

重要事項説明同意書

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 ときわの杜

【 目 次 】

ページ

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 職員の配置状況等	3
4. 居室等の概要	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 緊急時等における対応方法	5
7. 当施設における苦情の受付先	5
8. 施設利用の留意事項	6
9. 非常災害対策	6
10. 事故発生時の対応	7
11. 身体拘束の禁止	7
12. 高齢者虐待の防止、尊厳の保持	7
【 サービス料金表 】	8
【 利用時に持参するもの及び諸注意 】	9

当施設は、介護保険の指定を受けています。
(茨城県指定 第0871500039号)

当事業所は、ご利用者に対して指定介護予防短期入所生活介護を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容等ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 ときわの杜
- (2) 法人所在地 茨城県北茨城市関本町福田1875番地の1
- (3) 電話番号 0293(46)0631
- (4) 代表者氏名 理事長 山形 耕
- (5) 設立年月日 昭和44年12月15日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防短期入所生活介護事業所
平成12年1月31日指定 茨城県第0871500039号
※当事業所は特別養護老人ホームときわの杜に併設されています。
- (2) 事業所の目的 社会福祉法人ときわの杜指定介護老人福祉施設ときわの杜が開設するときわの杜指定介護予防短期入所生活介護の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するため人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態にある高齢者に対して、適正な指定介護予防短期入所生活介護を提供することを目的とします。
- (3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム ときわの杜
- (4) 事業所の在り地 茨城県北茨城市関本町福田1875番地の1
- (5) 電話番号 0293(46)0631
- (6) 事業所長（管理者）氏名 岸 秀明
- (7) 事業所の運営方針 要支援状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。
- (8) 入所定員 5 名
- (9) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	月～土 8:30～17:00

3. 職員の配置状況等

職 種	員 数	職 務 内 容
事業所長（管理者）	1 名	事業所の管理及び運営に関する業務を掌理し、所属職員を指導・監督する。
介護・看護職員	60 名	日常生活上の介護・看護、健康管理や健康保持のための相談・助言、療養上の世話をを行います。
生活相談員	2 名	利用者及びその家族に対しての相談、助言等適切な援助を行います。
医 師	2 名 (非常勤)	健康管理及び療養上の指導を行います。
機能訓練指導員	1 名 (非常勤)	利用者の能力に応じた機能訓練の実施、指導を行います。
介護支援専門員	2 名 (兼務)	サービス計画（ケアプラン）の作成に関する業務を行います。
管理栄養士	2 名	献立表及び実施献立表の作成による食事の提供を行います。
そ の 他		その他の職種及び上記職種、員数については、・厚生省令養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設置及び運営に関する基準に準拠する。

4. 居室等の概要

居室の種類	室 数	※食堂、浴室、機能訓練室等は特別養護老人ホームと共有
個 室	3 室	
2 人部屋	1 室	

5. 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サービス
② 利用料金の全額又は一部を利用者に負担いただくサービス |
|--|

（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、各区市町村より発行される介護保険負担割合証に基づく介護保険給付額が給付されます。

《 サービスの概要 》

①食事（但し、食材料費は別途いただきます）

- ・当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・自立支援のため離床し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 7:30～

昼食 12:00～

夕食 18:00～

②入浴

- ・入浴は週2回行い、自由浴を週1回設けています。また、健康状態に応じて清拭も行います。
- ・ご利用者の身体機能に応じて、特殊浴槽を使用し入浴することができます。

③排泄

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

④機能訓練

- ・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。

⑤送迎サービス

- ・ご利用者の希望により、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。(平日 9:00～17:00)

⑥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、適切な整容が行われるよう援助します。

《 サービス利用料金（1日あたり） 》

別記載の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金（自己負担額）をお支払い下さい（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度や減額措置等によって異なります。）。また、事業所の体制変更及び利用者の身体状況の変化等によって加算内容が変更される場合がございますので、ご了承願います。

☆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、ご利用者の負担額を変更します。

☆ご利用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（保険給付額を含めた額）をいったんお支払いいただきます。要支援又は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）。また、居宅サービス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。

☆ご利用者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。「下記（2）①参照」

☆送迎について車輛の配車等の状況によりできないこともあります。また、日曜日の送迎についてはご家族等をお願いします。その際の受付時間は 8:30～17:00の間とさせていただきます。

（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、利用料金の全額又は一部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〉

