

「ウォームハート短期入所生活介護」 重要事項説明書

「ウォームハート介護予防短期入所生活介護」

当施設は介護保険の指定を受けています。
(秋田県指定 第0570812719号)

当施設では、ご契約者に対して短期入所生活介護サービスを提供します。施設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通り説明いたします。

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電 話 : 0187-87-3003
受付時間 : 午前9時から午後5時まで(月曜日～金曜日)
担 当 者 : ウォームハート 生活相談員 佐藤 浩実

※ご不明な点は、何でもおたずねください。

2. 設経営法人

- (1) 法 人 名 社会福祉法人 ウォームハート
- (2) 法人所在地 秋田県大仙市刈和野字愛宕町17番地1
- (3) 電 話 番 号 0187-87-3003
- (4) 代表者氏名 理事長 谷田部 知一
- (5) 設立年月日 平成17年8月1日

3. ご利用施設

- (1) 施 設 種 類 指定介護老人福祉施設
- (2) 施 設 名 称 特別養護老人ホーム ウォームハート
- (3) 施設所在地 秋田県大仙市刈和野字愛宕町17番地1
- (4) 電 話 番 号 0187-87-3003
FAX番号 0187-75-0117
- (5) 施設長氏名 谷田部 知一
- (6) 事業所番号 平成17年8月1日 秋田県指定 第0570812719号
- (7) 開設年月日 平成17年8月1日
- (8) 入 所 定 員 12名

4. 居室の概要

当施設では以下の居室、設備を用意いたしております。

- ・居室数 12室 *全室個室です。
- ・食堂（リビング） 12人毎（生活単位）に1ヶ所を準備しています。
- ・浴室 生活単位ごとに、1人用家庭浴槽を整備しています。
特殊機械浴槽もあります。

*居室には、チェスト（整理タンス）、床頭台、洗面所が備えられております。
（トイレは、生活単位ごとに3ヶ所あります。）

* 全室、冷暖房完備

5. 入所状況

入所者数 12人

家族会 有り

6. 職員の配置状況と勤務体制

当施設ではご契約者に対して指定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。

* 職員の配置

職 種	当施設人員	職 種	当施設人員
施設長	1	医師（嘱託）	2
生活相談員	1	介護支援専門員	1
介護職員	37	管理栄養士	1
看護職員	4	歯科衛生士 （介護職員兼務）	1
機能訓練指導員 （看護職員兼務）	2	調理員	
		事務員	1

* 勤務体制（介護員）

9：30～18：30（日勤者）

6：30～15：30（早 番）

11：30～20：30（遅番1）

12：30～21：30（遅番2）

21：30～ 6：30（深夜勤）

（看護職員）

8：30～17：30（日勤者）

※看護職員は夜間自宅待機体制をとり急変時に備えます。

7. 主な共用設備

- (ア) 玄関
- (イ) 事務室
- (ウ) 介護職員室・看護職員室・医務室・静養室・研修室
- (エ) 談話室
- (オ) 食堂・ホール
- (カ) 浴室・洗濯室
- (キ) トイレ・洗面所
- (ク) 機能訓練回復室
- (ケ) 入居者交流ホール
- (コ) 地域交流ホール

8. 送迎の実施地域

＊通常の送迎の実施地域を大仙市（西部地区）とします。

（ただし、特別な事情がある場合は実施しないことがある。）

9. 当施設が提供するサービス内容

施設が提供するサービスと利用料金

（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、利用料金が介護保険から（通常 9 割・8 割又は 7 割）給付されます。

種 類	内 容
介 護 全 般	入所者の心身の状況に応じ、自立支援と日常生活の充実に資するように、適切な技術をもって行います。
食 事	栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体状況及び嗜好を考慮した四季折々に応じた食事を提供します。 ご契約者の自立支援のため離床し、共同生活室（リビング）においての食事に配慮します。 また、体調の優れない方には、居室での食事も可能です。 ＊食事の基本的配膳時間 1 日 3 食 朝食 8：00 から 昼食 12：00 から 夕食 18：00 から ・ご契約者 1 人 1 人のペースにあわせて食事時間をとることができます。 ・午後 3 時のおやつの時間におやつと飲み物を提供します。 ・希望に添った食事を提供します。

