

重要事項説明書

(介護予防短期入所生活介護サービス)

(令和6年12月1日現在)

介護予防短期入所生活介護サービスの提供にあたり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者

| | |
|---------|------------------|
| 事業者名称 | 社会福祉法人 松風会 |
| 事業者の所在地 | 山口県柳井市余田3762番地の1 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者名 | 理事長 坂本達哉 |
| 電話番号 | 0820-23-6363 |

2. ご利用施設

| | |
|--------|------------------|
| 施設の名称 | 特別養護老人ホーム 松風苑 |
| 施設の所在地 | 山口県柳井市余田3762番地の1 |
| 施設長名 | 坂本洋子 |
| 電話番号 | 0820-23-6363 |
| FAX番号 | 0820-23-6365 |

3. ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類 | 山口県知事の事業指定 | | 利用定員 | |
|-----------|------------|-------------|-------------|-----|
| | 指定年月日 | 指定番号 | | |
| 特別養護老人ホーム | 平成12年4月1日 | 高齢 第100-152 | 50人 | |
| 居宅 | 通所介護 | 平成12年4月1日 | 高齢 第100-63 | 35人 |
| | 短期入所生活介護 | 平成12年4月1日 | 高齢 第100-152 | 10人 |
| 居宅介護支援事業所 | 平成12年4月1日 | 高齢 第100-89 | | |

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的

介護保険法の趣旨に従い、利用者が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出来るように支援することを目的とする。

運営の方針

- ① 居宅介護サービス計画に基づき自立した生活への復帰を念頭において、利用者の能力に応じ機能訓練、社会生活上の世話、相談及び援助を目指す。
- ② 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、サービスを提供するよう努力する。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、健康管理を行うことにより、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

ができるようにすることを目指すものとする。

- ③ 当施設は、入所者の意志及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って、サービスを提供するように努めるものとする

5. 施設の概要

特別養護老人ホーム

| | | | | |
|----|-------|------------------------|------|-----|
| 敷地 | | 10,894㎡ | | |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート造屋根セメント瓦葺一部2階建 | | |
| | 延べ床面積 | 2,221.42㎡ | | |
| | 利用定員 | 50人 | 短期入所 | 10人 |

6. 居室

| 居室の種類 | 室数 | 面積 | 1人当たりの面積 |
|-------|-----|---------------|---------------|
| 1人部屋 | 10室 | 10.35㎡～11.32㎡ | 10.35㎡～11.32㎡ |
| 4人部屋 | 10室 | 33.06㎡ | 8.26㎡ |

(注) 設備基準は、居室一人当たり

7. 主な設備

| 設備の種類 | 内訳 | 設備の種類 | 内訳 |
|-------|---------|---------|-----|
| 食事 | 102.56㎡ | 面接室 | 1室 |
| 機能訓練室 | 90.00㎡ | 医務室・看護室 | 1室 |
| 一般浴室 | 1室 | 静室 | 1室 |
| 特殊浴室 | 1室 | 便所 | 2箇所 |
| 洗面所 | 3箇所 | | |

8. 職員体制

(常勤換算で入所者の数に対し3:1以上配置)

| 従業者の職種 | 員数 | 常 勤 | | 非 常 勤 | | 常勤換算後の人数 | 専従の指定基準 | 保有資格 |
|---------|-----|-----|-----|-------|----|----------|---------|---------|
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | | |
| 管理者 | 1 | | 1 | | | 1 | 1以上 | 施設長資格 |
| 生活相談員 | 2 | | 2 | | | 1 | 1以上 | |
| 介護職員 | 25 | 18 | 3 | 4 | | 21.83 | 18以上 | 介護福祉士等 |
| 看護職員 | 3 | 1 | 2 | | | 2.6 | 2以上 | 准看護師 |
| 機能訓練指導員 | (1) | | (1) | | | (1) | | |
| 介護支援専門員 | 1 | 1 | | | | 1 | 1以上 | 介護支援専門員 |
| 医師 | 1 | | | | 1 | | | 医師 |
| 栄養士 | 1 | 1 | | | | 1 | 1以上 | 管理栄養士 |

