

介護老人保健施設ケアタウンひまわり 介護予防短期入所療養介護利用契約書

(約款の目的)

第1条 介護老人保健施設ケアタウンひまわり指定介護予防短期入所療養介護事業所（以下「当事業所」という。）は、要支援1、要支援2と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅において、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に、一定の期間、介護予防短期入所療養介護を提供し、一方、利用者及び利用者を保証する者（以下「保証人」という。）は、当事業所に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本契約の目的とします。

(適用期間)

第2条 本契約は、利用者が介護老人保健施設指定介護予防短期入所療養介護利用契約書を当事業所に提出したときから効力を有します。但し、保証人に変更があった場合及び認定の有効期間が満了した場合は、新たに同意を得る事とします。

2 利用者は、前項に定める事項の他、本契約、重要事項説明書・契約書別紙の改定が行われない限り、初回利用時の契約書提出をもって、繰り返し当施設を利用することができるものとします。

(利用者からの解除)

第3条 利用者及び保証人は、当事業所に対し、退所の意志表明をすることにより、本契約に基づく入所利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者及び保証人は、速やかに当事業所及び利用者の介護予防サービス支援計画表作成者に連絡するものとします。

(当施設からの解除)

第4条 当事業所は、利用者及び保証人に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく入所利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立及び要介護状態と認定された場合
- ② 利用者の介護予防サービス支援計画表が作成されている場合には、その計画で定められた当該利用日数を満了した場合
- ③ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当事業所での適切な介護予防短期入所療養介護の提供を超えると判断された場合
- ④ 利用者及び保証人が本契約に定める利用料金を2ヶ月分以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず30日間以内に支払われない場合
- ⑤ 利用者が、当事業所、当事業所の職員又は他の入所者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑥ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当事業所を利用させることができない場合

(利用料金)

第5条 利用者及び保証人は、連帯して、当事業所に対し、本契約に基づく介護予防短期入所療養介護の対価として、重要事項説明書の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。但し、当事業所は、介護保険制度改正、及び利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。

また、当事業所は社会福祉事業法第2条第3項目第10号の規定により、生計困難者を

対象とする費用の減免事業を行っておりますので、適用される方は担当支援相談員までお問い合わせ下さい。

- 2 当事業所は、1 ヶ月毎に翌月 10 日頃に請求明細書を郵送させていただきます。利用者及び保証人は、連帯して、当事業所に対し、当該請求額を発行日より一ヶ月以内に支払うものとし、なお、お支払方法は原則として指定の金融機関・及び郵便局からの引き落としの形とします。
- 3 当事業所は、利用者又は保証人から、1 項に定める利用料金の支払いを受けた時は利用者又は保証人に対し領収書を発行します。

(記録)

第 6 条 当事業所は、利用者の介護予防短期入所療養介護の提供に関する記録を作成し、その記録を契約終了後 5 年間は保管します。

- 2 当事業所は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、保証人その他の者(利用者の代理人を含みます。)に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

(身体の拘束等)

第 7 条 当事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、管理者が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行なうことがあります。この場合には、保証人に対して予め同意を得た上で実施し、当事業所の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

(秘密の保持)

第 8 条 当事業所とその職員は、業務上知り得た利用者又は保証人若しくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、当事業所は、利用者及び保証人から、予め同意を得た上で行なうこととします。

- ① 介護保険サービスの利用のための市町村、地域包括支援センター、その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
 - ② 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なおこの場合、利用者個人を特定できないように仮名を使用することを厳守します。
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

(緊急時の対応)

第 9 条 当事業所は、利用者に対し、施設医の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

- 2 当事業所は、利用者に対し、当施設における介護予防短期入所療養介護での対応が困難な状態、又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。
- 3 前 2 項のほか、入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当事業所は、利用者及び保証人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(要望又は苦情等の申出)

第 10 条 利用者及び保証人は、当事業所の提供する介護予防短期入所療養介護サービスに対しての要望又は苦情について、担当支援相談員に申し出ることができ、又は、備え付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

(賠償責任)

第11条 介護予防短期入所療養介護サービスの提供に伴って当事業所の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当事業所は利用者に対して、損害を賠償するものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第12条 この契約に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は保証人と当事業所が誠意をもって協議して定めることとします。