入 浴 や 清 拭	基本的に入浴週2回、ご契約者の身体の状況に合わせ、特殊浴槽（ウォークスルー入浴システム）、または1人用家庭浴槽（生活リハビリ式浴）にての入浴介助を行います。体調不良等で入浴できない時は、清拭を行います。 ・特殊浴槽は、寝たきり等で座れない方に利用していただきます。 ・1人用家庭浴槽は入浴動作一つ一つがリハビリにつながることから、自立支援を促進しています。 ・1人用家庭浴室は、車椅子でもゆっくりと動ける広々としたスペースになっております。
排 泄 介 護	排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限に活用した援助を行います。 ・オムツを使用せざるを得ない場合には、心身及び活動状況に適したオムツを提供し、排泄状況をふまえて適切に交換します。 ・排泄に関する介護用品を数多くそろえ、ご契約者個々に合った使用に配慮します。
相 談 ・ 援 助	入所者や、必要に応じて家族に対し、生活・介護・環境等に関する相談・助言を提供します。
機 能 訓 練	ご契約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行います。
社会的便宜の提供	レクリエーション・行事などの提供、日常生活上必要な行政機関等の諸手続で入所者・家族が対応困難な場合の代行の手続き。年金や金銭管理を行います
生 活 サ ー ビ ス	シーツ交換、居室清掃、施設内で可能な洗濯
健 康 管 理	週2回の嘱託医による回診と健康管理を行います
そ の 他	・寝たきり防止のため、離床に配慮します。 ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行えるよう援助します。 ・クリーニング取次、宅配便・郵便物の取次等

10. 利用料金

(1) 基本料金

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料金から介護保険給付費を除いた金額（自己負担額）と居住費・食費にかかる自己負担額の合計をお支払ください。（サービスの料金金額は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

【1割】

1 ご契約者の要介護度とサービス利用料金		要支援 1	要支援 2	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
		5,290	6,560	7,040	7,720	8,470	9,180	9,870
2 うち、介護保険から給付される金額		4,761	5,904	6,336	6,948	7,623	8,262	8,883
3 サービス利用に係る自己負担（1－2）		529	656	704	772	847	918	987
4 食事に係る標準自己負担額		① 介護保険料区分第1段階 3 0 0						
		② 介護保険料区分第2段階 6 0 0						
		③ 介護保険料区分第3段階 ① 1, 0 3 0						
		④ 介護保険料区分第3段階 ② 1, 3 6 0						
		⑤ 介護保険料区分第4段階 1, 5 4 5						
		(朝食4 9 0 円) (昼食5 6 5 円) (夕食4 9 0 円)						
5 施設利用料に係わる滞在費自己負担額		① 介護保険料区分第1段階 8 8 0						
		② 介護保険料区分第2段階 8 8 0						
		③ 介護保険料区分第3段階 ① 1, 3 7 0						
		④ 介護保険料区分第3段階 ② 1, 4 7 0						
		⑤ 介護保険料区分第4段階 2, 0 6 6						
6 自己負担額合計 (3＋4＋5)	①の方	1,709	1,836	1,884	1,952	2,027	2,098	2,167
	②の方	2,009	2,136	2,184	2,252	2,327	2,398	2,467
	③の方	2,929	3,056	3,104	3,172	3,247	3,318	3,387
	④の方	3,359	3,486	3,534	3,602	3,677	3,748	3,817
	⑤の方	4,140	4,267	4,315	4,383	4,458	4,529	4,598

【2割】

1 ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援 1	要支援 2	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
	5,290	6,560	7,040	7,720	8,470	9,180	9,870
2 うち、介護保険から給付される金額	4,232	5,248	5,632	6,176	6,776	7,344	7,896
3 サービス利用に係る自己負担（1－2）	1,058	1,312	1,408	1,544	1,694	1,836	1,974
4 食事に係る標準自己負担額	介護保険料区分第4段階 1, 5 4 5 （朝食4 9 0 円）（昼食5 6 5 円）（夕食4 9 0 円）						
5 施設利用料に係わる滞在費自己負担額	介護保険料区分第4段階 2, 0 6 6						
6 自己負担額合計 （3＋4＋5）	4,669	4,923	5,019	5,155	5,305	5,447	5,585

