

重要事項説明書

【(介護予防)短期入所生活介護事業名】

きたじま苑

事業所指定番号1970500607

住所 山梨県笛吹市八代町北1616-2

電話 055-265-1562

FAX 055-265-1563

有限会社 北嶋

1.目的および内容

- 事業者は、以下の目的により業務の提供をさせていただきます。
- a. 介護保険法等の関係法令に従いサービスの提供を致します。
 - b. 利用者の体調等に応じたサービスの提供を致します。
 - c. 利用者の選択に基づいたサービスの提供を致します。
 - d. 各事業所との連携により適切なサービスの提供を致します。

2.事業所の職員体制等

| 職種 | 担当者および人数 | 業務内容 |
|-------|-------------|--------------|
| 管理 者 | 北嶋良明 1名 | 管理・監督・指導 |
| 生活相談員 | 佐藤 幸多 1名 | 相談・指導 |
| 介護職員 | 雨宮 良昌他6名 6名 | 身体介護等(非常勤含む) |
| 看護師 | 佐々木由美 1名 | 健康管理・機能訓練等 |
| 栄養士 | 有泉 美由紀 1名 | 食事管理・食事指導等 |
| 医師 | 戸田貴人 | 健康管理(非常勤) |

3.定員および設備等の概要

| 区分 | 数量 | 備考 |
|------|------|-------------------|
| 利用定員 | 21名 | 3人用居室・2人用居室・1人用居室 |
| 食堂 | 2室 | |
| 浴室 | 2室 | 一般浴室・機械浴室 |
| 便所 | 19ヶ所 | |
| 洗面所 | 19ヶ所 | |
| 医務室 | 1室 | |
| 静養室 | 1室 | |

4.サービスの内容

| | |
|------------|----------------------------|
| ① 食事 | ・朝食7:00～・昼食12:00～・夕食17:00～ |
| ② 介護 | 食事、入浴、排泄、着替え、体位交換等の生活介助。 |
| ③ 入浴 | 原則週2回。体調により清拭の場合あり。 |
| ④ 健康管理 | 身体、食事、排泄の状態観察および管理。 |
| ⑤ レクリエーション | 定期に実施。自由参加となります。 |

法定代理受領サービスの利用料(ご利用者負担分)

a. 介護保険による利用者負担金(保険費用全体の1割額・1日額)

| 区分 | 介護度 | 1割額・1日額 | 保険の単位数 | 備考 | |
|---------------|---|----------------|--------|---|--|
| ①基本額 多床室 | 要支援1 | 479円 | 479 | | |
| | 要支援2 | 598円 | 598 | | |
| | 要介護1 | 645円 | 645 | | |
| | 要介護2 | 715円 | 715 | | |
| | 要介護3 | 787円 | 787 | | |
| | 要介護4 | 856円 | 856 | | |
| | 要介護5 | 926円 | 926 | | |
| ①基本額 従来型個室 | 要支援1 | 479円 | 479 | | |
| | 要支援2 | 598円 | 598 | | |
| | 要介護1 | 645円 | 645 | | |
| | 要介護2 | 715円 | 715 | | |
| | 要介護3 | 787円 | 787 | | |
| | 要介護4 | 856円 | 856 | | |
| | 要介護5 | 926円 | 926 | | |
| ③滞在費 | 滞在費(多床室) | 915円 | | | |
| | 滞在費(1人部屋) | 1,231円 | | | |
| ④食費 | 食費 | 1,700円 | | | |
| ⑤加算額 | 送迎片道 | 184円 | 184 | ・食費は各介護度に共通です。 ・送迎は希望者のみですが、業務上都合がつかない場合はお断りする場合があります。 | |
| | 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | 算定単位数 × 13.60% | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| ⑥その他 | * その他費用に関して利用者、家族に同意を得たうえで請求いたします (確認のチェックを□にお願いします) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ・個別テレビ使用料 (200円/日) <input type="checkbox"/> ・持ち込み家電製品の電気代(100円/日) <input type="checkbox"/> ・歯ブラシ・化粧品・シャンプー等の日用品に関して利用者・家族の選択により利用される物 <input type="checkbox"/> ・施設の器物破損等が個人起因の場合で修繕補修にかかった費用 <input type="checkbox"/> ・個人の嗜好に基づくいわゆる「贅沢品」の購入費用 <input type="checkbox"/> ・利用者個人のために立替払いする費用 <input type="checkbox"/> ・個人の希望により購入する新聞、雑誌等の代金 <input type="checkbox"/> ・利用者の趣味的活動などサービス提供の範囲を超えるクラブ活動や行事に係る費用 <input type="checkbox"/> ・利用者等の希望により外部のクリーニング店に取り次ぐ場合のクリーニング代 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | * 当苑の器物・寝具を破損された場合は実費請求させていただきます。 | | | | |

