

重要事項説明書（介護予防短期入所生活介護サービス）

あなたに対する介護予防短期入所生活介護サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令 37 号 125 条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

運 営 主 体	社会福祉法人 友愛会
主たる事務所の所在地	山口市阿東地福下 2 8 8 番地 1
法 人 種 別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長 福江 正治
電 話 番 号	(083) 952-1154

2. ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム阿東園
施設の所在地	山口市阿東地福下 2 8 8 番地 1
都道府県知事指定番号	指令援護第 8 8 号
施設長の氏名	吉松 博文
電 話 番 号	(083) 952-1154
ファックス番号	(083) 952-1150

3. ご利用施設であわせて実施する事業

特別養護老人ホーム 80 床

短期入所生活介護 10 床（介護予防短期入所生活介護含む）

4. 施設の目的と運営の方針

- ①当施設は、介護予防短期入所生活介護計画に基き、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持または向上を目指すことを目的とします。
- ②当施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って介護予防短期入所生活介護サービスを提供するように努めます。

- ③当施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、介護予防支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

5. 施設の概要

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム阿東園）

敷 地	11,882.21㎡	
建 物	構 造	鉄筋コンクリート、鉄骨造、一階建
	延床面積	2,351.19㎡
	利用定員	80人、ショートステイ10床

居室

居室の種類	室 数	面 積	1人あたりの面積
2人部屋	1	20.20㎡	10.10㎡
4人部屋	17	33.37㎡	8.34㎡
〃	1	34.10㎡	8.52㎡
〃	1	34.41㎡	8.60㎡
〃	1	34.65㎡	8.66㎡
〃	2	46.81㎡	11.70㎡

主な設備

設備の種類	数	面 積	特 色
食 堂	2	203.5㎡	
機能訓練室	1	24.8㎡	
一般浴	1	22.4㎡	
中間浴	1	5.5㎡	
機械浴	1	25.3㎡	
医務室	1	32.4㎡	
洗面所	5	15.9㎡	車椅子の利用し易い高さ
便 所	4	69.5㎡	手すりを設け使い易い

6. 職員体制

従業者の職種	員数	区 分				常勤換算後の人数	指定基準	保有資格
		常 勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
施設長	1	1				1		
医師	1			1		1		
生活相談員	1	1				1		

介護職員	36	18		17		31.2	30	
看護職員	5		4			4.6	3	
栄養士	2	1		1		1.7	1	
機能訓練指導員	4		4				1	
介護支援専門員	1		1				1	

7. 主な職種の勤務体制及び勤務時間

従業者の職種	勤務体制	勤務時間
施設長	施設長は、施設の業務を統括する。	8:30～17:30
医師（非常勤）	医師は、入所者の診察、健康管理及び保健衛生指導に従事する。	毎週木曜日 13:30～15:30
生活相談員	生活相談員は、入所者の生活相談、面接、身上調査並びに入所者処遇の企画及び実施に関するに従事する。	8:30～17:30
介護職員	介護職員は、入所者の日常生活の介護、援助に従事する。	日勤 8:45～17:45 日勤 8:30～17:30 早出 7:30～16:30 遅出 10:30～19:30 夜勤 16:30～ 9:30
看護職員	看護職員は、入所者の診察の補助及び入所者の保健衛生管理に従事する。	日勤 8:15～17:15 日勤 8:30～17:30 早出 8:00～17:00 遅出 9:30～18:30
栄養士	栄養士は、献立作成、栄養量計算及び食事記録、調理員の指導等の食事業務全般並びに入所者の栄養指導に従事する。栄養ケア計画を立て、栄養ケアを実施する。	8:30～17:30
機能訓練指導員	機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又は、その減退を防止するための訓練を行う。	看護職員兼務
介護支援専門員	介護支援専門員は、施設サービス計画を作成する。	生活相談員兼務

8. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設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利用者にご負担いただく場合があります。