【3割】

1 ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援 1 5,290	要支援 2 6,560	要介護度 1 7,040	要介護度 2 7,720	要介護度 3 8,470	要介護度 4 9,180	要介護度 5 9,870
2 うち、介護保険から給付される金額	3,703	4,592	4,928	5,404	5,929	6,426	6,909
3 サービス利用に係る自己負担（1－2）	1,587	1,968	2,112	2,316	2,541	2,754	2,961
4 食事に係る標準自己負担額	介護保険料区分第4段階 1,545 (朝食490円)(昼食565円)(夕食490円)						
5 施設利用料に係わる滞在費自己負担額	介護保険料区分第4段階 2,066						
6 自己負担額合計 (3＋4＋5)	5,198	5,579	5,723	5,927	6,152	6,365	6,572

※サービス提供体制強化加算 1日 22円（1割）・44円（2割）・66円（3割）、
夜勤職員配置加算 1日 18円（1割）・36円（2割）・54円（3割）となります。

※介護職員等処遇改善加算（17.6％）を基本報酬に掛けたものから 1割（2割・3割）をご負担頂きます。

※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。要介護認定を受けた後、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）。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。

※介護保険から給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご契約者の負担を変更します。

（2）介護保険給付外サービス

種 類	内 容
理容・美容サービス	当施設では、ご契約者の希望により、理容師、美容師の出張による理髪、理容サービス（調髪、顔剃）をご利用いただけます。ただし、全額をご負担いただきます。
洗 濯	施設内で洗濯不可能な物については、専門業者に依頼し、実費をご負担いただきます。 ※ オムツ代は、介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

・入所者の選定により提供するもの

日常生活に要する費用で、本人にご負担していただくことが適当であるもの
(歯ブラシ・化粧品など)

・日常生活品及び嗜好品の購入代金（たばこ、アルコールなど）

＊送迎費 移送費は片道１８４円（１割）・３６８円（２割）・５５２円（３割）で行います。ただし送迎時間等につきましては、当施設で決めさせていただきます。

（３）利用期間中の中止

利用途中にサービスを中止して退所する場合、退所する日までの日数を基に計算します。

以下の場合には、利用途中でもサービスを中止する場合があります。

- ・ご契約者が中途退所を希望した場合。
- ・利用日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合。
- ・利用中に体調が悪くなった場合。
- ・他の利用者の生命または健康に重大な影響をあたえる行為があった場合。

（４）利用料金のお支払方法

短期入所生活介護の利用月終了後、利用日数を合計し請求書をお渡しいたしますので、翌月１５日までにいずれかの方法でお支払ください。

（１）口座からの自動引落

（２）指定口座への銀行振込

１１．サービスの利用方法

（１）サービスの利用申込み

お申し込みご希望の方は居宅サービス計画の作成を依頼している介護支援専門員とご相談ください。

（２）サービス利用契約の終了

- ・ご契約者のご都合でサービス利用契約を終了する場合。
実際に短期入所生活介護をご利用中でなければ、口頭又は文書でのお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。
- ・ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合。または他の介護保険施設を利用する場合。
- ・ご契約者が医療機関等に入院した場合。
- ・ご契約者が亡くなった場合。
- ・介護保険給付でサービスを受けているご契約者の要介護認定区分が自立と認定された場合。
※この場合に限り、予約を有効にしたまま、契約条件を変更して再度契約することができます。

（３）その他

- ・ご契約者がサービスの利用料金の支払を１ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合。
- ・ご契約者やご家族などが、故意または重大な過失により、事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ・やむを得ない事情により施設を閉鎖もしくは縮小する場合。
※この場合は、１０日前までに文書で通知いたします。契約終了後の予約は無効となります。

1 2. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設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 TEL 0187-87-3003