以上の契約の証しとして本契約書を2通作成し、利用者、当事業所は署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

(利用者)

住 所

氏 名

印

電 話 番 号

(保証人)

住 所

氏 名

続柄 () 印

電 話 番 号

緊急時の連絡先

(代筆代理人)

住 所

氏 名

続柄 () 印

電 話 番 号

(当事業所)

住 所

福島県福島市伏拝字沼ノ上2番地の17

施 設 名

介護老人保健施設 ケアタウンひまわり

介護予防短期入所療養介護

管 理 者

佐 藤 百 合 子

印

電 話 番 号

024-547-2211

介護老人保健施設ケアタウンひまわり介護予防短期入所療養介護事業所
「重要事項説明書」
(令和8年8月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

施設名	介護老人保健施設ケアタウンひまわり
事業種別	指定介護予防短期入所療養介護
開設年月日	平成18年4月1日
所在地	福島県福島市伏拝字沼ノ上2番地の17
電話番号	024-547-2211
FAX番号	024-547-2221
管理者名	佐藤 百合子
介護保険指定番号	介護老人保健施設(0750180051号)
苦情解決責任者	佐藤 百合子
苦情受付担当者	佐藤 裕子 會澤 沙織 渡邊 史隆 熊谷 台晃 佐藤允彦

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことが出来るようにし、一日でも早く家庭での生活に戻ることが出来るよう支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるように、介護予防短期入所療養介護サービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。その施設のサービスのひとつである指定介護予防短期入所療養介護事業所は、要支援者の家庭での生活を継続させる為に立案された介護予防サービス・計画表に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話を行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために提供されます。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用下さい。

〔介護老人保健施設ケアタウンひまわりの運営方針〕
「医療と福祉の中間的機能を備えた施設において療養を行い、生活援助の場として
明るく家庭的な雰囲気をもとに、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行う。」

(3) 施設の職員体制

	常 勤	非 常 勤	備 考
・管理者	1 人		介護老人保健施設と兼務
・医師	1 人		介護老人保健施設と兼務
・看護職員	1 0 人以上		介護老人保健施設と兼務
・介護職員	2 4 人以上		介護老人保健施設と兼務
・支援相談員	1 人以上		介護老人保健施設と兼務
・理学療法士等	1 人以上		介護老人保健施設と兼務
・管理栄養士	1 人以上		介護老人保健施設と兼務
・介護支援専門員	1 人以上		介護老人保健施設と兼務
・事務員	1 人以上		介護老人保健施設と兼務
・その他必要な職員	必要数		介護老人保健施設と兼務

(4) 職員の職務内容

職 員 名	職 務 内 容
・管理者	施設の業務を統括し執行する。
・医師	入所利用者等の健康管理および医療など適切な処置を行う。
・看護職員	入所利用者等の保健衛生および看護・介護業務を行う。
・介護職員	入所利用者等の日常生活全般にわたる介護業務を行う。
・支援相談員	入所利用者等に対する支援相談業務を行う。
・理学療法士	入所利用者等に対する理学療法等の業務を行う。
・管理栄養士	入所利用者等に対する食事提供・栄養管理・給食管理を行う。
・介護支援専門員	施設サービス計画の作成業務を行う。
・事務員	会計経理その他一般的事務処理、施設等の保守管理を行う。

(5) 介護予防短期入所療養介護利用者定員数

- ・定員 2 0 名以内
- ・療養室 全室個室

(6) 送迎実施地域

- ・福島市、伊達市、伊達郡、二本松市の利用可能な地域。

2. サービス内容

当施設利用中も明るく家庭的な雰囲気のもとで、常に利用者及びご家族の立場に立って運営いたします。

① 介護予防短期入所療養介護計画の立案

ご利用者に関わるあらゆる職種の協議によって、介護予防短期入所療養介護計画が作成されますが、その際、利用者・保証人（ご家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意を頂くようになります。

② 食事 朝食 7 : 3 0 ～ 8 : 0 0

昼食 1 2 : 0 0 ～ 1 2 : 3 0

夕食 1 8 : 0 0 ～ 1 8 : 3 0

（原則として食事は各ユニットの食堂ホールでおとり頂きます）

- ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。）
週に最低２回。利用者の身体状態をチェックした後、入浴となります。
利用者の状態に応じて清拭となる場合があります。

