制加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）イ若しくはロ及び（Ⅱ）又は（Ⅳ）イ若しくはロをいずれも算定。

在宅中重度者 受入加算 ニ	425 単位／日	上記①に加え、看護体制加算を算定していない場合。
療養食加算	8 単位／回	医師の発行する食事せんに基づき管理栄養士により、入所者の年齢・心身状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われた場合。（糖尿病食・腎臓病食・肝臓病食・胃潰瘍食・貧血食・脾臓病食・高脂血症食・通風食及び特別な場合の検査食）1日3食を限度とし、1食を1回とする。
緊急短期入所 受入加算	90 単位／日 (原則7日間まで)	① 介護を行う方が疾病その他止むを得ない理由により介護を受ける事ができないこと。 ② 居宅サービス計画で当該日に利用することが計画されていないこと。 ③ 担当する居宅支援事業所の介護支援専門員がその緊急利用を認めていること。
送迎加算	184 単位／回 (片道1回)	居宅と当事業所との間の送迎を行う場合。
生産性向上推進 体制加算 (Ⅰ)	100 単位／月	① (Ⅱ)の要件を満たし、(Ⅱ)のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。 ② 見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。 ③ 職員間の適切な役割分担の取組等を行っていること。 ④ 1年以内毎に1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンライン)を行うこと。
生産性向上推進 体制加算 (Ⅱ)	10 単位／月	① 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。 ② 見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。 ③ 1年以内毎に1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提出(オンライン)を行うこと。
看取り連携体制加算	64 単位／日	看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)イ若しくはロを算定。 又は、看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イ若しくはロを算定しており、短期入所生活介護事業所の看護職員により、又は病院・診療所等若しくは本体施設の看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保した場合。看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又は家族に対して当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。
口腔連携強化加算	50 単位／回	事業所の従業員が口腔の健康状態の評価をし、その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評価結果を情報提供した場合に1月に1回限り算定可能。その評価を行うに当たり、歯科訪問診療料の算定実績のある歯科医療機関

		の歯科医又は歯科衛生士が、当該従業員からの相談体制を確保し、その旨を文章等で取り決めていること。
サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）	22単位／日	介護福祉士が80%以上配置されている。又は、 勤続10年以上の介護福祉士を35%以上配置。
サービス提供体制 強化加算（Ⅱ）	18単位／日	介護福祉士が60%以上配置されている場合。
サービス提供体制 強化加算（Ⅲ）	6単位／日	以下のいずれかに該当すること。 ① 常勤職員が75%以上配置されている ② 勤続年数7年以上の者を30%以上雇用 ③ 介護福祉士が50%以上配置されている
長期利用者に対する 短期入所生活介護	▲30単位／日	連続して30日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している場合。（31日～60日まで）
連続61日以上 短期入所生活介護を 行った場合	介護福祉施設サ ービス費の単位 数と同単位数	連続して60日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している場合。（併設型以外）
連続31日以上 介護予防短期入所生 活介護を行った場合	（要支援1） 所定単位数× ▲75% （要支援2） 所定単位数× ▲93%	30日を超えて同一の介護予防短期入所生活介護事業所に入所している場合。
身体拘束廃止 未実施減算	所定単位数× ▲1.0%	身体的拘束等の適正化を図るため、定められた措置が講じられていない場合減算。
業務継続計画 未実施減算	所定単位数× ▲1.0%	感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合。 当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。
高齢者虐待防止措置 未実施減算	所定単位数× ▲1.0%	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合。 適切に実施するための担当者を置くこと。
介護職員等 処遇改善加算（Ⅰ）イ	所定単位数× 16.3%	生産性向上や協働化に取り組む事業者に対する上乗せの加算区分。
介護職員等 処遇改善加算（Ⅰ）ロ	所定単位数× 17.6%	生産性向上や協働化に取り組む事業者に対する上乗せの加算区分。

※ご利用者がまだ要介護・要支援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いったんお支払いただきます。要介護・要支援認定を受けた後、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）。また、居宅サービス計画・介護予防サービス支援計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用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。