①食事の材料の提供（食材料費）

- ・ご利用者に提供する食事の材料費に係る費用です。

料金：1日あたり 1,445円（朝食：405円 昼食：520円 夕食：520円）

※療養食を提供する場合：1食あたり 8円（対象者のみ別途加算）

②理髪・理容

・月に1回、理美容師の出張による理美容サービス。

利用料金：理髪代 カット2,000円（実費：実施業者都合により変動あり）

美容代 カット2,000円（実費：〃）

③複写物の交付

・ご利用者は、サービス提供についての記録を閲覧できますが、複写物を必要とする場合には費用をご負担いただきます。

1件につき 100円

☆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。その場合には事前に変更内容等をご説明します。

（3）利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）の料金・費用は、退所時にご請求しますので、その場でお支払いいただくか、当施設窓口（事務所）へ退所日から一週間以内に現金にてお支払いください。

6．緊急時等における対応方法

指定介護予防短期入所生活介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合、もしくは必要な場合、速やかに主治の医師又はあらかじめ当施設が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。その際、ご家族等への連絡も速やかに行います。

①協力医療機関

医療機関の名称 北茨城市民病院

所在地 北茨城市関本町関本下1050番地

主な診療科 内科、外科、脳神経外科、整形外科、泌尿器科、歯科口腔外科等

②ご利用中の医療機関への受診についての送迎及び付き添いは、原則としてご家族等が対応して戴くようお願いします。

③17時から翌朝8時30分までは施設代表電話番号への着信はメッセージ対応となります。その時間帯のご家族等への連絡は、「090-9241-3577」もしくは「090-9241-4068」の携帯電話も併用します。当施設代表番号「0293-46-0631」の他に携帯電話番号もお控えいただき、緊急時にはご家族等へ連絡が取れるように協力体制を整えてご利用ください。

7．当施設における苦情の受付先

○受付窓口（担当者）

職氏名 施設長 ： 岸 秀明

相談員 ： 鐵 泰明、 鈴木 美和

介護支援専門員： 小川 美由紀

○電話番号 0293（46）0631

○受付時間 毎週 月曜日 ～ 金曜日 9：00 ～ 17：00

○行政機関その他苦情受付機関

北茨城市役所高齢福祉課	茨城県北茨城市磯原町磯原 1630 TEL0293(43)1111
高萩市役所高齢福祉課	茨城県高萩市春日町 3-10 TEL0293(22)0080
茨城県国民健康保険団体連合会	茨城県水戸市笠原町 978-26 TEL029(301)1550
茨城県社会福祉協議会	茨城県水戸市千波町 1918 TEL029(241)1133
いわき市役所介護保険係	福島県いわき市平字梅本 21 TEL0246(22)7616
福島県国民健康保険団体連合会	福島県福島市中町 3-7 TEL024(523)2702
福島県社会福祉協議会	福島県福島市渡利字七社宮 111 TEL024(523)1251

8. 施設利用の留意事項

当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。

(1) 持ち込みの制限

- ・危険物（煙草、ライター、マッチ、鋭利なハサミ、刃物類等）
- ・飲食物（生もの、腐敗しやすい食品等、アルコール類）は、原則としてご遠慮していただいておりますが、少量で保存のできるお菓子類は構いません。必ず、担当の介護職員にお知らせ下さい。
- ・電化製品はご相談下さい。

(2) 面会

- ・利用者への面会は、必ず事前に電話連絡をいただき規定の時間内をお願いいたします。なお、防犯上、安全確保のため17時から翌朝8時30分までの時間帯、玄関は施錠しております。また、その時間帯施設代表電話番号はメッセージ対応となります。緊急の御用どうしても利用者もしくは当施設職員へ連絡を取りたい場合は、夜間緊急時連絡先「090-9241-3577」、「090-6700-8627」、「090-9241-4068」へご連絡ください。

(3) 喫煙

- ・施設内は禁煙となります。所定の喫煙場所及び喫煙時間以外は堅くお断りします。

(4) 迷惑行為等

- ・騒音等他の利用者の迷惑となる行為はご遠慮願います。又、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにして下さい。
- ・施設内で他の利用者に対する宗教・政治活動又は営利活動は行うことはできません。

(5) 施設・設備の使用上の注意

- ・居室及び共用施設、設備器具はその本来の用途に従って利用して下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合には、ご利用者の自己負担により、賠償していただく場合があります。

9. 非常災害対策

施設は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連

絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、従業者等の訓練を行います。

10. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、身元引受人、居宅介護支援事業所担当介護支援専門員、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。また、緊急時には当施設代表電話番号「0293-46-0631」以外にも、下記携帯電話番号から連絡を差し上げることがありますので、ご家族等指定の連絡先となっていられる方は、代表電話番号にあわせてご登録をお願いします。

【 代表電話番号 】

0293-46-0631

【 緊急対応時携帯電話番号 】

① 090-9241-3577

② 090-6700-8627

③ 090-9241-4068

11. 身体拘束の禁止

原則として、ご契約者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前にご契約者及び身元引受人等へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際のご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。