④ 医学的管理・看護

介護予防短期入所療養介護は入院の必要のない程度の要支援者を対象としていますが、医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行ないます。

⑤ 介護

介護予防短期入所療養介護計画に基づいて実施します。

⑥ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）

原則として機能訓練室にて行ないますが、施設内すべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。

⑦ 相談援助サービス

⑧ 理容サービス（第２・４水曜日）

⑨ 行政手続き代行

⑩ その他

※ これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金を頂くものもありますので、具体的にご相談ください。

３．利用料金

施設利用料（老健介護予防短期入所療養介護 従来型個室）

	１日あたり（１割）	１日あたり（２割）	１日あたり（３割）
要 支 援 １	６ ３ ２ 円	１, ２ ６ ４ 円	１, ８ ９ ６ 円
要 支 援 ２	７ ７ ８ 円	１, ５ ５ ６ 円	２, ３ ３ ４ 円

各種加算

	１ 割	２ 割	３ 割
夜勤職員配置加算	２ ４ 円／日	４ ８ 円／日	４ ８ 円／日
個別リハビリテーション実施加算 （該当者のみ）	２ ４ ０ 円／日	４ ８ ０ 円／日	７ ２ ０ 円／日
療養食加算 （該当者のみ）	２ ４ 円／日 （８ 円／食）	４ ８ 円／日 （１ ６ 円／食）	７ ２ 円／日 （２ ４ 円／食）
介護職員 処遇改善加算Ⅰ	当月利用者負担額 × ９． ７ %円／月	当月利用者負担額 × ９． ７ %円／月	当月利用者負担額 × ９． ７ %円／月
サービス提供 体制強化加算Ⅰ	２ ２ 円／日	４ ４ 円／日	６ ６ 円／日
サービス提供 体制強化加算Ⅱ	１ ８ 円／日	３ ６ 円／日	５ ４ 円／日

サービス提供 体制強化加算Ⅲ	6 円／日	1 2 円／日	1 8 円／日
送迎加算	1 8 4 円／片道	3 6 8 円／片道	5 5 2 円／片道
認知症行動・心理症状 緊急対応加算 (該当者のみ)	2 0 0 円／日	4 0 0 円／日	6 0 0 円／日
若年性認知症利用者 受入加算 (該当者のみ)	1 2 0 円／日	2 4 0 円／日	3 6 0 円／日
緊急時施設療養費 (実施した場合のみ)	5 1 8 円／日	1, 0 3 6 円／日	1, 5 5 4 円／日
総合医学管理加算 (実施した場合のみ)	2 7 5 円／回	5 5 0 円／回	8 2 5 円／回

※通常の送迎地域（福島市、伊達市、伊達郡、二本松市の利用可能な地域）を越えて行う送迎に
関して境界線から1kmあたり100円をいただきます

食費

第一段階	生活保護・老齢福祉年金	0 円／日		
第二段階	市町村民税非課税世帯及 び年金80万円以下	6 0 0 円／日		
第三段階①	市町村民税非課税世帯及び 年金80万円超120万円 以下	1, 0 3 0 円／日		
第三段階②	市町村民税非課税世帯及び 年金120万円超	1, 3 6 0 円／日		
第四段階以上	上記以外	朝	昼	夕
		5 5 0 円	6 0 0 円	6 5 0 円

居住費（滞在費）

第一段階	生活保護・老齢福祉年金	0 円／日
第二段階	市町村民税非課税世帯及び年金80万円以下	5 5 0 円／日
第三段階①	市町村民税非課税世帯及び 年金80万円超120万円以下	1, 3 7 0 円／日
第三段階②	市町村民税非課税世帯及び 年金120万円超	1, 4 7 0 円／日
第四段階	上記以外	1, 7 2 8 円／日

※該当される所得の認定については申請が必要なため、ご相談ください。

その他の料金

① 理容代	別表 1 のとおり	一回あたり
② 日用消耗品費 ※1	1 5 0 円／日	費目…おしぼり、清拭おしぼり ペーパータオル、ティッシュペーパー 液体石鹸、シャンプー等
③ クラブ活動費	実費	各種クラブへの参加 1 回あたり
④ 電気代	5 0 円／日	テレビ使用した場合
⑤ 文書料	5, 0 0 0 円 (税別) 5, 0 0 0 円 (税別)	死亡診断書 その他証明書

