

地域密着型介護老人福祉施設
美作特別養護老人ホームやすらぎ荘

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています

岡山県指定 第3373700701号

岡山県指定 第3373700719号（空床型）

当事業所はご契約者に対して短期入所生活介護サービス及び、介護予防短期入所生活介護サービス（以下短期入所生活介護サービスという）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◆◇目 次◇◆

1. 事業所
2. 事業所の概要
3. 職員の配置状況
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金
5. 苦情の受付について

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 経山会
- (2) 法人所在地 岡山県総社市久米 48-1
- (3) 電話番号 0866-92-6981
- (4) 代表者氏名 理事長 長野 直樹
- (5) 設立年月日 平成5年8月

2. ご利用施設

- (1) 事業所の種類 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護
平成24年2月1日 岡山県3373700701号
短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護(空床型)
平成24年2月1日 岡山県3373700719号
- (2) 事業所の目的 老人福祉事業
- (3) 事業所の名称 地域密着型美作特別養護老人ホームやすらぎ荘
美作特別養護老人ホームやすらぎ荘（空床型）
- (4) 建物の構造 鉄骨造2階建 鋼板縦葺
- (5) 建物の延べ面積 敷地面積 8,784.71 m²
建物面積 2,086.92 m²
延床面積 3,626.29 m²

- | | |
|----------------|--|
| (6) 併設事業 | 「ユニット型介護老人福祉施設」 定員 40 名
「地域密着型介護老人福祉施設」 定員 16 名 |
| (7) 施設の所在地 | 岡山県美作市古町 1707 番地 3 |
| (8) 電話番号及び FAX | 電話 0868-78-2829 FAX 0868-78-2859 |
| (9) 施設長(管理者)氏名 | 吉井 秀男 |
| (10) 当施設の運営方針 | 当法人は「社会・地域における福祉の発展・充実」を実現するために、社会福祉事業の安全的・継続的経営に努めるとともに、多様な福祉課題に柔軟かつ主体的に取り組み、公共的・公益的かつ信頼性高い経営の実践をめざします。 |
| (11) 開所年月日 | 平成 24 年 4 月 1 日 |
| (12) 利用定員 | 短期入所生活介護 4 名
※ 空床型については、併設する特別養護老人ホームの入所定員の範囲内 |

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入居後作成する「施設サービス計画書（ケアプラン）」で定めます。「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及び変更は、次のとおり行います。

① 介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネージャー）が、居宅サービス計画（ケアプラン）の原案作成や、そのために必要な調査等の業務を担当します。



② 施設の介護支援専門員（ケアマネージャー）は、居宅サービス計画（ケアプラン）に基づく短期入所生活介護計画の原案を作成し、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得た上で決定します。



③ 短期入所生活介護計画は、居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合、又は状態に変化があった場合、もしくは、ご契約者及びその家族等の要請に応じ、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して、短期入所生活介護計画を変更します。



④ 短期入所生活介護計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。



4. 居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご利用しています。入居される居室は全室2人部屋になっております。

居室・設備の種類	室数	備考
2人部屋	8室	全室リモコンベッド
食堂兼機能訓練室	1室	食事・談話
浴室	1室	家庭浴室・特殊浴槽
地域交流ホール	1室	行事、研修
理容室	1室	散髪
会議室	1室	
医務室	1室	
静養室	1室	

※上記は、厚生省の定める基準により、指定老人介護福祉施設に設置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備のご利用にあたってご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆居室に関する特記事項

各居室の標準設備 電動ベッド（寝具付）ロッカー・タンス・消灯台・
ナースコール

※ 空床型でのご利用は、居室となります。

5. 職員の配置基準

当施設では、ご契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。空床型については、特別養護老人ホームに勤務する職員の配置となります。

<主な職員の配置状況> 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	職員数
1. 施設長（兼務）	1名
2. 介護職員（兼務）	7名以上
3. 生活相談員（兼務）	1名以上
4. 看護職員（兼務）	3名以上
5. 機能訓練指導員（兼務）	1名以上
6. 介護支援専門員（兼務）	1名以上
7. 管理栄養士（兼務）	1名
8. 事務員（兼務）	1名以上

