

重要事項説明書

(短期入所生活介護サービス 介護予防短期入所生活介護サービス)

あなたに対する施設サービス提供開始にあたり、当事者があなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 光葉会
主たる事業所の住所	山口県岩国市室の木町3丁目 1-74
法人種別	社会福祉法人
代表者名	森川 敏昭
電話番号	0827-28-2860
設立年月	平成4年4月1日

介護保険法令に基づき山口県知事又は岩国市長から指定を受けている事業所名称 (指定番号)	各事業所につき介護保険法令に基づき山口県知事から又は岩国市長から指定を受けている介護サービスの種類
特別養護老人ホーム光葉苑 (3570800239)	介護老人福祉施設
特別養護老人ホーム光葉苑(短期入所) (3570800239)	短期入所生活介護
特別養護老人ホーム光葉苑(介護予防短期入所) (3570800239)	介護予防短期入所生活介護
光葉苑介護保険相談室 (3570800445)	居宅介護支援事業

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	特別養護老人ホーム光葉苑
指定番号	山口県 3570800239
所在地	山口県岩国市下317-2
電話番号	0827-47-3500

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要支援、要介護状態と認定された利用者に対し、介護保険法の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう施設においてサービスを提供する。
運営の方針	温もりのある施設において、生きがいのある日々が送れるように、短期入所生活介護計画に基づき、最善のサービスを提供する。

4. 施設の概要

敷地	6,619.21㎡	
建物	構造	鉄筋コンクリート構造
	延床面積	2,495.16㎡
	定員	特別養護老人ホーム 50人 短期入所 6人

居室

居室の種類	室数	面積	1人当たりの面積	備考
1人部屋	6室	61.20 m ²	10.20 m ²	多床室
2人部屋	2室	40.60 m ²	10.15 m ²	
4人部屋	10室	348.00 m ²	8.70 m ²	
洋室(4人部屋)	1室	47.11 m ²	11.77 m ²	
洋室(2人部屋)	1室	17.84 m ²	8.92 m ²	

※ 当施設の居室は、原則として2人部屋ですが、個室など他の種類の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

5.主なる設備

設備の種類	数	面積	特色
食堂	1	208.8 m ²	ゆったり食事ができます。
機能訓練室	1	69.60 m ²	歩行練習の階段等あります。
一般浴室	1	46.37 m ²	椅子に座り入浴も可能です。
特別浴槽	1	46.4 m ²	寝たまま入浴できます。
医務室	1	20.30 m ²	看護職員が待機しています。
静養室	1	40.60 m ²	体調の優れない方が一時的に静養できます。
洗面所	3	7.50 m ²	一般棟2ヶ所、認知症棟1ヶ所
便所	3	83.65 m ²	一般棟2ヶ所、認知症棟1ヶ所

6.施設サービスの概要

サービスの種類	内容
食事※	<ul style="list-style-type: none"> 当施設では、栄養士(管理栄養士)の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。 ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。 <p>食事時間(概ね次の通りです) 朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 17:10～</p> <p>食事場所 できるだけ離床し、食堂で食べて頂きます。食べられないもの、アレルギーのある方は事前にご相談頂き対応いたします。水分に関しては、お茶の他ゼリー等用意しております。(一部自己負担になる物もあります)</p>
排泄	自立、トイレ誘導、おむつ対応等お一人お一人に合わせた対応をいたします。
入浴・清拭	入浴実施日 月曜～土曜 入浴時間 一般浴午後・特別浴午前 週2回入浴して頂きます。体調等により清拭となる場合があります。
離床	寝たきり防止のため、食事時等健康状態を考慮し、離床して頂きます。
着替え	毎朝夕、入浴時、その他必要に応じて着替えて頂きます。
整容	爪切、歯磨き、入れ歯の手入れ等身の回りのお手伝いをさせていただきます。
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状態に応じて行います。
健康管理	当施設の医師により、健康管理に努めます。夜間等、緊急時の対応も行います。必要時、吸引を行います。(実施する際は別紙書類にて同意をいただきます。)

