「指定短期入所生活介護（老人短期入所事業）」

「指定介護予防短期入所生活介護（介護予防老人短期入所事業）」

重　要　事　項　説　明　書

令和６年　８月　１日現在

１．事業の目的

事業者は、介護保険法令の趣旨に従い、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、利用者に対し、その日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等を使用させるとともに、短期入所生活介護サービスを提供します。

当サービスの利用は、要介護認定等の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護等の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。

２．施設経営法人の概要

法人名	社会福祉法人　木犀会
所在地	茨城県笠間市鯉淵６２６６－１８５
代表者役職・氏名	理事長　木　村　秀　樹

３．事業所の概要

事業所名	特別養護老人ホーム　はぎの郷
所在地	茨城県水戸市酒門町２９４６番３
介護保険事業所番号	第0870103553号
実施地域	水戸市及び水戸福祉圏域
管理者及び連絡先	施設長　高橋　宗徳　　TEL　０２９－２９１－　７７８０
入所定員	１０名

４．事業所の職員体制等

職種	従事するｻｰﾋﾞｽ種類・業務	人員（特養・短期合計）	勤務体制
施設長	入居者・業務の管理	１名	８：３０～１７：３０
事務長	施設長の補佐	１名	８：３０～１７：３０
医師	健康管理	１名（非常勤）	※１
生活相談員	各種相談・サービス評価	１名	８：３０～１７：３０
看護職員	健康管理	４名	６：３０～１５：３０ ７：３０～１６：３０ ８：３０～１７：３０ ９：３０～１８：３０ １２：３０～２１：３０ ２１：３０～翌６：３０
介護職員	入浴・排泄・食事等介助	２０名以上	
栄養士	食事管理	１名	６：００～１５：００ ８：３０～１７：３０ ９：００～１８：００ １１：００～２０：００
調理員	食事調理	６名	
介護支援専門員	サービス計画書の作成	１名	８：３０～１７：３０
事務員	庶務・会計等	１名	８：３０～１７：３０

※１　８回以上／月（13：30～15：30）

（上記時間については若干の変更があることがございます。）

５．設備の概要

室　名	室　数	備　　考
居　室	個室　１０室	ユニット型個室
食堂・居間・談話コーナー	１室	各ユニットにあります
浴　室	３箇所	個浴・中間浴室１ 機械浴室２（寝台１、イス１）
ユニットトイレ	３箇所	車椅子対応
食堂・談話	１箇所	
キッチン	１箇所	
医務室	１箇所	兼用
相談室	１室	兼用
洗濯室	１室	
厨房	１箇所	兼用
その他	７室	脱衣室１、ユーティリティ１

６．サービス内容

① 食事

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利用者の身体の状況や嗜好を考慮した食事を提供しユニット食堂にて食事をおとりいただきます。

（朝食 7:30～9:30　　昼食 12:00～14:00　　夕食 18:00～20:00）

※上記時間は目安の時間です。

② 入浴

週2回以上可能です。

ご利用者の身体状況に合わせて個浴、イス型浴槽、寝台型浴槽など適宜選択して行います。

健康の状態により入浴できない方には清拭を行います。

③ 排泄　　ご利用者の身体機能を最大限に生かした援助をいたします。

④ 健康管理　　医務室にて診療を受けることができます。(嘱託医師診察日のみ)

⑤ 理容･美容　　理容サービスを実施しております。(料金は自己負担)

⑥ レクリエーション　　ご利用者の状況によって定期的に実施しております。

７．利用者負担

○利用者の方からいただく負担内訳は、下記のとおりとなっております。

介護報酬に係る利用者基準単位数及び利用内容により異なる加算単位数

区　分	単　位	備　考
ご利用者の要介護度と サービス基準単位数	要支援1　529 要支援2　656 要介護1　704 要介護2　772 要介護3　847 要介護4　918 要介護5　987	1日当たりの基準単位数
看護体制加算Ⅰ	1日　4	介護給付のみ
夜勤職員配置加算Ⅱ	1日　18	介護給付のみ
緊急短期入所受入加算	1日　90	介護給付･対象者のみ
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1日　6	