<主な職員の勤務体制> (短期入所生活介護職員を含む)

施設長・事務職員	8：45～17：45
介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中 6：45～20：00 2名以上 夜間 20：00～7：00 1名以上
生活相談員 介護支援専門員 機能訓練指導員 管理栄養士	8：45～17：45
看護職員	8：00～18：15 ※ 夜間でも連絡体制を確保しています

※土日は、上記と異なります。

<配置職員の勤務内容>

- 施設長・・・施設の職員の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を行います。
- 看護職員・・・ご契約者の保健衛生管理及び看護業務を行います。
- 介護職員・・・ご契約者の日常生活全般にわたる介護業務を行います。
- 生活相談員・・・ご契約者の生活相談、苦情への対応、処遇の企画や実施等を行います。
- 機能訓練指導員・・・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います。
- 介護支援専門員・・・ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。
- 管理栄養士・・・ご契約者の食事の献立作成、入所者に対する栄養管理を行います。

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設ではご契約者に対して以下のサービスを提供します。

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) 介護保険の対象となるサービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、居住費、食費を除き負担割合「負担限度額認定証」に応じて介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

①食事

- ・当施設では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。

【食事時間】 朝食：8時00分 昼食：12時00分 夕食：18時00分

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・看護職員が、健康管理を行います。

⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のためできる限り離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎日レクリエーションをおこないます。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

＜サービス利用料金（1日当り）（契約書第7条参照）＞

別紙①の料金表によって、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額を除いた金額（自己負担額）、食事に係る自己負担額、居室に係る自己負担額と各種加算の合計金額をお支払いください。

（サービスの利用料金は、ご契約者の介護度に応じて異なります。）

加 算

- ・送迎加算：184円（片道）
- ・療養食加算：6円/1食（主治医の指示がある方のみ）
- ・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）：所定単位数の合計に対し、8.3% を乗じた単位数（平成29年4月1日～令和6年5月31日まで）
- ・特定処遇改善加算（Ⅱ）：所定単位数の合計に対し、2.3% を乗じた単位数（令和元年10月1日～令和6年5月31日まで）

- ・サービス提供体制強化加算（Ⅲ） → 空床型の場合はなし。
 - ・介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）：所定単位数にサービス別加算 13.6%を乗じた単位数
 - 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）：所定単位数にサービス別加算 14.0%を乗じた単位数
- 空床型の場合

（令和 6 年 6 月 1 日～）

※ 所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた単位数

※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。所得等による限度額は下記の通りです。

利用者負担限度額		居住費上限額 （日額）		食費上限額 （日額）
		多床室	ユニット空床型 個 室	共通
第 1 段階	生活保護受給者 市町村民税非課税世帯で、老齢福祉 年金受給権者	0 円	880 円	300 円
第 2 段階	市町村民税非課税世帯で、本人の合計 所得金額と課税年金収入額と非課税 年金額の合計が年 80 万円以下の方	430 円	880 円	600 円
第 3 段階①	市町村民税非課税世帯で、本人の合計 所得金額と課税年金収入額と非課税 年金収入額の合計が年 80 万円超 120 万円以下の方	430 円	1,370 円	1,000 円
第 3 段階②	市町村民税非課税世帯で、本人の合計 所得金額と課税年金収入額と非課税 年金収入額の合計が年 120 万円超の方	430 円	1,370 円	1,300 円
第 4 段階	課税世帯	915 円	2,066 円	1,445 円

*居住費は令和 6 年 8 月 1 日から上記の料金になります。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金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）。

償還払いとなる場合、ご契約者が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」を交付します。

☆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、ご契約者の負担額を変更します。

（2）介護保険の対象とならないサービス（契約書第 4 条、第 5 条参照）

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

1) 食 費

食費

ご契約者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

料金 1 日あたり 1,445 円（朝食 405 円、昼食・夕食 520 円）
行事等で特別な食事を提供した場合には、実費徴収させていただきます。

2) 滞在に要する費用（光熱水費及び室料）

施設及び設備を利用し滞在されるにあたり、光熱水費相当額を負担して頂きます。

料金：1 日当たり 利用者負担限度額に記載された金額。

3) 理容・美容

「理髪・美容サービス」

理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。ご希望の際には、お声掛け下さい。

利用料金：一回あたり 1,500 円～3,500 円

4) レクリエーション・クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：特別なものに対しては実費をいただきます。