(責任者) 施設長 谷田部 知一

(担当者) 生活相談員 佐藤 浩実

・ 受付 常時受付します。ただし、担当者がいない場合は、当日勤務の介護職員、看護職員、また土日祝祭日の場合は日直者が担当者に申し送りします。

(2) 第三者委員による苦情解決委員会の設置

当施設において解決困難な案件等について、理事長からの諮問により、中立、公正の立場で専門的な検討を行う。

・ 委員数 3 名（学識経験者及び地域の代表）

・ 苦情受付担当者（法人本部事務長） TEL 0187-87-3003

(3) 行政機関その他の苦情受付機関

大曲仙北市町村圏組合 介護保険事務所	所在地：大仙市高梨字田茂木 10 番地 (大仙市役所 仙北庁舎内) 電話番号：0187-86-3910 受付時間：午前 9 時から午後 5 時まで（月～金曜日） 構成市町村：大曲仙北広域市町村
県国民健康保険団体連合会	所在地：秋田市山王 4-2-3 電話番号：018-862-6864 受付時間：午前 9 時から午後 5 時まで（月～金曜日）

1 3. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。

②ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5 年間保管するとともに、ご契約者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。

③事業者及びサービス従事者又は従事者であった者は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者またはご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。（守秘義務）

ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

また、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

1 4. 施設利用の留意事項

(1) 持ち込みの制限

- ・居室内で利用でき、他の利用者に迷惑のかからない電気製品であれば使用可能です。
(例：ラジカセ、テレビ、電気かみそり、電気バリカン、電気ポット、携帯電話等)
- ・居室内のスペースに置けるくらいの本棚、本、人形、車椅子、歩行車は、可能です。
- ・ご契約者の衣類等については、整理タンスに収納できる限りとします。
- ・ペット等の生き物は持ち込みできません。

※持ち込みについては、あらかじめご相談ください。

(2) 整理タンスの使用について

- ・整理タンスには衣類等を収納していただきます。

(3) テレビの使用について

- ・テレビの使用時には、他のご契約者のご迷惑とならないよう配慮していただきます。

(4) 面 会

- ・面会時間は午前8時から午後8時とさせていただきます。
- ・面会の際のペットの持ち込みは、玄関までとさせていただきます。
- ・面会の際は、職員に声をおかけください。また、食べ物などの持込についてはご相談ください。

(5) 家族の宿泊

- ・ご契約者と一緒に宿泊を希望のご家族のために、お部屋をご用意しております。
1泊2食付一人3,000円です。(朝食・夕食と寝具代込み)
◆ 2日前までのご予約が必要です。

(6) 喫 煙

- ・施設内での喫煙は指定場所にて行ってください。
- ・ご利用者のタバコ、ライター等は介護室でお預かりします。

1 5. 非常時災害時の対策

非常時の対応	「特別養護老人ホームウォームハート 消防計画」により対応します。
非常通報の体制	自動通報設備により、消防署と全職員での連絡体制を確保しています。
近隣との協力	地域住民への防災協力を依頼し、非常時の協力体制について確保しています。
避難訓練	夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者、職員及び地域住民の参加で年2回以上実施します。
防災設備の概要	非常通報設備、消火栓 12ヶ所、消火器 27器、スプリンクラー設備

1 6. 身体拘束等の禁止

- (1) サービス提供に当たり、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するための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（身体拘束等）を行わないものとします。

- (2) やむを得ず身体的拘束を行う場合には、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、その他必要な事項を記録します。
- (3) 身体拘束等の適正化を図るため、対策を検討する委員会や研修を定期的実施します。

17. 感染症予防、まん延防止の対策

事業所内において感染症が発生し、又はまん延しないよう次の措置を講じます。

- ① 事業所内における感染症の予防又はまん延防止のための検討委員会をおおむね6月に1回以上開催する。
- ② 感染症の予防又はまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

18. 業務継続計画の策定

感染症又は非常災害の発生において、サービスの提供を継続的に実施するための計画及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、その計画に従い必要な措置を講じます。

- ① 業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を実施する。
- ② 定期的に業務継続計画の見直しを行い必要に応じて計画の変更を行う。

