

特別養護老人ホーム 故郷一高野（併設型・空床型）
短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護事業

重要事項説明書

[令和 6年 9月 1日現在]

当施設は、利用者に対して指定短期入所生活介護（予防を含む）サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次のとおり説明いたします。

1. 法人の概要

名称	社会福祉法人 東輝会
法人所在地	島根県江津市敬川町 1-2
電話番号	0855-53-5007
代表者名	理事長 園部 重義
法人の沿革	平成 17年 8月 8日 社会福祉法人設立認可 平成 18年 10月 1日 事業開始（特養・故郷一高野） 平成 23年 7月 25日 事業開始（特養・故郷一敬川）
法人が所有する事業	○特別養護老人ホーム 故郷一高野（特養 30床・短期 10床） ○居宅介護支援事業所 故郷一高野 ○地域密着型特別養護老人ホーム 故郷一敬川（特養 29床・短期 21床）
法人の理念	『愛・笑顔・きずな・ありがとう』 ①私たちは、利用して頂く皆さんがあたたかい気持ちになる時間と空間をとどけます ②私たちは、お互いに価値を認め合い、連携して社会貢献をおこないます ③私たちは、拠り所としての「故郷」をめざします

2. 施設の概要

施設の種類	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護
施設の目的	当施設は、施設サービス計画に基づき可能な限り居宅における生活への復帰を念頭に置いて、ご契約者（利用者）がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とします。
施設名	特別養護老人ホーム 故郷一高野
所在地	広島県庄原市高野町新市柏奥 5177 番の 1
電話番号等	TEL 0824-86-7017 FAX 0824-86-2868
施設長氏名	林 美千恵
施設の運営方針	① 利用者の選択と自己決定を尊重し、その権利を擁護するとともに個人の尊厳を配慮して個別のサービスを実施し、喜ばれる施設を目指します。 ② 地域や家庭との結びつきを重視し、地域の関係機関との連携強化に努め、関係法令や社会的ルールを遵守し、拓かれた施設を目指します。

	③ 職員の質の向上と専門性を高め、より質の高いサービスを提供できる施設を目指します。 ④ 地域福祉の拠点として積極的に地域交流を図り、地域福祉の向上に寄与できるよう努めます。
開設年月日	平成 18 年 11 月 1 日
利用定員	1 ユニット 10 人

3. 設備概要

居室	10 室	全室個室、特殊寝台、洋式トイレ及び洗面台・エアコン他
共同生活室	1 室	テーブル・椅子、テレビ・按摩器他
洗面設備	11 箇所	居室 10、共同生活室 1
浴室	2 室	特殊浴槽 2 (共用)、一般浴室 3
医務室	1 室	(共用) 吸引器、酸素ボンベ外
調理室	1 室	(共用) スチームコンベクション、その他調理器具
洗濯室	2 室	大型洗濯機・乾燥機 (共用)、家庭用洗濯機
汚物処理室	1 室	(共用)

<居室の変更>

- ① 利用者から居室の変更の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。
- ② 利用者の心身の状況又は施設側の都合等により居室変更の必要性が生じた場合は、利用者及びご家族と協議の上決定するものとします。

4. 施設の職員体制・勤務体制

職 種	現人員	職務形態	職 務 内 容
施設長 (管理者)	1 名	常勤・専従	施設の業務を統括し、職員を指揮監督
配置医師 (嘱託医)	1 名	非常勤・専従	利用者の診察、健康管理及び療養上の指導等
生活相談員	1 名	常勤・兼務	利用者の生活全般についての相談援助等
介護支援専門員	1 名	常勤・兼務	利用者の施設サービス計画の作成等
栄養士補助	1 名	非常勤 ・兼務	利用者の心身の状況及び嗜好を考慮した献立及び栄養指導並びに食品関係の衛生指導等
看護職員	1 名	常勤・専従	利用者の健康管理、保健衛生管理、指導等
機能訓練指導員	1 名	非常勤・兼務	利用者の個別機能訓練計画の作成と訓練等
介護職員	3 名	常勤・専従	利用者の日常生活に必要な介護・指導・援助等
	1 名	非常勤・専従	
調理員	3 名	常勤・専従	施設で提供する食事の調理業務等
	1 名	非常勤・専従	
	1 名	非常勤・兼務	
事務員	2 名	常勤・専従	施設の会計及び給与事務、その他の庶務等