9. 提供するサービス内容

- ① 居室の提供
- ② 食事

| | | | |
|----|--------|---|--------|
| 朝食 | 7時00分 | ～ | 7時45分 |
| 昼食 | 12時00分 | ～ | 12時45分 |
| 夕食 | 17時00分 | ～ | 17時45分 |

出来るだけ離床して食堂でおとりいただくよう配慮します。
- ③ 入浴 週3回入浴又は清拭を行います。
寝たきり等で座位のとれない方は機械浴（特別浴）を行います。
- ④ 介護 施設サービス計画に沿って行います。
- ⑤ 機能訓練 入所者の状況に適合した機能訓練を行います。
- ⑥ 生活相談 常勤の生活相談員に、生活に関する相談ができます。
- ⑦ その他 入所者及びその家族から、いかなる相談についても誠意をもって可能な限り援助を行うよう努めます。

10. 介護保険適用外サービス（いずれも無料です）

- ①レクリエーション行事
当施設では、レクリエーション行事として次の行事を用意しております。
端午の節句・七夕祭り・盆踊り大会・月見・敬老会・忘年会
クリスマス会・新年会・節分・ひな祭り・誕生会（毎月）
- ②クラブ活動 習字クラブ・生花クラブを用意しております。

11. 入所者の選定

入所対象者は要支援1、要支援2の要支援者

12. 利用料金

基準費用額（多床室）

（円/1日につき）

| | * 介護保険料 | | 処遇改善加算 | 自己負担(全額) | |
|------|---------|-----------------|---|----------|-------|
| | 基本サービス費 | サービス提供体制強化加算(I) | 介護職員等処遇改善加算14% | 滞在費 | 食費 |
| 要支援1 | 451 | 22 | $(446+22) \times \text{日数} \times 14\%$ | 915 | 1,445 |
| 要支援2 | 561 | 22 | $(555+22) \times \text{日数} \times 14\%$ | 915 | 1,445 |

負担限度額

(利用者負担額第1段階)

(円/1日につき)

| | * 介護保険料 | | 処遇改善加算 介護職員処遇改善加算(I)8.3% 介護職員特定処遇改善加算(I)2.7% 介護職員等ベースアップ等支援加算 1.6% | 自己負担(全額) | |
|------|-------------|-------------------------|--|----------|-----|
| | 基本 サービス費 | サービス提供 体制強化加算 (I) | | 滞在費 | 食費 |
| 要支援1 | 451 | 22 | (446+22) × 日数 × 14 % | 0 | 300 |
| 要支援2 | 561 | 22 | (555+22) × 日数 × 14 % | 0 | 300 |

(利用者負担額第2段階)

(円/1日につき)

| | * 介護保険料 | | 処遇改善加算 介護職員処遇改善加算(I)8.3% 介護職員特定処遇改善加算(I)2.7% 介護職員等ベースアップ等支援加算 1.6% | 自己負担(全額) | |
|------|-------------|-------------------------|--|----------|-----|
| | 基本 サービス費 | サービス提供 体制強化加算 (I) | | 滞在費 | 食費 |
| 要支援1 | 451 | 22 | (446+22) × 日数 × 14 % | 430 | 600 |
| 要支援2 | 561 | 22 | (555+22) × 日数 × 14 % | 430 | 600 |

(利用者負担額第3段階①)

(円/1日につき)

| | * 介護保険料 | | 処遇改善加算 介護職員処遇改善加算(I)8.3% 介護職員特定処遇改善加算(I)2.7% 介護職員等ベースアップ等支援加算 1.6% | 自己負担(全額) | |
|------|-------------|-------------------------|--|----------|-------|
| | 基本 サービス費 | サービス提供 体制強化加算 (I) | | 滞在費 | 食費 |
| 要支援1 | 451 | 22 | (446+22) × 日数 × 14 % | 430 | 1,000 |
| 要支援2 | 561 | 22 | (555+22) × 日数 × 14 % | 430 | 1,000 |