12. 高齢者虐待の防止、尊厳の保持

ご契約者の人権の擁護、虐待の防止のために、研修等を通して従業員の人権意識や知識の向上に努め、ご契約者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。また、ご契約者の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のための指針を作成し、定期的に従業者教育を行います。

【 サービス料金表 】

令和6年8月1日改定 (単位:円)

1. 施設サービス利用料金

		要支援1	要支援2
従来型個室	1割負担	553	678
多床室	1割負担	553	678

2. 食費に係る自己負担額(保険外) 朝食:405円 昼食:520円 夕食:520円

利用者負担額 第1段階	300
利用者負担額 第2段階	600
利用者負担額 第3段階①	1,000
利用者負担額 第3段階②	1,300
利用者負担額 第4段階	1,445

3. 滞在費に係る自己負担額(保険外)

	従来型個室	多床室
利用者負担額 第1段階	380	0
利用者負担額 第2段階	480	430
利用者負担額 第3段階①	880	430
利用者負担額 第3段階②	880	430
利用者負担額 第4段階	1,231	915

・従来型個室を利用の場合:自己負担額合計(1+2+3) ※負担割合証:1割負担の方

	要支援1	要支援2
利用者負担額 第1段階	1,233	1,358
利用者負担額 第2段階	1,633	1,758
利用者負担額 第3段階①	2,433	2,558
利用者負担額 第3段階②	2,733	2,858
利用者負担額 第4段階	3,229	3,354

・多床室を利用の場合:自己負担額合計(1+2+3) ※負担割合証:1割負担の方

	要支援1	要支援2
利用者負担額 第1段階	853	978
利用者負担額 第2段階	1,583	1,708
利用者負担額 第3段階①	1,983	2,108
利用者負担額 第3段階②	2,283	2,408
利用者負担額 第4段階	2,913	3,038

※その他加算(対象者のみ)

送迎加算:片道184単位

療養食加算:一食につき8単位

緊急短期入所受入加算:原則入所7日間まで一日90単位

※各区市町村より発行される介護保険負担割合証に基づき、2割負担の方は上記サービス利用料金が2倍、3割負担の方は3倍となります。

【 ご利用の際持参いただくもの及び諸注意 】

- ◎服用している薬剤（薬局から発行された薬剤の説明書もしくはお薬手帳をお預けください）。
不足なく必要回数分の薬剤をご用意願います。処方変更の際は、随時お知らせ願います。
- ◎衣類、介護シューズ等上履き、歯ブラシ、コップ（プラスチック製のもの）。ボックスティッシュ、義歯洗浄剤を使用の方はご持参ください。
- ◎日常着、下着については、原則私物持参となりますが、施設で用意できるものもありますのでご相談下さい。持参する衣類には、必ずお名前をフルネームにてご記入ください。ご記名がないものについては、施設でお名前を記入させていただくことをご了承願います。
- ◎原則としてお預かりした衣類の洗濯はいたしません。排泄物等により汚染が強度のものにつきましても、洗濯させていただく場合もございますので、あらかじめご了承ください。
- ◎テレビは、各室に1台用意しております（視聴無料）。
- ◎嚥下困難補助食品（トロミ剤）をご使用になっている方は、ご自宅で使用のものを必要量持参願います。
- ◎医療処置が必要な方は、使用する衛生用品（ガーゼ、テープ等）をご持参ください。
- ◎オムツ類は、施設で用意してあるメーカー、種類（紙オムツ、リハビリパンツ、尿取りパッド等）については施設で提供いたしますが、その他利用者様ご指定のものはご持参ください。
- ◎寝具類については施設で用意しますが、特別ご本人又はご家族が必要と思われるときは、毛布等ご持参戴いても結構です。尚、電気毛布の持ち込みに関しましてはご相談願います。また、高齢者における使い捨てカイロ、湯たんぽ使用による低温火傷発生が時折ございます。ご利用中の使い捨てカイロ、湯たんぽのご使用はお控え願います。
- ◎整容のため男性の方は電気カミソリ、女性の方はヘアブラシをご持参ください。
- ◎おやつは持ち込みとなりますが、なま物等時節によって腐敗しやすい食物はご遠慮いただき、必ず持ち込みに関し職員に伝えてください。なお、持参した飲食物は全てご利用中職員管理とさせていただきます、居室内への持ち込みは禁止となります。

令和 年 月 日

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等の説明を行いました。

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 ときわの杜

説明者職名： _____ 氏 名： _____ ㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項等の説明を受け、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いたしました。

利用者 住 所： _____

_____ 氏 名： _____ ㊞

代理契約者 住 所： _____

_____ 氏 名： _____ ㊞

_____ 電 話： _____