※1 日用消耗品費については施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます

4. 支払方法

1 日から末日締めとなります。翌月の 1 0 日ごろ郵送にて請求明細書を作成の上郵送にて請求させていただきます。郵便局・各金融機関の引き落としの方法でお支払いください。

当事業所では、社会福祉事業法第 2 条第 3 項目第 1 0 号の規定により、生活困難者を対象とする費用の減免事業を行っておりますので、適用される方は、担当支援相談員までお問い合わせ下さい。

5. 協力医療機関

当施設では下記の病院・歯科クリニックに協力頂いておりますので、利用者の状態が急変した場合は速やかに対応をします。

○ 協力医療機関

- ・ 名称 済生会福島総合病院
福島県福島市大森字下原田 2 5 番地
0 2 4—5 4 4—5 1 7 1
- ・ 名称 あづま脳神経外科病院
福島県福島市大森柳下 1 6—1
0 2 4—5 4 6—3 9 1 1
- ・ 名称 福島西部病院
福島県福島市東中央三丁目 1 5
0 2 4—5 3 3—2 1 2 1
- ・ 名称 福島南循環器科病院
福島県福島市方木田字辻の内 3 番地の 5
0 2 4—5 4 6—1 2 2 1

○ 協力歯科医療機関

- ・ 名称 つじ歯科医院
福島県福島市荒井時弁天前 17—1
0 2 4—5 9 4—2 6 0 0
- ・ 名称 はら歯科口腔外科・嚙下曾根田駅前
福島県福島市曾根田町 1—18 MAX ふくしま 3 階
0 2 4—5 7 3—1 9 2 3

当施設での対応が困難な状態になったり、専門的な対応が必要になった場合には、責任を持って他の機関をご紹介します。

6. 施設利用にあたっての留意事項

- ・ 面会・外出は別表2のとおりです。
- ・ 火気の取り扱いのご遠慮ください。
- ・ 飲酒・喫煙…原則として禁酒・禁煙です。
- ・ 設備・備品の利用…施設内の設備・備品につきましては、適切なお取り扱いをお願いいたします。
- ・ 所持品・備品等の持ち込み
洗濯物はご家族様洗濯でお願いします。着替えが不足しないようご注意ください。
なお、全ての持ち物に必ず名前を記入して下さい。
療養室の混乱を避ける為、持ち物は最小限にして下さい。
- ・ 食品類の持ち込みは必ず職員に申し出て、指示に従って下さい。
- ・ 電気器具のご使用は安全の為、すべて許可を要します。
- ・ 金銭・貴重品の管理…金銭及び貴重品を持ち込まないようにして下さい。
紛失・盗難に関しては責任を負いかねます。
- ・ ペットの持込は原則できませんのでご了承ください。
- ・ 利用中の病院受診…利用中に他医療施設（病院、医院、クリニック）を受診する場合（歯科受診は除く）には、必ず前もって職員に申し出て、指示に従って下さい。
薬だけもらう場合も同様です。
- ・ その他…「施設利用申請書」の記入事項の変更や健康保険証に変更があった場合は速やかに連絡して下さい。

7. 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、自動火災報知機
- ・ 防災訓練 年2回

8. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」を禁止します。

9. 要望及び苦情等の相談

支援相談の専門員として支援相談員が勤務しておりますので、お気軽にご相談ください。

責 任 者	管 理 者	さとう 佐藤	ゆりこ 百合子
受付担当者	支援相談員	さとう 佐藤	ゆうこ 裕子
	支援相談員	あいざわ 會澤	さおり 沙織
	支援相談員	わたなべ 渡邊	ふみたか 史隆
	支援相談員	くまがい 熊谷	もとあき 台晃
	支援相談員	さとう 佐藤	まさひこ 允彦

電話番号 024-547-2211
直通番号 024-563-7081

受付時間は原則として9:00～18:00となっております。

2階公衆電話脇に備え付けられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接申し出頂くことも出来ます。