(利用者負担額第3段階②)

(円/1日につき)

| | * 介護保険料 | | 処遇改善加算 介護職員処遇改善加算(I)8.3% 介護職員特定処遇改善加算(I)2.7% 介護職員等ベースアップ等支援加算 1.6% | 自己負担(全額) | |
|------|-------------|-------------------------|--|----------|-------|
| | 基本 サービス費 | サービス提供 体制強化加算 (I) | | 滞在費 | 食費 |
| 要支援1 | 451 | 22 | (446+22) × 日数 × 14 % | 430 | 1,300 |
| 要支援2 | 561 | 22 | (555+22) × 日数 × 14 % | 430 | 1,300 |

利用料金 = (*介護保険料) × 日数 + 処遇改善加算 + (滞在費 + 食費) × 日数

*介護保険料は、負担割合証に記載されている割合を負担(1割~3割)いただきます。

*介護保険対象外(自己負担)利用の場合も、その他加算及び処遇改善加算(14%)をご負担いただきます。

*食費は、朝食415円、昼食560円、夕食470円とし、実食分のみご負担いただきます。

*利用者に対して送迎を行う場合
片道につき184単位
利用者の心身の状態、家族の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者に対し

て、その居宅と指定短期入所生活介護事業所との間の送迎を行う場合。

なお、こちらのサービスは処遇改善加算の対象となります

***送迎費用**はご自宅からの送迎費用とし、ご自宅以外の送迎は実費をご負担いただきます。

この場合、処遇改善加算は対象外となります。

その他の費用

日常生活に必要な物品（但し、紙おむつ、紙パンツ、パッド類は除きます）につきましては、実費をご負担願います。

あなた様のご利用代金は

| | | |
|--------|---|---------------|
| 介護保険料 | 円 | *（負担割合証の割合です） |
| 処遇改善加算 | 円 | |
| 滞在費 | 円 | （多床室） |
| 食費 | 円 | |
| 合計 | 円 | です。（1日当たり） |

ただし、食費、居住費について負担限度額認定を受けている場合は、認定証に記載している食費、居住費の負担額とします。

13. 支払方法

事業者は、料金の合計額の請求書に明細書を付して利用者に交付しますので、利用最終日又は次回利用日に現金でお支払ください。又、請求書記載の口座へ振込みも可能です。

14. 緊急時における対応方法

利用者について、緊急事態が発生した場合には、主治医又は協力病院である坂本病院への連絡を行う等の必要な処置を講ずるとともに、管理者、市町村、家族、地域包括支援センター、介護支援専門員に報告いたします。この場合、主治医又は協力病院への受診は原則として家族が対応するものといたします。

15. 非常災害時の対策

非常時の対応

別途定める「特別養護老人ホーム松風苑消防計画」にのっとり対応いたします。

近隣との協力関係

自治会に非常時の応援をお願いしております。

平常時の訓練

年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施しております。

防災設備

スプリンクラー・自動火災報知器・誘導灯・屋内消火栓・非常通報装置・非常用電源
漏電火災報知器・消火器・カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。

防火計画

柳井消防署へ届けてあります。 防火責任者 林 雅彦

16. 当施設をご利用の際に留意いただく事項

| | |
|-------------|---|
| 来訪・面会 | 来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度記録帳に記入して下さい。 |
| 外出・外泊 | 外出・外泊の際は必ず、届けを出して下さい。 |
| 医療機関への受診 | 必要がある場合は、主治医等の医療機関への受診となります、基本的にはご家族の対応となりますが、緊急を要する時は、送迎等のお手伝いをいたします。その場合は送迎費用の実費を頂くことがあります。 |
| 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したがってご利用下さい。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。 |
| 喫煙・飲酒 | 喫煙は決められた場所以外ではお断りします。過度の飲酒はできません。 |
| 迷惑行為 | 騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。又、むやみに他の入所者の居室に立ち入らないようにして下さい。 |
| 所持品の管理 | 所持品の管理はできるだけご自分でして下さい。もし、不安がございましたら施設にて管理いたします。紛失のおそれがありますので氏名等は必ず記入しておいて下さい。 |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内で他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。 |
| 動物飼育 | 施設内へのペット持込及び飼育はお断りします。 |