送迎加算	1回184	片道1回あたり
機能訓練指導体制加算	1日　12	
療養食加算	1日　23	対象者のみ
個別機能訓練加算	1日　56	
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	13．6％	加算合計単位×13．6％

＊上記加算については、支援体制の状況により変更する場合があります。
＊上記加算については、該当する加算のみ算定いたします。
＊1単位＝10.55円《地域加算(水戸市の場合5級地)により》で算定いたします。
＊介護保険における負担割合は1割、2割、3割の負担割合に応じて算定いたします。

（４）滞在費・食費の利用者負担額

滞在費と食費の利用負担額については、下表のとおりになります。ただし利用者負担第１段階から３段階の減免に関しては負担限度額認定を受けている場合にのみ適用となり認定証に記載している負担限度額となります。　［単位：円］（１日当たり）

<table>
<tr><th colspan="2">対象者</th><th>区分</th><th>滞在費</th><th>食　費</th></tr>
<tr><td colspan="2">生活保護受給者</td><td rowspan="2">利用者負担第１段階</td><td rowspan="2">８８０</td><td rowspan="2">３００</td></tr>
<tr><td rowspan="4">市町村民税非課税世帯</td><td>老齢福祉年金受給者</td></tr>
<tr><td>課税年金収入額と合計所得金額の合計が８０万円以下の方</td><td>利用者負担第２段階</td><td>８８０</td><td>６００</td></tr>
<tr><td rowspan="2">利用者負担第２段階以外の方</td><td>①利用者負担第３段階</td><td rowspan="2">１，３７０</td><td>１，０００</td></tr>
<tr><td>②利用者負担第３段階</td><td>１，３００</td></tr>
<tr><td colspan="2">上記以外の方</td><td>利用者負担第４段階</td><td>２，０６６</td><td>１，４４５</td></tr>
</table>

(5)その他のサービスの概要と利用料金について

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。

①理容･美容費

月に1回程度出張による調髪サービスをご利用いただけます。

利用料金　カット代　　２，２００円

リクライニング　３，３００円
カット代

（他パーマ、毛染めについても別料金により可能です。）

②教養娯楽費

ご利用者のご希望によりレクリエーションやクラブ活動等に積極的に参加していただくことができます。

利用料金　材料費は自己負担となります。

③おやつ代　　日額100円

(6)サービス提供以外に関わる費用

①私物洗濯代

ご利用者又は、ご家族の希望によりクリーニング依頼の申し出があった場合は、自己負担となります。

②趣味的活動に要した費用

ご利用者の趣味的活動に関した材料等の費用は自己負担となります。

③日常生活費

日常生活上、ご利用者又はご家族のご希望により嗜好に基づく日用品については自己負担していただくことが適当であるものに係る費用をご負担していただきます。

（例）化粧品、オブラート、健康食品等、マッサージ、訪問販売等居室内でご利用者のご希望で選択された日用品等についてはご家族と相談し同意を得た上で対応いたします。

④電気製品持込使用料

全室個室のためご利用者の希望により必要とされる電気製品使用料は自己負担となります。

電気製品1品あたり　日額30円

※レンタル用テレビを用意しています。(台数に限りあり)　レンタル代　1台　100円/日

(7)支払方法

毎月１日～月末で利用料を計算し、ご利用者から指定された金融機関より翌月27日に自動引落しとなります。土日祝日の場合は、翌営業日に引落しとなります。

(8)利用の中止、変更、追加

利用予定期間前に、ご利用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、若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、サービスの実施日の前日までに、事業者に申し出て下さい。