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合

以下のサービスについては、居住費、食費を除き7～9割(負担割合に応じて)が介護保険から給付されます。

サービスの種別	内 容	自己負担額
食事	食事時間 朝食 7時45分～ 8時45分 昼食 12時00分～13時00分 夕食 18時00分～19時00分 食事場所 できるだけ離床して食堂でお食ください。食べられないものや、アレルギーのある方は事前にご相談してください。	1,455円 朝食385円 昼食530円 夕食530円
排泄	自立排泄か、時間排泄か、おむつ使用について利用者の状況にあわせて具体的に記載します。	サービス費の1割、2割又は3割をお支払いただきます。
入浴・清拭	入浴日 週2日 清拭は入浴日以外は毎日、入浴日でも入浴しない方はタオルで体をおふきします。	
離床	寝たきり防止のため、毎日離床のお手伝いをします。	
着替え	毎朝夕の着替えのお手伝いをします。	
整容	身の回りのお手伝いをします。	
シーツ交換	シーツ交換は週1回行います。	
洗濯	必要に応じて衣類の洗濯を行います。	
機能訓練	日常生活動作の維持又は向上を日頃の生活の中で実施します。	
健康管理	利用中の医療機関の受診は、基本的にご家族に対応をお願いします。	
娯楽等	年間を通して事業所内の行事を行います。	
介護相談	入所者とその家族からの相談に応じます。	

<サービス利用料金(1日あたり)>

下記の利用者負担割合に応じた料金表により、ご利用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)と居室および食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。(サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。)

なお、負担割合については「介護保険負担割合証」に記載されています。

①利用者負担割合 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 4,460円	要支援2 5,550円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,014円	4,995円
3. サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	446円	555円
4. 居室に係る自己負担額	855円	
5. 食事に係る自己負担額	1,445円 (朝食385円、昼食530円、夕食530円)	
6. 自己負担額合計 (3+4+5)	2,746円	2,855円

②利用者負担割合 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 4,460円	要支援2 5,550円
2. うち、介護保険から給付される金額	3,568円	4,440円
3. サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	892円	1,110円
4. 居室に係る自己負担額	855円	
5. 食事に係る自己負担額	1,445円 (朝食385円、昼食530円、夕食530円)	
6. 自己負担額合計 (3+4+5)	3,192円	3,410円

③利用者負担割合 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 4,460円	要支援2 5,550円
2. うち、介護保険から給付される金額	3,122円	3,885円
3. サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	1,338円	1,665円
4. 居室に係る自己負担額	855円	

5. 食事に係る自己負担額	1,445円(朝食385円、昼食530円、夕食530円)	
6. 自己負担額合計 (3+4+5)	3,638円	3,965円

上記料金には

サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 180円…自己負担18円(負担割合証1割の場合)

介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 利用料金の8.3%

介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) 利用料金の2.7%

が含まれています。

※療養食加算:医師の指示により特別に管理された食事が必要な場合 1回(1食)につき80円…自己負担8円(負担割合証1割の場合)

※送迎加算:送迎が必要な場合 片道1,840円…自己負担184円(負担割合証1割の場合)

※上記加算(療養食、送迎)にも介護職員処遇改善加算(Ⅰ)が加算されます。

☆居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

当施設の居住費・食費の負担額

負担の軽減は、申請後、決定があった月の初日から対象になります。また、対象者は、世帯の全員(世帯分離している配偶者を含む)が、市町民税非課税世帯であり、かつ預貯金等の資産が、下記表のとおりとなります。

年金収入※80万円以下(第2段階)	単身 650万円、夫婦 1,650万円
年金収入80万円超 120万円以下(第3段階①)	単身 550万円、夫婦 1,550万円
年金収入120万円超(第3段階②)	単身 500万円、夫婦 1,500万円

※公的年金等収入金額(非課税年金を含みます。)+その他の合計所得金額。

[単位:円](1日当たり)

対象者		区分	居住費(多床室)	食費
生活保護受給者		利用者負担 第1段階	0	300
高齢福祉年金受給者				
市町村民 税非課税 者	年金収入等 80万円以下	利用者負担 第2段階	370	600
	年金収入 80万円超120万円以下	利用者負担 第3段階①	370	1,000

	年金収入等 120 万円超	利用者負担 第3段階②	370	1,300
	上記以外の方	基準費用額	855	1,445

☆実際の負担額は、日額で設定されます。

高額介護サービス費の制度

1ヶ月あたりの上限額を上回る利用料が後日払い戻されます。

(単位：円)

区 分	上限額
生活保護受給者	15,000 (世帯)
世帯の全員が市町村民税非課税であり、前年の公的年金等収入金額+その他の合計所得金額の合計が 80 万円以下の方等	24,600 (世帯) 15,000 (個人)
世帯の全員が市町村民税非課税	24,600 (世帯)
市町村民税課税～課税所得 380 万円 (年収 770 万円) 未満	44,400 (世帯)
課税所得 380 万円 (年収 770 万円) ～690 万円 (年収 1160 万円未満)	93,000 (世帯)
課税所得 690 万円 (年収 1160 万円) 以上	140,100 (世帯)