※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、ご利用者の負担額を変更します。

(2) 当施設が提供する基準介護外のサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

年金等の所得や居住環境等に応じて負担限度額を設け、負担が軽減されます。「◇当施設の滞在費・食費の負担段階表」の①②③に該当する方は、必ず利用前に各市町村へ申請し「介護保険負担限度額認定証」の交付を受け、利用する施設に提示して下さい。また、年1回再申請が必要となります。

◇当施設の滞在費・食費の負担段階表

	区 分	対 象 者
①	利用者負担第1段階	生活保護受給者、もしくは世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、老齢福祉年金受給者でかつ、預貯金が単身で1,000万円（夫婦で2,000万円）以下の方。
②	利用者負担第2段階	世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、年金収入等（※）の合計が年間82.65万円以下でかつ、預貯金が単身で650万円（夫婦で1,650万円）以下の方。
③	利用者負担第3段階 - 1	世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、年金収入等（※）の合計が82.65万円超～120万円以下でかつ、預貯金が単身で550万円（夫婦で1,550万円）以下の方。
	利用者負担第3段階 - 2	世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で、年金収入等（※）の合計が120万円超でかつ、預貯金が単身で500万円（夫婦で1,500万円）以下の方。
④	利用者負担第4段階	上記以外の方。

（※）公的年金等収入金額（非課税年金を含みます。）＋その他の合計所得金額

※配偶者には事実婚も含みます。

※申請時に通帳などのコピーが必要です。また必要に応じて金融機関などへ照会される場合があります。

※虚偽の申請をした場合は、給付した額に加え最大2倍の加算金（負担軽減額と併せ最大3倍）の納付を求められることがあります。

①食費（1日あたり）

ご利用者に提供する食事の材料及び調理にかかる費用です。

利用者負担第1段階	利用者負担第2段階	利用者負担第3段階	利用者負担第4段階
300円	600円	①1,030円 ②1,360円	1,750円

※利用者負担第4段階のご利用者に関し、1日1食のみ召し上がった時には、800円の負担となります。（1日2食以上召し上がった際は、1,750円いただきます。）

②滞在費（1日あたり）

ご利用者の居住関係に応じた室料及び光熱水費等に係る費用です。

	利用者負担第1段階	利用者負担第2段階	利用者負担第3段階	利用者負担第4段階
ユニット型個室	880円	880円	① 1,370円 ② 1,470円	2,250円
従来型多床室 (空床型)	0円	430円	① 430円 ② 530円	1,160円

※①②における利用者負担 第1～第3段階 認定における負担限度額は、厚生労働省により改正・変更となる場合があります。

③おやつ代： 1日 150円

④特別な食事

ご利用者のご希望等に基づいて特別な食事を提供します。(実費負担)

⑤理髪・美容

移動美容室による出張理髪サービスです。(実費負担)

⑥貴重品・預り金の管理

別途契約書が必要となります。(有料：1日当たり100円)

※事故防止のため貴重品等の持込は原則としてご遠慮いただいております。紛失などの事故発生に対しても一切補償は出来ませんのでご了承ください。

⑦クラブ活動費・材料費

ご利用者の希望により、クラブ活動に参加していただくことができます。

クラブ活動費：実費

⑧複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、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。複写料金：20円／枚

⑨文書発行・各種手続等代行手数料

法令上、施設が義務化されているもの以外の各種文書発行、医療費控除証明書の発行について、1件につき1,000円

※ご利用料の領収書の再発行は原則として行っておりません。

⑩日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品については持ち込んでいただいて結構です。ご契約者からの希望により利用した場合については、次のとおりその費用を負担いただきます。

(ア)口腔ケアに係る用品費

・ 歯ブラシセット 250円／月

(歯ブラシ、歯磨き粉、入歯洗浄剤込み)

