

# 「指定短期入所生活介護」重要事項説明書

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0873100275号)



当事業所はご契約者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

## 1. 事業者

- |           |                           |
|-----------|---------------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 明秀会                |
| (2) 法人所在地 | 茨城県東茨城郡茨城町若宮字向ヒ 3 9 3 - 6 |
| (3) 電話番号  | 0 2 9 ( 2 9 3 ) 6 6 1 7   |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 沼田 仁                  |
| (5) 設立年月日 | 平成 4 年 1 2 月 2 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 11 年 12 月 22 日<br>指定 茨城県 第 0873100275 号<br>☆ 当事業所は特別養護老人ホームときわ木園に併設されています。   |
| (2) 事業所の目的  | 指定短期入所生活介護は、介護保険法令に従い、ご契約者（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を目的として、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、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 ときわ木園   |
| (4) 事業所の所在地 | 茨城県東茨城郡茨城町若宮向ヒ 3 9 3 - 6  |
| (5) 電話番号    | 0 2 9 ( 2 9 3 ) 6 6 1 7   |
| (6) 事業所長氏名  | 沼田 仁  |
| (7) 開設年月日   | 平成 5 年 9 月 3 日  |

## 日及び営業時間

営業日	年中無休
サービス受付時間	8時～20時

## (9) 当事業所の運営方針

- ① 利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を妥当適切に行うものとしします。
- ② 短期入所生活介護の提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行うものとしします。
- ③ 短期入所生活介護の提供にあたっては、当該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緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとしします。
- ④ 事業者は、自らその提供する短期入所生活介護の質の評価を行い、常にその改善を行うものとする。

(10) 利用定員 10人

## (11) 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。  
利用される居室は、原則として4人部屋ですが、2人部屋の利用をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。  
(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望にそえない場合もあります。)

居室・設備の種類	室数
1人部屋	2室
4人部屋	12室
合計	14室
食堂	1室
機能訓練室	1室
浴室(一般浴・リフト浴・機械浴)	2室
医務室	1室
看護室	1室
静養室	1室

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定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】

事業所長（管理者）1名、介護職員2名、生活相談員1名、機能訓練指導員1名

医師1名、栄養士1名、

☆ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

#### 【主な職員の勤務体制】

職種	勤務体制
介護職員	早番；7：00～16：00 日勤；8：30～17：30 遅番；10：00～19：00 夜勤；17：00～9：00
看護職員	早番；7：00～16：00 日勤；8：30～17：30
医師	毎週土曜日 14：00～17：00
機能訓練指導員	随時

#### 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、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合

(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

##### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス《契約書第4条参照》

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

##### 【サービスの概要】

##### ① 食事（但し、食費は別途いただきます。）

- ・ 当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約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事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

- ・ 入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・ 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。

##### ③ 排泄

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

##### ④ 送迎

- ・ 居宅と事業所間の送迎を行います。

##### ⑤ レクリエーション

- ・ 職員や外部ボランティア等によるレクリエーションを定期的を実施します。

##### ⑥ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご契約者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

##### ⑦ その他自立への支援

- ・ 寝たきり防止の為、できるかぎ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、適切な整容が行われるよう援助します。

##### ⑧ 全館禁煙 契約者の敷地内での喫煙は出来ません。

【サービス利用料金（1日あたり）】《契約書第8条参照》

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい。

(サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度によってことなります。)

1 ご契約者の要介護度とサービス利用料金	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
	6,030 円	6,720 円	7,450 円	8,150 円	8,840 円
2 うち介護保険から給付	5,427 円	6,048 円	6,705 円	7,335 円	7,956 円
3 自己負担額 (1-2)	603 円	672 円	745 円	815 円	884 円
4 食事にかかる自己負担額	1 日 1,600 円 (朝 340 円 昼 630 円 夕 630 円)				
5 居室負担額	1 日 915 円				
6 サービス提供体制強化加算Ⅲ	1 日 6 円				
8 合 計 (3+4+5+6)	3,128 円	3,197 円	3,270 円	3,370 円	3,409 円

