

重 要 事 項 説 明 書

(短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護)

あなたに対する指定（介護予防）短期入所生活介護サービスにあたり、介護保険法に関する厚生労働省令に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 阿武福祉会
法人所在地	山口県阿武郡阿武町大字木与10039番地5
代表者名	理事長 中野 貴夫
電話番号	08388-2-0088
法人設立年月日	平成11年 4月13日

2. ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム 恵寿苑
施設の所在地	山口県阿武郡阿武町大字木与10039番地5
施設長名	佐村 秀典
電話番号	08388-2-0088
ファクシミリ番号	08388-2-3231

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		山口県知事・阿武町長の事業所指定		利用者数
		指定年月日	指定番号	
施設	特別養護老人ホーム	平成12年4月1日	3578100350	30人
	特別養護老人ホーム (ユニット型)	平成26年4月1日	3597820020	20人
居宅	短期入所生活介護	平成12年4月1日	3578100350	10人
	介護予防 短期入所生活介護	平成18年4月1日		

4. 事業の目的と運営方針

事業の目的	<p>この施設は、身体上または精神上障害があるために介護を必要とする要介護認定等を受けた方で、かつ居宅において一時的に介護を受けることができなくなった方に利用いただけます。要介護認定等とは、要支援から要介護5までをいいます。</p> <p>この施設は、介護保険法令に従い、利用者がその有する能力に応じて、可能な限り自立した生活を営むことができるように支援することを目的とし、日常生活を営むために必要な居室及び</p>
-------	--

	共用施設などをご利用いただき、短期入所生活介護サービスを提供します。
施設運営の方針	1. 高齢者の人権とニーズを尊重し、生活の場としての環境を整え、生活の質の向上に努めます。 2. 職員の融和と協力により、専門性の高い、あたたかいサービスを提供することに努めます。 3. 地域との交流を深め、地域社会の一員として、住民の福祉の向上、理解、信頼確保に努めます。

5. 施設の概要

○ 特別養護老人ホーム

敷	地	8, 287. 95 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造り平屋建て
	延べ床面積	1, 984. 17 m ²
	利 用 定 員	特別養護老人ホーム 30人 ショートステイ 10人

(1) 居室

居 室 の 種 類	室 数	面 積	1人あたりの面積
1 人 部 屋	16 室	216. 00 m ²	13. 50 m ²
2 人 部 屋	2 室	45. 50 m ²	11. 375 m ²
4 人 部 屋	5 室	218. 50 m ²	10. 925 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	室数
食堂	1 室
デイルーム・機能回復訓練コーナー	1 室
静養室	1 室
医務室	1 室
歯科診療室	1 室
浴室	1 室

6. 職員体制（主たる職員）

従事者の種類	員数	区		分		保 有 資 格 等
		常 勤		非 常 勤		
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
苑 長	1 人		1 人			社会福祉施設長資格認定講習
生活相談員	1 人		1 人			介護支援専門員 社会福祉士 介護福祉士
看護主任	1 人		1 人			看護師 介護支援専門員
看護職員	3 人		3 人			看護師 准看護師
介護職員	1 5 人		1 5 人			介護福祉士 介護支援専門員
介護支援専門員	1 人		1 人			生活相談員が兼務
機能訓練指導員	2 人		2 人			看護職員が兼務
栄養士	1 人				1 人	栄養士

※ 職員兼務の状況は、特別養護老人ホームとの兼務を表しています。

7. 職員の勤務体制

従事者の職種	勤 務 体 制
苑 長	正規の時間帯（9：00～18：00） 常勤の勤務
生活相談員	正規の時間帯（9：00～18：00） 常勤の勤務
介護職員	早番（7：00～16：00） 日勤（9：00～18：00） 遅番（11：00～20：00） 夜勤（17：30～9：30） ・ 昼間は原則として6人以上の職員が勤務します。 ・ 夜間（20：00～7：00）は、原則として2人の職員が勤務し、お世話をさせていただきます。
看護主任 看護職員	早番（7：00～16：00） 日勤（8：30～17：30） 遅番（9：30～18：30） ・ 昼間は原則として1人以上の職員が勤務します。 ・ 夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。
介護支援専門員	生活相談員が兼務します。
医師	週1回
栄養士	正規の時間帯（9：00～18：00） 非常勤の勤務

8. 協力医療機関

医療機関の名称	所在地	医療機関の名称	所在地
阿武町国民健康保険 あぶ診療所	阿武郡阿武町奈古 2860 番地 1	都志見病院	萩市江向 413 番地の 1
萩むらた病院	萩市今古萩町 30-1	和田歯科医院	阿武郡阿武町奈古 2856 の 1

9. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「恵寿苑 消防計画」にのっとり対応を行います。
近隣との協力関係	地元の消防団、阿武町と連携をとっております。
平常時の訓練	別途定める「恵寿苑 消防計画」にのっとり避難訓練を実施、又年 2 回夜間を想定した避難訓練を利用者の方も参加して実施します。
防災訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・スプリンクラー設備 ・消火器 ・自動火災報知設備 ・消防機関へ通報する火災報知設備 ・誘導灯及び誘導標識 ・非常電源（自家発電装置・蓄電池設備） ・ガス漏れ報知器 ・カーテン、布団などは防災性能のあるものを使用しております
消防計画書	萩市消防本部への届出日 令和 6 年 4 月 9 日 防火管理者 施設長 佐村 秀典

10. 当施設が提供するサービスと料金

当施設では、ご利用者に対して以下の 2 種類のサービスを提供します。

(1) 介護保険給付サービス

(2) 介護保険の給付対象にならないサービス

【介護保険給付サービス】

以下のサービスについては、滞在費、食費を除き通常 9 割が介護保険から給付されます。

サービス種類	内 容
居室の提供	多床室、従来型個室があり、ご希望により選んでいただけます。（ただし、満室の場合にはお断りすることがあります。）
食 事	<p>栄養士の立てる献立により、栄養並びに利用者の身体の状況および嗜好を考慮した、バラエティーに富んだ食事を提供します。</p> <p>（食事時間）</p> <p>朝 食 7 時 3 0 分～</p> <p>昼 食 1 2 時 0 0 分～</p> <p>夕 食 1 8 時 0 0 分～</p> <p>※ 食事時間については、ご要望に応じて変更が可能です。</p>
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入 浴 清 拭	月曜日から土曜日まで、毎日入浴できます。 ※ 入浴回数については、ご本人の希望を尊重します。
離 床	寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。

着 替 え	生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
シーツ交換	シーツ交換は、週 1 回又は汚れた都度行います。
洗 濯	必要に応じて衣類の洗濯を行います。
送 迎	通常の送迎の実施地域は、阿武町及び萩市とします。
機 能 訓 練	看護師等により利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
健 康 管 理	日常の観察、体温・血圧測定等により健康管理を行います。緊急等必要な場合には主治医あるいは当施設の協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。
相 談	当施設では利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。 生活相談員にご相談下さい。 また当施設では、相談窓口として第三者の委員会を設置し、ご相談を受け付けております。

◇ サービス料金（1 日あたり自己負担額）

- ※ 別紙の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用の自己負担額と滞在費と食費に係わる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、利用者の要介護度に応じて異なります。
- ※ 利用者が要介護認定を受けておられない場合には、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しされます（償還払い）。償還払いとなる場合、保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を発行します。
- ※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて負担額を変更します。

◇ 当施設の滞在費・食費の負担額

- ※ 滞在費と食費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になります。
- ※ 世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合は、サービス利用料・滞在費・食費の負担が軽減されます。

別紙料金表をご参照下さい。

・利用者負担額の第 1 ～ 4 段階層の説明

利用者負担 第 1 段階 生活保護受給者

世帯全員が市町村民税非課税で、老齢福祉年金受給者

利用者負担 第 2 段階 世帯全員が市町村民税非課税で、本人の公的年金収入額とその他の所得金額の合計が 8 0 万円以下の方

利用者負担 第 3 段階 ① 世帯全員が市町村民税非課税で、本人の公的年金収入額とその他の所得金額の合計が 8 0 万円超 1 2 0 万円以下の方

利用者負担 第 3 段階 ② 世帯全員が市町村民税非課税で、本人の公的年金収入額とその他の所得金額の合計が 1 2 0 万円超の方

利用者負担 第 4 段階 市町村民税課税世帯の方

※公的年金収入額は非課税年金を含みます。

【介護保険の給付対象にならないサービス】

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

サービス種別	内 容
特 別 な 食 事	ご希望に応じて、特別食のご用意ができます。

1 1. 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等、利用者の日常生活に要する費用で、負担していただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

おむつ代は介護保険給付対象となっていますので、ご負担の必要はありません。

1 2. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来 訪 ・ 面 会	面会時間 原則として9：00～18：00ですが、その他の時間帯の面会も可能です。その際、事務所または宿直者等へ届けてください。
居 所 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。これに反した利用により破損が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫 煙 ・ 飲 酒	決められた場所以外での喫煙や飲酒はできません。
迷 惑 行 為 等	当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。

1 3. 主なレクリエーション行事

恵、寿、幸のグループごとに企画し実施いたします。また、ご希望により、外出、買物等も可能です。その際の料金は実費負担とさせていただきます。

1 4. 利用者負担金のお支払い方法

利用者をご負担される費用は、利用日数に基づいて計算し、請求いたします。以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