ご利用者が、利用開始日に利用の中止の申し出た場合は、取消料として下記の当日の利用料金の10％(自己負担額)をお支払いいただきます。

但し、利用者ご本人の体調不良等、正当な事由がある場合は、この限りではありません。

また、ご利用者がサービスを利用している期間でも、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。

8．サービス利用に当たっての留意点

①　面会時間　　面会時間は、制限がありません。
但し、夜間は21:30から翌午前6:00までは施錠させていただきますので、夜間・早朝の面会については、事前にご相談ください。
※来訪者は、必ず職員に申し出て下さい。
※来訪される場合、食品等の持込みは必ず職員に申し出てください。

②　外出・外泊　　外出・外泊をされる場合は、事前にお届けください。

③　喫煙　　喫煙は、指定の場所以外ではご遠慮ください。

④　設備の利用　　居室及び共用施設、敷地をその本来の用途にしたがって利用してください。

⑤　所持品の持ち込み　　持ち込めないものもありますので、事前にご相談ください。

⑥　病院受診について　　ご利用期間中の受診については、ご家族の対応となります。

⑦　その他　当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動営利活動を行うことはできません。

9．緊急時の対応方法

サービス提供にあたり、事故・体調の急変等が生じた場合は、家族、救急機関等に連絡します。事故対策マニュアルに従い、緊急連絡等を行います。またご利用者に対し健全な環境の下で安全と安心に重点をおき、住まいとしての環境を整え入所者の心身の状況を十分に把握した上で、従事者一人一人が万全の注意と配慮を行い、事故防止に努めます。

10.秘密保持

事業者及びサービス従事者は、(介護予防)短期入所生活介護サービスを提供するうえで知り得たご利用者またはその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、契約が終了した後も継続します。

事業者は、ご利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

11.損害賠償責任

(1)損害賠償責任

事業者は、契約に基づくサービスの実施にともなって、自己の責に帰すべき事由によりご利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。

ただし、ご利用者に故意または過失が認められる場合には、入所者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、損害賠償責任を減じることができるものとします。

(2)損害賠償がなされない場合

事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

① 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合
② 利用者がサービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合
③ 利用者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスに起因しない事由にもっぱら起因して損害が発生した場合
④ 利用者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合

12. 協力病院等

名　称	特定医療法人　古宿会　水戸中央病院
代表者	院長　大河内　信弘
科　目	内科、整形外科、消化器科、循環器科、精神科、外科　等
所在地	茨城県水戸市六反田１１３６－１
連絡先	０２９（３０９）８６００

13. 非常災害対策
施設の消防計画書に沿って、定期的に防災訓練を実施いたします。

14．相談窓口、苦情の対応
サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

苦情解決責任者	施　設　長	高橋　宗徳
苦情受付担当者	生活相談員	吉田　大祐
第三者委員	木犀会監事	小松﨑　朋子 0296-77-7670
	木犀会評議員	宮田　芳夫 029-247-0189

15. 第三者評価の実施状況

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		

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、社会福祉法人木犀会が、私および家族の情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

１．利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

２．利用目的

（１）介護保険おける介護認定の申請及び更新、変更のため
（２）利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
（３）医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者)、その他の社会福祉団体等との連絡調整のため
（４）利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
（５）利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
（６）行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
（７）その他サービス提供で必要な場合
（８）上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合
（９）生活の状況等をお知らせするために発行する広報等への写真・氏名の掲載

３．使用条件

（１）個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においも、第三者に漏らさない。
（２）個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。
（３）広報等への写真・氏名の掲載については、上記（１）（２）の限りではない。

令和　　年　　月　　日

本人（利用者）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（代理人）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続柄（利用者との関係）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

［説明確認欄］

令和　　年　　月　　日

指定（介護予防）短期入所生活介護施設サービスの提供の開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人　木犀会

事業所名　　特別養護老人ホーム　はぎの郷

施設長　高橋　宗徳　　印

説明者　　職名

氏名　　印

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（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。

利用者　　氏名　　印

（代理人）　氏名　　印