

重要事項説明書（介護老人福祉施設サービス）

あなたに対する介護福祉施設サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令 39 号 4 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

空床・併設型短期入所生活介護 10 床

4. 施設の目的と運営の方針

- ①当施設は、施設サービス計画に基き、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、ご利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るようにすることを目的とします。
- ②当施設は、ご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指定介護福祉施設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、居宅介護支援事業者、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	11,882.01㎡	
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	1		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、ご利用者の診察、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、ご利用者の生活相談、面接、身上調査並びに処遇の企画及び実施に関することに従事する。	8:30～17:30
介護職員	介護職員は、ご利用者の日常生活の介護、援助に従事する。	日勤 8:45～17:45 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、ご利用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 8:30～17:30 早出 8:00～17:00 遅出 9:45～18:45
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ご利用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

が介護保険から給付されます。

サービスの種別	内 容
食事	食事時間 朝食 7時45分～ 8時45分 昼食 11時50分～13時00分 夕食 17時30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。献立表は前日までにお手元にお届けします。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。
排泄	自立排泄か、時間排泄か、おむつ使用についてご利用者の状況にあわせて具体的に記載します。
入浴・清拭	入浴日 週2日 入浴日以外は必要に応じて清拭を行います。入浴日でも入浴しない方は清拭を行います。
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	機能訓練指導員による機能訓練をあなたの状況にあわせて行います。
健康管理	当施設の医師により、診察日を設けて健康管理に努めます。診察日以外でも心配なときは、いつでも診察しますからお申し付けください。外部の医療機関に通院する場合は介添えにご協力します。
娯楽等	
介護相談	ご利用者とそのご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)と居室及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. ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護度1 5,730円	要介護度2 6,410円	要介護度3 7,120円	要介護度4 7,800円	要介護度5 8,470円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,157円	5,769円	6,408円	7,020円	7,623円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	573円	641円	712円	780円	847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				
6. 自己負担額合計(3+4+5)	2,873円	2,941円	3,012円	3,080円	3,147円

② 利用者負担割合 2割

1. ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護度1 5,730円	要介護度2 6,410円	要介護度3 7,120円	要介護度4 7,800円	要介護度5 8,470円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,584円	5,128円	5,636円	6,240円	6,776円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,146円	1,282円	1,424円	1,560円	1,694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				
6. 自己負担額合計(3+4+5)	3,446円	3,582円	3,724円	3,860円	3,994円

③ 利用者負担割合 3割

1. ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護度1 5,730円	要介護度2 6,410円	要介護度3 7,120円	要介護度4 7,800円	要介護度5 8,470円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,011円	4,487円	4,984円	5,460円	5,929円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,719円	1,923円	2,136円	2,340円	2,541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				
6. 自己負担額合計 (3+4+5)	4,019円	4,223円	4,436円	4,640円	4,841円

上記料金には

日常生活継続支援加算(I) (360円…自己負担 一割36円・二割72円・三割108円)
 夜勤職員配置加算(I)ロ (130円…自己負担 一割13円・二割26円・三割39円)
 精神科医師定期的療養指導 (50円…自己負担5円 一割5円・二割10円・三割15円)
 が含まれます。

○介護職員等特定処遇改善加算(I)

[利用料(サービス利用に係る自己負担額)に2.7%が加算されます]

○介護職員処遇改善加算(I) [利用料(サービス利用に係る自己負担額)に8.3%が加算されます。]

初期加算 : 入所されて30日間(30日の入院後、退院された場合含む) 日額300円(自己負担30円)

○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 一回60円(自己負担6円)

○経口移行加算: 経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく栄養管理を行う場合 180日を限度として
 日額280円(自己負担28円)

※ 上記加算(初期加算、療養食加算、経口移行加算、外泊時費用)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
市町村民 税非課税 者	老齢福祉年金受給者			
	年金収入等 80 万円以下	利用者負担 第2段階	370	390
	年金収入 80 万円超120万円以下	利用者負担 第3段階①	370	650
	年金収入等 120 万円超	利用者負担 第3段階②	370	1,360
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。

(2)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利用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	一回 (カットのみ) 1,400円	実 費
喫茶室等		
レクリエーション行事		
日常生活の購入代行	衣類、スリッパ、歯ブラシ等の購入の代行をいたします。	
特別な食事		
クラブ活動		
金銭管理サービス	金融機関の預金通帳、印鑑等の保管他、サービスの利用料、公共料金等の支払い代行を致します。 (利用の場合は別途契約が必要)	無 料

(3)費用支払いに対する特例措置

旧措置者の方については、措置制度の負担水準を超えることがないよう負担軽減措置が講じられます。

(4) 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。

(5) 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、J A山口

9. 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

①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 1 8 8 - 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

②協力医療機関

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

③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

10. 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とるなど必要な措置を講じます。

11. 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、市町村および関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してと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。

12. ご利用者が病院等に入院された場合の対応について

(1) 当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応

①検査入院等、短期入院の場合

1ヵ月につき6日以内（複数の月にまたがる場合は最大で12日）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。（1日あたり246円）

②上記期間を超える入院の場合

上記短期入院の期間を超える入院については、3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの受入準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。

③3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

(2)円滑な退所のための援助

ご利用者が当施設を退所する場合には、ご利用者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご利用者に対して速やかに行います。

- 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

13. 身体拘束の禁止

原則として、ご利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前にご利用者及びそのご家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

14. 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。

苦情受付担当者 生活相談員 倉永 明久 (連絡先) 083-952-1154

苦情解決責任者 園 長 吉松 博文 (連絡先) 083-952-1154

第三者委員 田中 一枝 (連絡先) 083-952-0214

山口市阿東地福下957番地

三宅 洋子 (連絡先) 083-955-0358

山口市阿東篠目559番地2

山口市健康福祉部介護保険課 (連絡先) 083-934-2795

山口市亀山町2番1号

国民健康保険団体連合会 (連絡先) 083-995-1010

山口市大字朝田字岡の口1980-7

15. 医療的ケアの実施について

当施設ではご利用者に対する医療的ケア（口腔内のたんの吸引・胃ろうによる経管栄養～医行為の一部）を医師、看護職員の指示の下、看護職員と介護職員が協働して実施する方針

としています。そして医療的ケアを必要時に、医師、看護職員との連携の下で介護職員も行うこととします。これらのケアを実施する介護職員については、法に規定される研修を修了し、専門的な知識・技能を習得した者を対象とします。また、医師の指示の下、医療機関との連携・緊急時の体制整備など、ご利用者の安全確保に最善を尽くしていきます。

16. 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回ご利用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

17. 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。
外出、外泊	風邪気味の方はマスクを着用して下さい。外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅日時を明記した届け出を提出して下さい。
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、やみくも他のご利用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、介護老人福祉施設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。

介護老人福祉施設サービス事業者

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

氏名 ㊟

私は本書面に基づいて、重要事項の説明を受け、介護老人福祉施設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又は身元引受人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 山口市阿東地福下288番地1

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 ()