下記の方を第三者委員として委嘱しております。施設に直接申し出にくい場合は、第三者委員にご相談いただくことも可能です。

氏名 安田 眞澄
電話 024-548-3423

氏名 横田 照彦
電話 024-549-7530

公的機関として下記の機関でも苦情相談を受け付けております。

福島市役所 介護保険課
福島市五老内町3-1 電話 024-525-6587

福島県国民健康保険団体連合会 介護福祉課苦情相談窓口
福島市中町3-7 電話 024-528-0040
<https://www.fukushima-kokuho.jp/ippan/ka-kujyo.html>

福島県運営適正化委員会
福島市渡利字七社宮111 電話/FAX 024-523-2943
kujou@fukushimakensyakyoo.or.jp 福島市役所 介護保険課
福島市五老内町3-1 電話 024-525-658

10. 事故発生時の対応

事故発生時、発見者・報告者は看護師に連絡。看護師は疼痛・出血の有無・状態の確認をし、必要に応じて救急処置を行ないます。さらに施設医に報告し指示を受けます。あわせて看護師長へ報告、事故報告書を提出し、ご家族へご連絡、ご説明を致します。その後経過をよく検討し防止策を図ります。

介護保険施設サービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は利用者に対して、損害を賠償するものとします。

△緊急時の連絡先 緊急の場合は「契約書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

11. 虐待防止に関する事項)

事業所は介護予防短期入所利用者の人権擁護・虐待の防止のため次の措置を講じます。

1. 虐待を防止するための事業所職員に対する研修の実施
 2. 介護予防短期入所利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
 3. その他虐待防止のために必要な措置
(虐待防止に関する責任者の選定及び設置、成年後見制度の利用支援、介護相談の受け入れ等)
- ② 当事業所は介護予防短期入所療養介護サービスの提供に当たり、当該事業所職員又は擁護

者（介護予防短期入所利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる介護予防短期入所利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

1 2. 守秘義務及び個人情報の保護)

当事業所とその職員は、業務上知り得た介護予防短期入所利用者又は保証人若しくはその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。

② 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

1 3. 福祉サービス第三者評価実施状況

(1) 実施の有無	有	・	無
(2) 実施年月日	令和	年	月 日
(3) 実施した評価機関			
(4) 評価結果の開示状況			

1 4. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますのであわせてご覧下さい。

別表 1

その他の料金 理髪代



出張福祉理美容 『スタイル・ハート』

一人暮らし、在宅、体の不自由な方、養護・聾学校等、老人ホームや病院に入院中の方等へ出張致します。
ホームヘルパーの資格を持った理美容師が、年中無休で福島県内に出張致します。（出張料無料）

※肌に直接触れるタオルや剃刀は理容法に基づき施行します。

※当店は、業務賠償責任保険 5 億円に加入しております。

施設訪問業務

- ・ 総合病院、有床診療所
 - ・ 特別養護老人ホーム、グループホーム、老人保健施設
 - ・ デイサービス、小規模多機能型施設
 - ・ 知的障がい者施設、養護学校
- （2020年4月現在）



上記施設に定期的に出張致します。

業務場所は洗面所付近等、施設の指示に従います。

毎日お忙しい看護師さん、介護ヘルパーさん達のお役に立てると確信しております。

カット	2, 100円
お顔そりセット	3, 100円
毛染め	4, 600円
パーマ	5, 500円

令和 8 年 6 月 1 日改定

別表 2

面会・外出

令和 8 年 4 月 1 日より

月曜日～金曜日	(予約不要) 面会可能時間は 14:00～16:30 (うち 30 分以内) ※ 最終受付は 16:00 までとさせていただきます
土日祝 8/13～16 12/31～1/3	(予約必要) ①14:00 ②14:30 ③15:00 ④15:30 ⑤16:00 予約方法 予約期間: 当日から翌月末までの土日祝等で空いている時間帯の予約が必要です ・ 1 度に複数ヵ所の予約は不可とさせていただきます ・ お電話または面会後の予約が可能です 受付時間: 平日 9 時～17 時 (但し、土日祝等の面会終了後の予約を除く)
面会場所	・ 居室 (ご家族様 2 名様まで) ※離床が難しい方も居室となります ・ 面会ブース (ご家族様 3 名以上の場合または差し入れを持参された場合) ※ お子様がお一人で待機できない場合は人数に含めません ※ 2 名様でも面会ブースを選択する事は可能です
共通事項	誤嚥や窒息防止のため、おやつ程度の物 (手作り不可) を本人様のみ召し上がっていただき、残った物はご家族様でお持ち帰りください ※居室内は飲食禁止です