(1) 金融機関口座からの自動引落

ご利用できる金融機関 山口銀行 ゆうちょ銀行 萩山口信用金庫(奈古支店のみ)

(2) 指定口座へ振込

山口銀行 阿武支店 (普) 6 0 2 4 4 3 5

(名義)

トクベツヨウゴロウジンホーム ケイジュエン リジチョウ ナカノ タカオ

特別養護老人ホーム 恵寿苑

理事長 中野 貴夫

(3) 現金支払

15. サービス利用中の医療の提供について

サービス利用中に症状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、家族または緊急連絡先に連絡し、必要に応じて主治医または協力医療機関に連絡を取る等適切に対応します。

16. やむを得ない契約の終了

以下のような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了します。

- ① 事業者が解散、破産した場合またはやむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合
- ② 施設の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ③ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ④ 利用者から解約の申し出があった場合（詳細は下記（1）をご参照下さい）
- ⑤ 事業者から解約の申し出を行った場合（詳細は下記（2）をご参照下さい）

（1）利用者からの申し出

以下の事項に該当する場合には、即時に契約を解約し施設を退所することができます。

- ① 介護保険給付対象外のサービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める指定短期入所生活介護サービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意または過失により、利用者の身体・財物・信用などを傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の利用者が、当該利用者の身体・財物・信用などを傷つけた場合、もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（2）事業者からの申し出

以下の事項に該当する場合には、契約を解約し、退所していただくことがあります。

- ① 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げずまたは不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② 利用者によるサービス利用料金の支払いが6ヵ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、これを支払われない場合
- ③ 利用者が、故意または重大な過失により、事業者またはサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 利用者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、あるいは、当該利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

17. 苦情の受付

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情相談受付窓口（担当者）

＜生活相談員＞ 木原智生香

○ 受付時間 毎週 月曜日～金曜日 9時～18時

(2) 当施設には、別に第三者委員会を設置しております。

(3) 行政機関その他の苦情受付機関

- | | |
|----------------|-----------------------------------|
| ・ 阿武町役場 健康福祉課 | 山口県阿武郡阿武町大字奈古2636
08388 2-3113 |
| ・ 萩市役所 介護保険課 | 山口県萩市大字江向510番地
0838 25-3368 |
| ・ 山口県国民健康保険連合会 | 山口県山口市朝田1980-7
083 995-1010 |

18. サービス提供における事業者の責務

当施設は、利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① 利用者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ② 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、利用者に対して、定期的に避難救出その他必要な訓練を行います。
- ③ 利用者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、利用者の請求に応じて閲覧していただき、複写物を発行します。
- ④ 利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
- ⑤ 事業者及びサービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得た、利用者及び家族に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。但し、利用者に医療上の必要がある場合には、医療機関等に利用者の心身の情報を提供します。また円滑な退所のために援助を行う場合で、情報提供を必要とする場合に、利用者の同意を得て行います。

19. 事故発生時の対応、及び損害賠償について

- ・ 当施設において、指定短期入所生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者家族及び居宅介護支援事業者に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。
- ・ 当施設において、指定介護福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められ、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

20. 虐待の防止について

当施設は、入居者等の人権の擁護・虐待の発生また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。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

○ 虐待防止に関する担当者 <生活相談員> 木原智生香

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 職員が支援にあたっての悩みなどを相談できる体制を整えるほか、職員が入居者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

(4) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。

(5) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(6) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(7) サービス提供中に、当該施設職員または養護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入居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。

21. サービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
第三者評価機関名	
評価結果の開示状況	

令和 年 月 日

介護老人福祉施設での指定短期入所生活介護サービスの利用に際し、重要事項の説明を行いました。

介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 恵寿苑
(説明者職名) 生活相談員 氏名 木原 智生香 印

本書面に基づいて重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

(契約者兼利用者)

〒

住所

氏名 印

(身元引受人)

〒

住所

氏名 印

電話番号

(契約者との関係)

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所サービスの提供に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名と押印をいたします。

(署名代行人)

〒

住所

氏名 印

(契約者との関係)

同 意 書

1. 私は、恵寿苑でサービスを受けるにあたり、必要となる情報を提供します。
2. 提供した個人情報が、ケアプラン作成のためのサービス連絡会議の資料として使用されることに同意します。
3. 提供した個人情報が必要な場合、居宅介護支援事業者等に対し、提供されることに同意します。

<利用者>

〒

住所.....

氏名.....印

<身元引受人>

〒

住所.....

氏名.....印

私は、利用者の意志を確認したうえ、上記署名と押印を代行しました。

<署名代行人>

〒

住所.....

氏名.....印