5. サービスの内容

(1) 日常生活支援

施設サービスの 計画立案	<ul style="list-style-type: none"> ・短期入所個別援助計画（ケアプラン）の立案を行い、利用者及びご家族の同意に基づいて作成します。
介 護	<ul style="list-style-type: none"> ・上記のケアプランに基づいた介護を行います。 （食事・排泄・入浴・整容・移動介助・余暇活動等）
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が身体の清潔を維持し、快適な生活を送ることができるよう、適切な方法により入浴を提供します。但し、心身の状態に応じて清拭に変更するか又は中止させて頂く場合があります。
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄の自立を促すため、身体能力を最大限活用した援助を行います。
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・自立支援のため、心身の状況に応じた適切な方法により、必要な援助を行います。 ・食事時間は、利用者の体調、習慣を考慮し柔軟に対応致します。 ・ 朝食 7：45～ 昼食 12：00～ 夕食 17：00～ ・ おやつ 15：00～
機 能 訓 練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員を配置し、直接処遇職員協働により利用者の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復、又は減退を防止するための訓練を行います。
健 康 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・医師や看護職員が、健康管理を行います。
栄 養 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・委託業者の管理栄養士が、栄養管理を行います。
口 腔 ケ ア	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔内を清潔に保ち、肺炎防止のため毎食後口腔ケアを行います。
洗 濯	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の申し出により、施設にて行います。
理 美 容	<ul style="list-style-type: none"> ・申し出により、外部の理美容サービスが受けられます。
その他自立支援	<ul style="list-style-type: none"> ・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、毎朝夕の着替えを行う等配慮します。 ・清潔で快適な生活が送れるよう、また適切な整容（洗面・整髪・爪切り・口腔ケア等）が行われるよう援助します。
送 迎	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者又はご家族の希望により送迎を行います。 ・送迎の実施区域は、<u>高野町、比和町、口和町、西城町、旧庄原市</u>、といたします。

(2) 余暇活動支援

趣 味 活 動	<ul style="list-style-type: none"> ・歌唱・喫茶・健康体操・ドライブ等
行 事	<ul style="list-style-type: none"> ・花見・夕涼み会・敬老の日の集い・クリスマス会・節分等

(3) 貴重品預り

貴重品管理	・当施設で定める「預り金等管理規程」に基づき、利用者又はその家族の申し出により金品を預かります。
-------	--

(4) 地域との交流・その他

会報の発行	・年間2回以上発行し、利用者・ご家族に送ります。
行事への参加	・施設が実施する行事には、希望により参加して頂きます。
ボランティア	・各行事・日常生活の援助等、様々な活動でボランティアのご協力を頂いています。
福祉教育	・町内の保育所・小学校の子どもさんとの交流をしています。 ・その他講演会等、地域の皆さんにも積極的に参加を募ります。
総合防災対策	・夜間を想定した、訓練を含む避難訓練を年2回以上、実施します。

6. サービス利用料金

(1) 介護保険給付対象の利用料

- ① 下記の料金は、法定代理受領サービスの場合の自己負担額で、介護報酬告示上の額の1割の金額です。(一定以上の所得者は2割・3割の金額となります。)
- ② 利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス料金の全額をお支払い頂きます。要支援又は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) また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、保険給付の申請を行うために必要な事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ③ 短期入所の利用限度日数を超える場合、サービス利用料金の全額をお支払い頂きます。
- ④ 保険料の滞納により保険給付金が直接施設に支払われない場合は、一旦利用料金の全額をお支払いいただきます。領収書とともにサービス提供証明書を発行しますので、後日、市の窓口へ提出して差額の払い戻しを受けてください。

(ア) ユニット型Ⅰ・基本料金(1日につき)

介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	523円	1,046円	1,569円
要支援2	649円	1,298円	1,947円
要介護1	696円	1,392円	2,088円
要介護2	764円	1,528円	2,292円
要介護3	838円	1,676円	2,514円

要介護 4	908 円	1,816 円	2,724 円
要介護 5	976 円	1,952 円	2,928 円

(イ) 施設の体制に係る加算 (1日につき)

加算項目	内 容	料 金		
		1 割負担	2 割負担	3 割負担
サービス提供体制強化加算 (I)	短期入所担当の介護職員の内、勤続年数10年以上の介護福祉士が25%以上の場合	22 円	44 円	66 円
サービス提供体制強化加算 (III)	介護職員の内、介護福祉士の総数が30%以上の場合	6 円	12 円	18 円
夜勤職員配置加算 (II) (要支援は除く)	夜勤帯に介護職員又は看護職員の数が最低基準より1以上上回っている場合	18 円	36 円	54 円
送迎加算 (片道)	送迎を行う場合	184 円	368 円	552 円
緊急短期入所受入加算	居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所を緊急で行った場合7日間を限度として加算 (家族等のやむを得ない事情がある場合は14日)	90 円	180 円	270 円
利用者に対して短期入所生活介護を提供	連続して30日を超えて短期入所を利用した場合	△30 円	△60 円	△90 円
長期利用者に対して短期入所生活介護を提供	連続して31日を超えて60日短期入所を利用した場合	△30 円	△60 円	△90 円
	連続して61日以降を利用した場合	△32 円	△64 円	△96 円

(ウ) 介護職員等処遇改善加算 (I) (1月につき)