面会方法

- ・ 事務所で面会に来られたことをお伝えし、面会簿に氏名、入場時間、差し入れの有無 (有の場合はその内容) をご記入後、職員にお渡しください (面会カードを受け取り、首から下げてください)
- またお帰りの際は事務所にお声掛けの上、面会簿退出時間をご記入ください (面会カード回収します)
- ・ 事務所で手指のアルコール消毒をお願いします
- ・ 面会時間中は、ご家族様・入所者様共にマスクを着用のまま面会をお願いします
- ・ 入所者様の意思、体調不良等で中止する場合がありますので、その際はご了承ください

以下のような場合には面会キャンセルをお願いします。その際、土日祝等は再度ご予約が必要となります

- ・ 10 日以内にかぜ症状がある、または体調がすぐれない、ご自身が感染性の陽性者になった
- ・ 10 日以内に身近に感染性の陽性者が出た、濃厚接触者になった

外出について

ご家族様からの申し出により月 1 回を上限とします。
お手続き等に関しては、担当の相談員へご相談ください。

介護老人保健施設指定介護予防短期入所療養介護
利用における重要事項説明に関する同意書

介護老人保健施設ケアタウンひまわり指定介護予防短期入所療養介護事業所を利用するにあたり、介護老人保健施設指定介護予防短期入所療養介護利用契約書及び重要事項説明書・契約書別紙を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらの内容を理解し、その内容に同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

氏 名 印

<保証人>

氏 名 (続柄) 印

<説明者>

介護老人保健施設ケアタウンひまわり 介護予防短期入所療養介護事業所

役職名

氏 名 印

介護老人保健施設のサービス提供に伴う 利用者負担にかかる同意書

介護老人保健施設のサービス(指定介護予防短期入所療養介護)を利用するにあたり、これらの利用者負担に関して、担当者による説明を受け、介護老人保健施設のサービス(介護予防短期入所療養介護)を利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに同意します。

令和 年 月 日

介護老人保健施設ケアタウンひまわり

介護予防短期入所療養介護事業所

管理者 佐 藤 百 合 子 様

<利用者>

氏名 _____ 印

<保証人>

住所 _____

続柄 _____

氏名 _____ 印

個人情報の使用・提供に関する同意書

施設入所・退所にあたり以下の事項に同意します。

1. 入所中の介護サービス計画を作成するにあたり、個人情報を施設職員が使用する事について
2. 退所にあたり居宅支援事業者・利用予定の介護保険施設・入院による病院・主治医等への必要な個人情報を提供することについて

《個人情報の内容》

- ・ 住所、氏名、年齢、生年月日、要介護度
- ・ 利用目的、家庭状況
- ・ 傷病名
- ・ 身体状況(障害の程度等)
- ・ ADL状況(食事、入浴、排泄、移動、着脱等)
- ・ 施設での生活状況等
- ・ 家族の個人情報
- ・ その他必要とされる情報

3. 施設活動等、記録としての写真の掲載について
4. 居室や掲示物への名前の掲載について
5. 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等について（利用者個人を特定できないように仮名を使用する事を厳守します。）

令和 年 月 日

介護老人保健施設ケアタウンひまわり

介護予防短期入所療養介護事業所

管理者 佐 藤 百 合 子 様

<利用者>

氏名 _____ 印

<保証人>

氏名(続柄 _____) _____ 印

「日用消耗品」 利用同意書

貴施設において提供する下記のものについて担当者の説明を十分に理解したうえで利用を希望します。

品 目	利用料金（実費）/日
おしぼり 清拭おしぼり ペーパータオル ティッシュペーパー 液体石鹸・シャンプー	1 5 0 円

令和 年 月 日

介護老人保健施設ケアタウンひまわり

介護予防短期入所療養介護事業所

管理者 佐 藤 百 合 子 様

<利用者>

氏名 _____

<保証人>

住所 _____

続柄 _____

氏名 _____ 印