自己負担 1 割の場合

自己負担 2 割の場合

1 ご契約者の要介護度とサービス利用料金	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
	6,030 円	6,720 円	7,450 円	8,150 円	8,840 円
2 うち介護保険から給付	4,824 円	5,376 円	5,960 円	6,520 円	7,072 円
3 自己負担額 (1-2)	1,206 円	1,344 円	1,490 円	1,630 円	1,768 円
4 食事にかかる自己負担額	1 日 1,600 円 (朝 340 円 昼 630 円 夕 630 円)				
5 居室負担額	1 日 915 円				
6 サービス提供体制強化加算Ⅲ	1 日 12 円				
7 合 計 (3+4+5+6)	3,741 円	3,879 円	4,025 円	4,165 円	4,303 円

### 自己負担 3 割の場合

1 ご契約者の要介護度とサービス利用料金	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
	6,030 円	6,720 円	7,450 円	8,150 円	8,840 円
2 うち介護保険から給付	4,221 円	4,704 円	5,215 円	5,705 円	6,188 円
3 自己負担額 (1-2)	1,809 円	2,016 円	2,235 円	2,445 円	2,652 円
4 食事にかかる自己負担額	1 日 1600 円 (朝 340 円 昼 630 円 夕 630 円)				
5 居室負担額	1 日 915 円				
6 サービス提供体制強化加算Ⅲ	1 日 18 円				
7 合 計 (3+4+5+6)	4,342 円	4,549 円	4,768 円	4,978 円	5,185 円

☆ 送迎を希望される場合には、片道 1840 円(自己負担額：184 円)をお支払い下さい。但し 2 割負担の方は 368 円、3 割の方は 552 円となります。

☆ 介護職員処遇改善加算Ⅱ：1 ヶ月の利用分に 13.6%を掛けた金額

☆ 科学的介護推進体制加算：40 円/月

☆ 認知症行動・心理症状緊急対応加算（7 日上限）：200 円

☆ 若年性認知症入所者受入加算：120 円

☆ 療養食加算：23 円/回

☆ 夜勤職員配置加算（Ⅰ）：13 円/日

☆ 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）100 円/月 （Ⅱ）10 円/月

☆ ご契約者に提供する食事にかかる費用は別途いただきます。

（下記（2）①参照）

※ご契約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をいったんお支払いいただきます。経過的要介護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、ご契約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。

※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、ご契約者の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス《契約書第 5 条、第 8 条参照》

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

### 【サービスの概要と利用料金】

① 特別な食事（酒・菓子代を含みます。）

ご契約者のご希望にもとづいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

行事食（誕生会を含む）：1回あたり 500 円（通常の食事と別請求）

② 美容

月1回、美容師の出張による美容サービス（調髪）をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり 1500 円

③ レクリエーション、クラブ活動

レクリエーションやクラブ活動（書道、生け花、カラオケ、お楽しみクラブ）に参加していただくことができます。

参加利用料金：教養娯楽費として実費

1月	新年会	5月	ミニ遠足	9月	敬老会
2月	節分	6月	買物の日	10月	買物イベント
3月	ひな祭り	7月	七夕	11月	運動会
4月	お花見	8月	夏祭り	12月	クリスマス会

④ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。（歯ブラシ、歯磨き粉など）

☆ おむつ代は介護保険給付対象となっておりますのでご負担の必要はありません。

☆ テレビ等を居室にて視聴される場合、電気毛布等居室で使用される場合。

電気代：1日 50 円

☆ 医療的処置が必要な方でガーゼ等ご持参いただけない場合。

ガーゼ代：1回 10 円

⑤ ご契約者の移送にかかる費用

ご契約者の緊急時の受診等、移送のサービスを行います。（看護師同行）

利用料金：1回のご利用につき片道 2500 円

20km以上の場合片道 5000 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。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1ヶ月前までに説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法《契約書第8条参照》

前記(1)(2)の利用料金・費用は、各月末ごとに計算しご請求しますので、翌月20日又は翌月27日までに以下の方法でお支払いください。

【支払い方法】	自動振替サービス
【委託先】	水戸信用金庫 I-NE T代金回収サービス ※1
【請求締結日】	月末日
【振替日】	翌月20日
【手数料】	77円 ご家族負担
【通帳印字】	トキワギエン