・ スポンジブラシ 50円／本

・ 吸引チューブ付ブラシ 800円／本

※上記費用には口腔用ガーゼ代を含みます。

(イ)髭剃り

・ T字カミソリ・シェービングフォーム：50円／回

(ウ)日常消耗品

リンス、シャンプー、ボディソープ、洗顔石鹸、その他必要な消耗品・物品などをご用意しておりますが、当施設でご用意している以外のものを希望の場合は、別途

実費負担となります。

※おむつ代は介護保険給付対象となっていますので負担の必要はありません。

⑪衣服の貸出しサービス

400円／回（回数は入浴回数で数えます）

※衣服の種類や枚数等は回数には関係しません。

※短期入所生活介護のご利用に当たり、破損・紛失等防止の為、私物・衣類（下着など含む）の持込は、自己管理の可能な方以外は原則的にご遠慮いただいています。

⑫行事参加費等

実費負担となります。（交通費・入場料等）

⑬外出時の送迎

施設行事等以外でご本人又はご家族の希望により、職員及び運転手の同行が必要な外出に係るガソリン代・通行料費用は自費負担となります。（ガソリン代の相場は当日の一般平均単価とする）

⑭施設備品又は寝具リース等の破損に係る修繕・弁償費用：実費

⑮ショートステイ連絡ノート代

1冊 100円

⑯電気製品持込料

電気製品1品目につき30円／日

但し、施設備品を使用した場合は電気使用料として30円／日ご負担いただきます。

⑰テレビレンタル料

200円／日（台数に限りがあるため、ご要望にお応えできない場合があります）

⑱通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいで、当事業所のサービスを利用される場合、お住まいから事業実施地域境界の間の送迎費用について、次の費用をご負担頂くことがあります。

・走行費用30円／km

⑲郵便物の郵送・転送料

ご本人またはご家族の希望により、郵便物を郵送・転送した費用の実費

⑳利用料の引き落とし手数料

引落手数料（I-NET）：75円

引落手数料（W-NET）：160円

㉑紙請求書手数料

施設利用料請求書を紙で発行、郵送をご希望の場合 150円／月

☆ 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内容及び理由について、変更を行う1ヶ月前までにご説明します。

（3）利用中の医療の提供について

ご利用中の健康管理のため、診療情報提供書（指定）の提出をお願いしております。

外来受診は、ご家族対応でお願いします。

(4) 利用料金のお支払方法

前記(1)(2)の料金・費用は、月末締めでご利用期間分の費用を計算いたしますので、下記のいずれかの方法でお支払いください。

ア. ゆうちょ銀行(郵便局)による自動振替(毎月25日)

イ. 上記以外の金融機関による自動振替(毎月27日)

ウ. 下記指定口座への振り込み

常陽銀行 阿見支店(支店番号074) 普通 1581395
しゃかいふくしほうじん せいしゅうかい あみ
社会福祉法人 青洲会 阿見こなん
しせつちよう ヤマモト ユウイチ
施設長 山本 有一

☆現金でのお支払いは取扱いしておりません。

☆口座振替手数料及び振込手数料は、ご契約者の負担となります。

☆ご契約者の都合により指定振替日に収納できなかった場合、再振替は致しませんので上記口座へ振込にてお支払い願います。

☆サービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、催告によってもお支払い頂けない場合、やむを得ず契約を解除させて頂く場合があります。

(5) 利用の中止、変更、追加

○利用予定期間の前に、ご利用者の都合により、短期入所生活介護サービス・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。

○利用予定期間が14日以上(現にサービスご利用中の方が、途中で利用中止される場合を含む)で、所定の期日までに取消の申し出がないとき、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。(但しご利用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)

利用予定日(または利用中止日)の7日前迄に申し出があった場合	無 料
利用予定日(または利用中止日)の6日前から2日前迄に申し出の場合	滞在費の30%(30日分を上限)
利用予定日(または利用中止日)前日迄に申し出の場合	滞在費の50%(30日分を上限)

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用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利用者に提示して協議します。

5. 緊急時の対応

短期入所生活介護を実施中にご利用者の病変その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医・ご家族に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告致します。

6. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、ご利用者のご家族、市町村及び居宅介護支援事業

者（担当介護支援員）等へ連絡するとともに必要な措置を講じます。また、事故発生の原因究明と予防の検討を行い、再発防止に努めます。なお、ご利用者に対するサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

7. 非常災害対策

事業者は、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ともに、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、年2回利用者及び従業者等の訓練を行います。

8. 個人情報の保護

利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとします。

当事業所が得た利用者の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとします。

9. 虐待防止について

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。

また、サービス提供中に、従業者又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置

10. その他運営に関する留意事項

- (1) 当事業所は、従業者の資質向上のために研修の機会を設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証、整備します。
- (2) 従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
- (3) 当事業所は従業者が在職中のみならず退職後においても、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、必要な措置を講じるものとします。
- (4) 当事業所は、介護記録を整備し、そのサービスを提供した日から最低5年間は保存するものとします。

11. 介護サービス情報の公表

介護保険は「利用者本位」「高齢者の自立支援」「利用者による選択（自己決定）」を基本理念としております。当事業所は、介護サービス情報の公表により、こうした介護保険の基本理念を現実のサービス利用場面において実現することを支援いたします。

- ・地域にあるすべての事業所について、同じ項目を比較・検討できます。
- ・公表される情報はすべて、いつでも誰でも自由に入手することができます。

- ・家族をはじめ、介護支援専門員や生活相談員などと同じ情報を共有でき、サービス利用における相談がしやすくなります。
- ・事業所が公表している情報と、実際のサービス利用場面で行われる事実が比較できるので、利用しているサービスの状況がいつでも確認できます。
- ・中立性・公平性、調査の均質性を確保するため、都道府県（またはその指定機関等）が実施主体となります。
- ・情報公表アクセス先 <http://www.kaigokensaku.jp/08/>

12. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所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。

○苦情受付窓口 生活相談員 湯原陽子
 長沼歩美
電話 029（879）8588

○受付時間 随時受付

(2) 行政機関その他苦情受付機関

阿見町役場 保健福祉部高齢福祉課	所 在 地：稲敷郡阿見町中央１－１－１ 電話番号：０２９－８８８－１１１１ 受付時間：平日（祝日除く） ８：３０～１７：１５
茨城県国民健康 保険団体連合会	所 在 地：水戸市笠原町９７８番地２６ 電話番号：０２９－３０１－１５６５
茨城県社会福祉協議会	所 在 地：水戸市千波町１９１８番地 電話番号：０２９－２４１－１１３３
美浦村役場 保健福祉部福祉介護課	所在地：美浦村大字受領１５１５ 電話番号：０２９（８８５）０３４０ 受付時間：平日 ８：３０～１７：１５
土浦市役所 保健福祉部高齢福祉課	所在地：土浦市大和町９－１ 電話番号：０２９（８２６）１１１１ 受付時間：平日 ８：３０～１７：１５
牛久市役所 保健福祉部高齢福祉課	所在地：牛久市中央３－１５－１ 電話番号：０２９（８７３）２１１１ 受付時間：平日 ８：３０～１７：１５
龍ヶ崎市役所 福祉部福祉総務課	所在地：龍ヶ崎市３７１０ 電話番号：０２９７（６４）１１１１ 受付時間：平日 ８：３０～１７：１５
稲敷市役所 保健福祉部高齢福祉課	所在地：稲敷市犬塚１５７０－１ 電話番号：０２９（８９２）２０００ 受付時間：平日 ８：３０～１７：１５

つくば市役所 福祉部高齢福祉課	所在地：つくば市研究学園 1-1-1 電話番号：029(883)1111 受付時間：平日 8:45～16:30
かすみがうら市役所 保健福祉部介護長寿課	所在地：かすみがうら市上土田 461 電話番号：0299(59)2111 受付時間：平日 8:30～17:15

13. サービスの第三者評価の実施状況について

事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

第三者による評価 の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

指定短期入所生活介護サービス・指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、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 阿見こなん 短期入所生活介護

説明者氏名

印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービス・指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

ご利用者住所 _____

氏 名 _____ 印

ご家族住所 _____

氏 名 _____ 印