5) 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1 枚につき 10 円

6) 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ご契約者の日常生活に要する費用で、個別の希望によるものは実費を負担していただきます。

※ 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。

(3) 利用料金のお支払い方法

前期（1）、（2）の料金・費用は 1 ヶ月ごとに計算し、ご請求します。（1 ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします）
お支払いは、引き落とし日にご指定の預金口座より引き落としさせていただきます。

ただし、口座振替申し込みが期日に間に合わない場合は窓口でのお支払い、又は振り込みにてお支払い頂くこともあります。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第 7 条参照）

利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護サービス（予防）の利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。

この場合にはサービスの実施日前日までに事業者申し出てください。

サービス利用の変更、追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示し協議します。

ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

7. 苦情の受付について（契約書第 21 条参照）

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。

苦情受付窓口 責任者 吉井 秀男 【職名】 施設長
 担当者 結城 博美 【職名】 生活相談員

受付時間 毎週月曜日～日曜日 8：45～17：45

苦情処理を行うための体制、手順

- ・相談・苦情の申し出があった場合、サービス向上委員会（苦情処理）を開催します。
- ・問題の詳細を把握するために関係職員、利用者などから必要に応じて状況の聴取を実施し事実関係を確認します。
- ・把握した状況に基づき、関係者への連絡調整、注意指導を行うとともに、苦情申出人には必ず対処方法を含めた結果報告を行います。

その他苦情受付機関

美作市役所 高齢者福祉課	所在地：岡山県美作市北山 390-2 電話番号：0868-75-3913 FAX0868-72-7702 受付時間：8：30～17：15
国民健康保険団体連合会	所在地：岡山市北区桑田町 17 番 5 号 電話番号：086-223-8811 FAX：086-223-9109 受付時間：9：00～17：00

8. サービス提供における事業者の義務（契約書第 8 条、第 9 条参照）

当施設は、ご契約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 ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態から見て必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえご契約者から聴収、確認します。
- ③ ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の 30 日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ④ ご契約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、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤ ご契約者に対する身体的拘束、その他行動を制限する行動を行いません。ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護する為に緊急やむをえない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

- ⑥ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た、ご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。

1 1. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に記入されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

(1) 持込の制限

入所にあたり、危険物は持ち込むことができません。また現金や貴重品は居室で管理して頂くことはできません。

(2) 面会

面会時間 8:00～20:00

※来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。

(3) 外出（契約書第 22 参照）

外出については、適時支援します。所定の外出届けを提出下さい。

(4) 食 事

食事が不要な場合は前日までにお申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、重要事項説明書 5(1)に定める〔食事にかかる自己負担額〕は減免されます。但し、単位は1食ではなく1日とさせていただきます。

(5) 施設・設備の使用上の注意

- ・ 居室及び共用施設、敷地を本来の用途に従って利用してください。
- ・ 故意に又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり汚したりした場合には、ご契約者の自己負担により現状に修復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・ ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- ・ 当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(6) 喫 煙

施設内での喫煙はできません。

1 2. 損害賠償について（契約書第 10 条、第 11 条）

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

13. 事故発生時の対応について

①サービス提供により事故が発生した場合、職員は速やかに対処します。

職員は、施設長に報告し、指示を受けて対処します。

②ご契約者のご家族に連絡をし、事故状況報告をします。

③保険者および所轄庁に連絡をし、事故報告を提出します。

美作特別養護老人ホームやすらぎ荘のサービスの提供に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 美作特別養護老人ホームやすらぎ荘

職名 生活相談員 氏名 結城 博美 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護福祉施設サービスの提供を受けることに同意しました。

令和 年 月 日

契 約 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代 理 人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

身元引受人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

契約者との関係 _____

電話番号 _____

※ 身元引受人の住所、電話番号、または引受人に変更が生じる場合には、必ずご連絡ください