介護保険外給付サービス、その他日常生活に必要な物品 (ただし、オムツは除きます) に
つきましては、ご利用者の方の全額負担となっておりますのでご了承ください。

(3) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合

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。

サービスの種別	内 容	自 己 負 担 額
理髪・美容		実 費
喫茶室等		
レクリエーション行事		
特別な食事		

(3) 利用料金のお支払い方法

当事業所では、あなたに対し、利用月の翌月 15 日までにサービスの提供日、当月の利用料等の明細を記載した請求書をお渡しします。

毎月の利用料は、翌月 20 日にご指定の金融機関の口座から引落としさせていただきます。

ご利用できる金融機関…山口銀行、郵便局、山口中央農協

9. 通常の送迎の実施地域

通常の送迎の実施地域は阿東地域とします。

ただし、当該地域以外の地域に居住する被保険者に対し、サービスの提供を行う事を妨げるものではありません。

10. 入所中の医療の提供について

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力いただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

① 協力医療機関協力医療機関

医療機関の名称	藤原医院
院長名	藤原 弘
所在地	山口市阿東生雲中188-7
電話番号	(083) 954-0331
診療科	内科、外科、リハビリテーション科、小児科
入院設備	無
医療機関の名称	済生会山口総合病院
院長名	城甲 啓治
所在地	山口市緑町2-11
電話番号	(083) 922-2430
診療科	全科
入院設備	有

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	たなか歯科医院
院長名	田中 貴恵子
所在地	山口市阿東生雲中177-1
電話番号	(083) 954-0120
入院設備	無

11. 緊急時の対応

サービス提供時にご利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかにご家族及び主治医や協力医療機関・協力歯科医療機関へ連絡を取るなど必要な措置を講じます。

12. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町及び関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故の際に取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。

13. 苦情の受付について

当施設のサービスについて、不明な点や疑問、苦情がございましたら、当施設の事務所に利用相談等の担当者を置いておりますのでお気軽にご相談下さい。責任を持って調査、改善させていただきます。

特別養護老人ホーム阿東園		083-952-1154 (TEL) 083-952-1150 (FAX)	責任者 吉松 博文 担当者 倉永 明久
山口市健康福祉部 介護保険課		083-934-2795 (TEL)	山口市亀山町2番1号 午前8時30分～午後5時15分
国民健康保険団体連合会		083-995-1010 (TEL)	山口市大字朝田字岡の口 1980-7 午前8時30分～午後5時15分
第三者 委員	田中 一枝	083-952-0214 (TEL)	山口市阿東地福下 957
	三宅 洋子	083-955-0358 (TEL)	山口市阿東篠目 559-2

14. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「阿東園消防計画」により対応致します。
近隣との協力関係	山口市阿東消防署と絶えず連絡を取っております。
平常時の訓練	「阿東園消防計画」にのっとり、夜間、昼間の消防訓練を年に各1回入所者の方も参加して実施しております。
防災設備	自動火災報知機 誘導灯 ガス漏れ報知器 防火扉、シャッター 屋内消火栓 非常通報装置 漏電火災報知器 非常用電源 カーテン布団等は、防災性能のある物を使用しております。

消防計画	消防署への届出日 令和2年12月15日 防火管理者 吉松 博文
------	------------------------------------

15. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

来訪、面会	面会時間 午前9時から午後9時まで 面会者の方はご面倒でも、玄関に備えている面会簿へ記帳して下さい。
喫煙、飲酒	喫煙は決められた場所をお願いします。 飲酒は晩酌の範囲内をお願いします。
居室、設備、器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合は、弁償していただくことがあります。
迷惑行為等	騒音など他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくも他の入所者の居室等に入らないようにして下さい。

令和 年 月 日

当事業所は、介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始にあたり、本書面に基づく、重要事項の説明を行いました。

介護予防短期入所生活介護サービス事業者

主たる事務所所在地 山口県山口市阿東地福下 288 番地 1
名 称 特別養護老人ホーム阿東園
説明者 職名 生活相談員

氏 名 倉永 明久 ㊞

私は本書面に基づいて、重要事項の説明を受け、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。また他機関との連携を図る等、正当な理由がある場合、関係医療機関やその他の事業所、サービス担当者会議等に私や家族に関する個人の情報を提供することに同意します。

(利用者)

住 所

氏 名 ㊞

(署名代行者)

私は、利用者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。

住 所

氏 名 ㊞

(利用者の家族)

住 所

氏 名 ㊞

続柄 ()