b. 費用の支払

各利用のたびに退所日または当月末に現金にて精算してください。

6.利用の中止・予約の中止

速やかにご連絡ください。場合によっては負担金をいただく場合もあります。

7.事業所の方針

『ここを利用してよかったです。』と心から感じていただける事業所を目指しています。

8.ご利用の留意事項

| | |
|----------|-------------------------------------|
| ① 面会時間 | 11:00～16:00(前日までに事前連絡必要、気軽にご相談ください) |
| ② 金銭管理 | 金銭の持ち込みはご遠慮してください。必要はご相談ください。 |
| ③ 外出・外泊 | 前日までに職員にご連絡ください。 |
| ④ 飲酒・喫煙 | 飲酒、喫煙は出来ません。(ルールが守れる場合は相談可能) |
| ⑤ 病院への受診 | 緊急以外は、ご家族にて対応してください。 |
| ⑥ 健康診断書 | 有効期限は、作成日から1年間です。 |
| ⑦ 介護保険者証 | ご持参ください。確認させていただく場合があります。 |

9.守秘義務

守秘義務は法律により定められており、緊急による利用者の生命・身体等に危険がある場合を除いて他言することはありません。

10.緊急時の対応

サービス提供時に事故・体調の急変等が生じた場合は、家族、救急医療機関、かかりつけ医に連絡し対応いたします。(別紙に記入)

| 緊急連絡先氏名 | 電話 | 携帯電話 | 住 所 |
|---------|----|------|-----|
| | | | |

| 主治医氏名 | 病院名 | 電話 | 住 所 |
|-------|-----|----|-----|
| | | | |
| | | | |

11.きたじま苑および公的機関の相談・苦情等の窓口

| 機関名 | 住 所 | 電 話 |
|---------------------|---------------|--------------|
| 笛吹市介護保険係 | 笛吹市石和町市部800 | 055-261-1903 |
| 山梨県国民健康保険団体連合会苦情担当窓 | 甲府市蓬沢1-15-35 | 055-233-9201 |
| | | |
| きたじま苑 | 笛吹市八代町北1616-2 | 055-265-1562 |

12.事業所の概要

| | |
|---------|--------------------|
| 法人種別・名称 | 有限会社 北嶋 代表取締役 北嶋良明 |
| 管理者 | 北嶋 良明 |
| | 短期入所生活介護事業(定員21名) |
| | |
| | |

個人情報使用同意書

私(利用者および家族)の個人情報については、居宅サービス計画に沿って円滑にサービス提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整において必要な場合、必要最小限の範囲において使用することに同意します。

居宅介護支援事業者

有限会社 北嶋 殿

年 月 日

利用者住所

氏名

印

代理人住所

氏名

印

緊急時の対応

| 緊急連絡先氏名 | 電話 | 携帯電話 | 住所 |
|---------|----|------|----|
| | | | |

| 主治医氏名 | 病院名 | 電話 | 住所 |
|-------|-----|----|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

重要事項の説明確認

説明年月日 年 月 日

| | | |
|------------|------------|----------|
| きたじま苑 担当者名 | 説明を受けた人の氏名 | |
| 北嶋 良明 | 利用者名 | 代理人名(続柄) |
| | 印 | 印 |