娯楽等	歌、踊り等定期的なボランティアが来苑します。売店が定期的にあります。
介護相談	利用者とその家族からのご相談に応じます。 家族希望時、介護記録を閲覧することができます。

※ 経管栄養の方は7:30～、16:00～の1日2回になります。実施する前には、別紙書類にて確認頂きます。

介護保険外給付サービス

サービスの種類	内 容	自己負担額
理髪・美容	ご希望に応じる	実費ご負担いただきます。
喫 茶	お菓子等、召し上がっていただきます	
日常生活品	衣服・スリッパ・歯ブラシ等日用品の購入を代行します	実費ご負担いただきます
特別な食事	ご希望に応じ、特別な食事が用意できます	実費ご負担いただきます
金銭管理サービス	支払い代行サービス	
滞在費 ※	居室の提供	855円(R6.8月より915円)
食 費 ※	食事の提供	朝食 300円 昼食 800円 夕食 500円
テレビ代	テレビ使用時の電気代	1日50円

※ 滞在費と食事に係る自己負担額について、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食費の負担限度額とします。

下記の料金表により、ご契約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)と居室と食事に係る自己負担額の合計額をお支払い下さい。

(サービス利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります)

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1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	4,510円	5,610円	6,030円	6,720円	7,450円	8,150円	8,840円
2. うち、介護保険から給付される金額 (上段:1割負担/中段:2割負担/下段:3割負担)	4,059円	5,049円	5,427円	6,048円	6,705円	7,335円	7,956円
	3,608円	4,488円	4,824円	5,376円	5,960円	6,520円	7,072円
	3,157円	3,927円	4,221円	4,704円	5,215円	5,705円	6,188円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2) (上段:1割負担/中段:2割負担/下段:3割負担)	451円	561円	603円	672円	745円	815円	884円
	902円	1,122円	1,206円	1,344円	1,490円	1,630円	1,768円
	1,353円	1,683円	1,809円	2,016円	2,235円	2,445円	2,652円
4. 居室に係る自己負担額※	855円	855円	855円	855円	855円	855円	855円
5. 食事に係る自己負担額※	1,445円	1,445円	1,445円	1,445円	1,445円	1,445円	1,445円
6. 自己負担額合計(1日分)(3+4+5(1445円)) (上段:1割負担/中段:2割負担/下段:3割負担)	2,751円	2,861円	2,903円	2,972円	3,045円	3,115円	3,184円
	3,202円	3,422円	3,506円	3,644円	3,790円	3,930円	4,068円
	3,653円	3,983円	4,109円	4,316円	4,535円	4,745円	4,952円

【加算部分】※(1割負担/2割負担/3割負担)

《介護予防短期入所・短期入所 どちらにもかかるもの》

送迎加算 片道 184円/368円/552円 サービス提供体制加算Ⅰ 22円/44円/66円

療養食加算(1食) 8円/16円/24円 (対象者のみ)

生産性向上推進体制加算Ⅱ 10円/20円/30円(1月に1回)

- ★

{	介護職員処遇改善加算Ⅰ	算定した単位数の1000分の83に相当する単位数
	介護職員特定処遇改善加算Ⅰ	算定した単位数の1000分の27に相当する単位数
	介護職員等ベースアップ等支援加算	算定した単位数の1000分の16に相当する単位数
- ★R6.6より介護職員等処遇改善加算Ⅰ算定した単位数の1000分の140に相当する単位数となります
《短期入所のみかかるもの》

夜勤職員配置加算Ⅲ 15円/30円/45円

看護体制加算Ⅰ 4円/8円/12円 看護体制加算Ⅱ 8円/16円/24円

その他 社会福祉法人による利用料金減免制度(被爆者・低所得者)高額介護サービス費制度があります。

※ 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。

※ 加算部分に関しましては、ご利用者の状態・状況により異なります。

☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けてない場合には、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。要介護の認定を受けた後、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)