17. 短期入所生活介護（予防）利用時におけるリスクについて

当施設では利用者様が快適な生活を送れるよう、安全な環境整備や個々の体調に合わせたケアに努めております。しかし利用者様の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、危険が伴う可能性もございます。以下の内容をご理解の上、サービスの利用をお願いいたします。

- 当施設は原則、利用者様に対して「身体拘束」は行いません。そのため、転倒、転落等によるケガ（骨折、外傷性頭蓋内損傷等）をする可能性があります。
- 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも安易に骨折をする恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲でも皮下出血がしやすい状態にあります。
- 加齢や麻痺、認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥や誤飲、窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢者は加齢に伴い、肺や気管支等の呼吸器官の機能が低下するため、風邪症状から肺炎等に状態が重症化する危険性があります。
- 高齢者であることにより、脳や心疾患等が原因で急変や急死される場合があります。
- 認知症の方は環境の変化により、記憶障害や知的機能の低下といった基本症状のほか、心理、行動障害が出現する場合があります。徘徊や昼夜逆転、攻撃的行為、せん妄等の行動障害を起こす可能性があります。
- 利用中にインフルエンザやコロナウイルス等の流行性の感染症が施設内で蔓延し罹患する可能性があります。

18. 個人情報の利用目的

社会福祉法人 松風会では、個人情報保護法及び利用者の権利と尊厳を守り安全管理に配慮する「個人情報に関する基本方針」の下、ここに利用者の個人情報の「利用目的」を公表します。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

(1). 施設内部での利用目的

- ①施設が利用者等に提供する介護サービス
- ②介護保険事務
- ③介護サービスの利用にかかる施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・入退所等の管理
 - ・会計、経理
 - ・介護事故、緊急時等の報告
 - ・当該利用者の介護・医療サービスの向上

(2). 他の介護事業者等への情報提供を伴う利用目的

- ①施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ・利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業者等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ・その他の業務委託
 - ・利用者の診療等にあたり、外部の意思の意見、助言を求める場合
 - ・家族等への心身の状況説明
- ②介護保険事務のうち
 - ・保険事務の委託（一部委託含む）
 - ・審査支払い機関へのレセプトの提出
 - ・審査支払い機関または保険者からの照会への回答
- ③損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等

【上記以外の利用目的】

(1). 施設内部での利用に係る利用目的

- ①施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・介護サービスや業務の維持、改善の基礎資料
 - ・施設等において行われる学生等の実習への協力
 - ・施設において行われる事例研究等

(2). 他の事業者等への情報提供に係る利用目的

- ①施設の管理運営業務のうち
 - ・外部監査機関、評価機関等への情報提供

なお、あらかじめ利用者本人の同意を得ないで、利用目的の必要な範囲を超えて、個人情報を取り扱うことはいたしません。

19. 苦情等申し出窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設ご利用相談窓口（担当者 角田一将）までお気軽にご相談下さい。

又、ご意見箱での受付もいたしますので、ご利用下さい。

（ 電話 0820-23-6363 ）

その他苦情申し出窓口

| | | | |
|----------------|---------------|----|-----------------|
| 柳井市健康福祉部高齢者支援課 | 柳井市南町1-10-2 | 電話 | 0820-22-2111（代） |
| 田布施町町民福祉課 | 田布施町下田布施3420 | 〃 | 0820-52-5810 |
| 平生町健康福祉課 | 平生町大字平生町210-1 | 〃 | 0820-56-7115 |
| 山口県国保連介護保険課 | 山口市朝田1980-7 | 〃 | 083-995-1010 |