19. 第三者評価の実施状況

受審してません。

20. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

事故補償 介護サービス提供上不可抗力的に生じた損害、事故の補償については、入所者、施設双方で協議することとします。

来訪・面会 来訪者は、必ずその都度面会簿に記入してください。

外出・外泊 外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅予定時間を職員に申し出て下さい。

居室・設備・器具の使用

施設内の居室は設備、器具は、本来の用途にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により、破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。

喫煙・飲酒 喫煙は、所定の場所に限らせていただきます。医師による限定がない限り飲酒は週1回です。

迷惑行為 けんか、暴行、中傷、口論など他人に対する迷惑行為はしないで下さい。

所持品の管理 入所時に所持品届出書を提出していただきます。なお、原則的に所持品は日常生活用品に限り、貴重品は避けていただきます。

現金等の管理 現金、預（貯）金通帳、通帳印の管理を施設に依頼する事ができます。預（貯）金の入出金、諸払いについては、別紙約定書に定める事項とします。

* ただし、入所者及び身元引受人により概ね3か月毎に確認を頂戴いたします。

また、入所契約の終了後 30 日以内に所持品及び現金等は入所者及び身元引受人にお引き渡しいたします。

宗教活動・政治活動 施設内で他の人に対して、自身の信心している宗教活動や政治活動を強要しないで下さい。

動物飼育 禁止させていただきます。

2 1. 協力病院と医療

- | | |
|-------------|--------------------------|
| (1) 医療機関の名称 | 佐藤医院 |
| 所在地 | 秋田県大仙市刈和野字清光院後 4 2 - 3 5 |
| 電話番号 | 0 1 8 7 - 7 5 - 1 0 0 0 |
| (2) 医療機関の名称 | 大曲厚生医療センター |
| 所在地 | 秋田県大仙市大曲通町 8 番 6 5 号 |
| 電話番号 | 0 1 8 7 - 6 3 - 2 1 1 1 |
| (3) 医療機関の名称 | 小坂歯科医院 |
| 所在地 | 秋田県大仙市刈和野字愛宕町 2 5 番地 |
| 電話番号 | 0 1 8 7 - 7 5 - 1 0 1 5 |

* 入所者の医療等

- (1) 病気やけがの治療は、特別養護老人ホームウォームハートの嘱託医又は入所者が選択する医療機関で受けていただきます。
- (2) 嘱託医の出張診療日は、やむを得ない場合を除き毎週月・木曜日午後とします。
- (3) 入所者が急変した場合の緊急対応措置を行います。
- (4) 入所者の入院が必要となった場合、医療機関を紹介します。
- (5) 医療保険制度で支給される医療費以外の費用は、入所者の負担となりますが、送迎については無料です。
- (6) 通院時の付き添い、入退院の移送はいたしますが、入院中の付き添いはいたしません。

2 2. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合にも同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意または過失が認められる場合には、ご契約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、事業者の損害賠償責任を免じる場合があります。

2 3. 事故発生時及び緊急時の対応方法

サービス提供中に入居者に病状の急変など緊急の事態や、施設での事故が発生した場合、速やかに身元引受人又は、あらかじめ指定する連絡先にも連絡し、救急治療あるいは救急入院などの必要な措置を講じます。また、介護の対象である高齢者は、生活障害を有している場合が多く日常生活の中で事故や緊急事態が起きやすいことから、次のことに留意します。

- ①応急措置に全力を尽くす。 ②家族及び関係市町村へ連絡する。
③必要時には協力医療機関へ搬送する。 ④事故状況を正確に記録する。

緊 急 連 絡 先				
1	氏 名		続 柄	
	住 所			
	電話番号			
	お勤め先他			
2	氏 名		続 柄	
	住 所			
	電話番号			
	お勤め先他			

【かかりつけ医】

医療機関の名称：

医 師 名：

所 在 地：

電 話 番 号：

私は、本書面に基づいて施設介護サービス利用契約書「事業者」の職員

（職名： 氏名： ）から上記重要説明事項の説明に同意し、受領しました。

令和 年 月 日

	住 所	
利 用 者	氏 名	印
	(代理署名)	
身元引受人	住 所	
	氏 名	印