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

7.職員体制

従事者の職種	員数	区 分			
		常 勤		非常勤	
		専従	兼務	専従	兼務
施 設 長	1		○		
生 活 相 談 員	1人以上	○	○		
介 護 職 員	17人以上	○	○	○	
看 護 職 員	2人以上	○	○		
医 師	1人以上				○
管 理 栄 養 士	1人以上		○		
介 護 支 援 専 門 員	1人以上		○		
機 能 訓 練 指 導 員	1人以上		○		

※ 員数、常勤換算後の人員数は指定基準を下回らない人員で変わることがあります。

員数は、介護老人福祉施設と兼ねる。

8.協力医療機関

協力病院名	住所	電話番号
いしい記念病院	岩国市多田26-1	0827-41-0114(代)
岩国市医療センター医師会病院	岩国市室の木町3-6-12	0827-21-3211(代)
塩田歯科医院	岩国市上多田969-1	0827-41-0648

9.苦情申し立て窓口

特別養護老人ホーム 光葉苑	岩国市下317-2	0827-47-3500
	苦情処理担当責任者	施設長 山永 則宏
	苦 情 処 理 担 当	相談員 中林 祐子、西村尉功
岩国市 福祉政策課	岩国市今津町1-14-51 岩国市役所	0827-29-5072
山口県 国民健康保険団体連合会	山口市朝田1980番地7	083-995-1010

※ 事故、苦情発生に対して迅速かつ適切に対応するため、苦情窓口及び第三者委員の設置、責任者、担当者の配置、事実関係の調査実施、改善措置、利用者又はご家族に対する説明、居宅介護支援事業者、市町村への報告、記録の整備、その他必要な措置を講じるものとする。

10. 第三者委員

第三者委員名	住 所	電話番号
隅 喜彦	岩国市錦町広瀬 6536	0827-71-2466
藤井 明宣	岩国市今津町 1-1-4 1103 号	090-3374-3189

11. 事故発生時の対応

損害賠償	利用者に対する施設サービスにより、賠償すべき事故が発生した場合、あいおいニッセイ同和損保(株)介護保険・社会福祉事業者総合保険 にて対応。
------	---

※利用者が身体の状況の急激な変化等で緊急に職員の対応を必要とする場合、24 時間、ナースコール等で職員の対応を求めることができるものとする。また、予め近親者等の連絡先を届け出ている場合は、医療機関への連絡とともにその緊急連絡先へも速やかに連絡を行うものとする

12. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途に定める防災計画及び消防計画に対応しこれを行う
岩国消防署との連絡網	直接の連絡網にて対応

13. 防災訓練

平常時の訓練	別途に定める防災計画及び消防計画に対応しこれを行う
防火設備	スプリンクラー 自動火災報知器 誘導等 非常通報装置 漏電火災報知器 カーテン、布団等は防火性のあるものを使用

14. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

面会	8:30から17:30(17:30以降は玄関横のインターホンを押して下さい) 時間外の面会を希望される場合はなるべく事前にご連絡ください。))
消灯時間	午後10:00
外出・外泊	苑指定の様式にて提出
飲酒・喫煙	飲酒については所定の場所、時間にて可、敷地内禁煙
火気の取り扱い	禁止
設備・備品の使用	職員の許可を要す
所持品・備品の持ち込み	必要最低限度とする
金銭・貴重品の管理	利用者が管理しない場合は金品委任状にて契約の後、施設にて管理する
宗教活動	他人に迷惑を及ぼす危険性のある場合は禁止
その他	営利活動、特定の政治活動禁止

15. 送迎区域

通常の実施地域は、柱島、黒島、端島を除く岩国市全域、和木町とする。

16. 身体拘束の禁止

当施設では、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため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（以下、「身体拘束等」という。）は行いません。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を記録するものとします。