※1 I-NE T代金回収サービス お取り扱い金融機関

- 常陽銀行 ■ 筑波銀行 ■ 水戸信用金庫
- 結城信用金庫 ■ 茨城県信用組合 ■ 農協

(4) 利用の中止、変更、追加《契約書第9条参照》

- ・ 利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、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。この場合にはサービスの実施日前日までに事業所に申し出て下さい。
- ・ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として次記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご契約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。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10% (自己負担額相当額)

- ・ 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契約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契約者に提示して協議します。
- ・ ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に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。

## 5. 定期的な巡回・安否確認の方法について

原則として下記のシステムを利用して見守りを行います。

aams（バイオシルバー製非接触型センサー）、aams（カメラ）は、ご契約者のベッド上での①睡眠②覚醒③起き上がり④離床⑤呼吸数の状態を把握することができるシステムです。aamsは、ケアスタッフが携帯しているタブレット端末、ヘルパステーションのPCと連動しており、随時ご契約者の状態を確認することが可能です。

ご契約者がベッドから離床し、居室、共有部等で過ごされている場合には、訪室し目視にて安否の確認を行います。

ご契約者に体調の変化がみられている際には、aamsだけでなく、必要に応じて訪室し、利用者の状態の確認及び必要なケアを行います。

※必要な方には別途センサーを使用し安全に配慮いたします。

## 6. 非常災害対策について

施設サービス提供中に、天災その他の災害が発生した場合、職員は利用者の避難等適切な措置を講じるものとします。また、管理者は消火設備、非常放送設備等非常時に備えて必要な設備を設けるとともに、非常災害に対する消防計画、避難計画等を立てて、職員及び利用者が参加する訓練を定期的実施致します。

## 7. 事故発生時の対応について

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、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。

## 8. 苦情の受付について《契約書第23条参照》

### (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（責任者） 施設長 沼田 仁  
 （担当者） 生活相談員 太田 法美

受付時間 随時

また、苦情・ご意見箱を受付に設置しています。

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

茨城県保健福祉部 長寿福祉課 地域ケア推進室	所在地 電話番号 F A X	茨城県水戸市笠原町978-6 029(301)3334 029(301)3348
茨城町役場 長寿福祉課	所在地 電話番号 受付時間	茨城県東茨城郡茨城町小堤1080 029(292)1111 8:30~17:15
茨城県 国民健康保険 団体連合会	所在地 電話番号 F A X	茨城県水戸市笠原978-26 029(301)1565 029(301)1579
茨城県 社会福祉協議会 (福祉相談)	所在地 電話番号 F A X	茨城県水戸市千波町1918 029(241)1133 029(241)1434
水戸市役所 介護保険課	所在地 電話番号	茨城県水戸市中央1丁目4-1 029(224)1111
大洗町役場 福祉課	所在地 電話番号	茨城県大洗町磯浜町6881-275 029(267)5111
鉾田市役所 介護保険課	所在地 電話番号	茨城県鉾田市鉾田1444-1 0291(33)2111
ひたちなか市役所 介護保険課	所在地 電話番号	茨城県ひたちなか市東石川2丁目10-1 029(273)0111
小美玉市役所 介護福祉課	所在地 電話番号	茨城県小美玉市堅倉835 0299(48)1111

(3) 苦情解決第三者委員会

評議員 大山 宏治 電話番号 090-1540-0510

評議員 宇佐美昌子 電話番号 029-292-1349

公平・中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

9. 協力医療機関等について

施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入居者の状態が急変した場合などには、速やかに対応をお願いするようになっています。

・協力医療機関

医療法人 古宿会

水戸中央病院 院長 大河内 信弘

〒311-1135 茨城県水戸市六反田町1136番地1号

電話番号 029-309-8600

・神田歯科医院 院長 神田 稔

〒310-0836 茨城県水戸市元吉田町94番地5号

電話番号 029-248-7560

10. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により入居者に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。ただし、損害の発生について、入居者に故意又は過失が認められた場合に於いて、入居者の置かれた心身の状態等を斟酌し減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。又は、その損害の賠償を請求できるものとします。

指定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。

指定短期入所生活介護事業所 ときわ木園

説明者職名 生活相談員

氏 名 太田 法美

私は、本書面に基づいて事業者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の提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者住所

氏 名

家族又は代理人

住 所

氏 名