当施設では、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます

- ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の職員に周知徹底を図ります
- ・身体的拘束等の適正化のための指針を整備します
- ・介護職員その他の職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します

17. 虐待の防止のための措置

当施設では、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます

- ・虐待防止のための委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています
- ・虐待防止のための指針を整備しています
- ・職員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施しています
- ・上記措置を適切に実施するために担当者を置いています
- ・サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（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利用者を発見した場合には、速やかにこれを市町村に通達します。

18. 業務継続計画の策定

- ・感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします
- ・従業者に対し、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定期的実施します
- ・定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います

19. 感染対策

当施設において感染症が発生し、又はまん延しないように次の措置を講じるものとします

- ・施設における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね3か月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります
- ・施設における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します
- ・職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します
- ・「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応を行います

◇当施設の居住費・食費の負担額

世帯員全員が市町村民税非課税の方（市町村民税非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合、施設利用・ショートステイの居住費（滞在費）・食費の負担が軽減されます。 [単位:万円](月概)

			居住費(居住の種類により異なります)			食費
			多床室 (相部屋)			
生活保護受給者		利用者負担 1段階	0			1.0
世帯全員が 市町村民税非課税	高齢年金受給者	利用者負担 1段階	0			1.0
	年金収入等 80 万円以下の方	利用者負担 2段階	1.1			1.2
	年金収入等が 80 万円超 120 万円以下の方など	利用者負担 3段階①	1.1			2.0
	年金収入等が 120 万円超 の方など	利用者負担 3段階②	1.1			4.1
上記以外の方		利用者負担 4段階	施設との契約により設定されます。なお 所得の低い方に補足的な給付を行う場合 に基準となる平均的な費用額は次のとおりです。			
			2.6※			4.9

※R6.8月より 2.8

当施設における個人情報の使用について

当施設は、個人情報を下記の目的に利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。個人情報の取り扱いについてご同意いただけない点があればお申し出ください。

- 1.介護・医療情報提供（要配慮個人情報を含む）
 - ①当施設での介護福祉サービスの提供
 - ②他の施設・医療機関・薬局・介護支援専門員・その他介護サービス事業等との連携
 - ③行政からの問い合わせに関する回答
 - ④ご家族、身元引受人への施設における状況説明
- 2.介護給付費請求のための事務
 - ①介護給付費の国保連合会への請求
 - ②介護給付費の一部負担金を家族又は身元引受人への請求
 - ③公費負担を行政機関への請求
- 3.当施設の管理運営業務
 - ①会計・経理
 - ②施設利用時の事故等の報告
 - ③ご利用者の介護福祉サービスの向上
 - ④入退所時の連絡及び管理
 - ⑤その他当施設の管理運営業務に関する利用
 - ⑥居室入口に利用者の氏名表意・名札使用
 - ⑦食事トレイに個人の氏名表示
 - ⑧施設内掲示物、苑内広報誌、ホームページ等への写真の掲載
 - ⑨ロボット（見守りセンサー）使用時の撮影した画像の使用
- 4.施設の賠償責任保険等の事務処理時

5.当施設での介護福祉サービスの質の向上への協力

6.外部監査機関への情報提供

光葉苑(介護予防)短期入所に際し、重要事項説明書について説明致しました。
個人情報使用の目的について説明致しました。

事業所

住 所 岩国市下 317 番地 2
事業所名 社会福祉法人 光葉会
特別養護老人ホーム光葉苑
施設長 山永 則宏

説明者(担当者)

重要事項説明書等により利用料金等の説明を受け、同意いたします。
個人情報の使用について、同意いたします。
尚、証するため、本書2通作成し、利用者、事業所が署名の上、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

契約者 住 所
氏名

家 族 住 所
氏名

契約者との関係()

契約者の
代理人 住 所
氏名

契約者との関係()