介護職員の処遇改善に係る加算で、上記 (ア) 及び (イ) の1月分の合計額に14%を乗じて得た額を加算します。

(2) 介護保険給付の対象とならない費用

(ア) 食費・居住費（1日につき）

- ① 食費・居住費は、利用者の収入等によって、利用者負担が第1～第3段階とそれ以外に認定され、負担の上限額が設定されます。
- ② 負担限度額の認定には申請が必要で、認定されると「介護保険負担限度額認定証」が交付され、食費・居住費の自己負担限度額が設定されます。
- ③ 食費の内訳は、朝食 405 円・昼食 520 円・夕食 520 円です。

(1日につき)

対 象 者		区 分	食 費 負担額	居住費 負担額
生活保護受給者		1 段階	300 円	880 円
世帯全員が 市町村民税 非課税	老齢年金受給者	1 段階	300 円	880 円
	課税年金受給額と合計所得金額の 合計が 80 万円以下の方	2 段階	600 円	880 円
	上記第 2 段階以外の方	3 段階①	1,000 円	1,370 円
		3 段階②	1,300 円	1,370 円
上記以外の方		基準費用額	1,445 円	2,066 円

(イ) その他日常生活上必要な費用

項 目	内 容	金 額
特別な食事	利用者の希望に基づいて提供する特別な食事、及び施設が行事等で提供する特別な食事	実費
レクリエーション クラブ活動	利用者の希望により、レクリエーション活動に参加して頂きます。利用料金は、材料代を頂きます。	実費
複写物交付費	利用者は、サービス提供記録を閲覧できますが、複写物を必要とする場合	白黒 10 円/枚 カラー 50 円/枚
日常生活品購入費	利用者の日常生活に要する費用の中で、個人の嗜好による申し出、又はご負担いただくことが適当であるものに係る費用	実費
理美容代	希望により、理美容サービスをご利用頂きます。	実費
電気代	持込みのテレビ、及びその他の電気製品の使用に係る費用（1台当り） 酸素濃縮器に係る電気代	1日 TV 60 円 その他製品 40 円 50 円
貸出しテレビ	ご希望により、施設のテレビを貸し出します。	1日 150 円 (電気代含む)

その他の日常生活費	おしぼり等衛生用品・入浴用品等日常の必要物品に係る費用	1日 70円
洗濯	利用者の希望により、洗濯機使用が可能な衣類について施設で洗濯致します。	1回 1ネット (中) 100円
	希望により、外注（クリーニング）もできます。	実費
高速道料金	利用者の個人的理由、又は家族の申し出により通行した場合の料金。但し施設が高速道利用の判断をした場合は除きます。	実費
送迎代	通常の事業実施地域以外への送迎を行う場合	1km当り 30円
栄養補助食品	食事以外に、個人的に希望されるか又は一時的に必要なと認められる補助食品の提供	実費

(4) 利用料金の支払い方法

当月分を1ヶ月（月末締め）ごとに精算し、翌月10日頃までに請求書を発行・発送します。現金又は銀行振込み、口座振替のいずれかにてお支払いください。

尚、現金でのお支払いは、事務室窓口にて平日のみの受付とさせていただきます。

(5) サービス利用の取り消し料金

利用者がサービスの利用を取り消し（キャンセル）する場合は、原則として**利用予定日の前日正午までに**当施設へお申し出ください。

サービス利用 キャンセル料 (含・居住費)	サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセルの連絡を頂いた時間に応じて、キャンセル料を頂きます。但し、体調不良等正当な理由がある場合には、この限りではありません。	
	前日正午までのご連絡の場合	無料
	上記以降のご連絡の場合	1提供当たりの利用料の、1日分相当額
食事キャンセル料	前日9時30分までの連絡	無料
	上記以降の連絡	実費相当額

7. 利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合、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。又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。

嘱託医師	庄原市高野診療所	庄原市高野町新市 1150-1
協力医療機関	庄原赤十字病院	庄原市西本町 2-7-10
協力歯科医院	庄原市高野歯科診療所	庄原市高野町新市 1227-1

8. 契約の終了について（退所）

（1）利用者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

当施設との利用終了の期日は、利用時に定めていますが、いつでも申し出ることにより契約を解除することができます。その場合には、原則として退所を希望する3日前までに解約の申し出をお願いします。

但し、以下の場合には即時に契約を解約・解除することができます。

①介護保険給付対象外のサービス利用料金の変更に同意できない場合
②重要事項説明書の変更に同意できない場合
③利用者が、医療機関に入院された場合
④施設若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短期入所生活介護サービスを実施しない場合
⑤施設若しくはサービス従事者が、守秘義務に違反した場合
⑥施設若しくはサービス従事者が、故意又は過失により入居者の身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、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
⑦他の利用者が、利用者の身体、財物、信用等を傷つけた場合、若しくは傷つける恐れがある場合において、施設が適切な対応をとらない場合

（2）施設からの申し出により退所して頂く場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所（契約解除）して頂くことがあります。

①代理人（ご家族）が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続し難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3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合
③利用者が故意又は重大な過失により、施設又はサービス従事者、若しくは他の利用者の生命・身体・財物・信用を傷つけ、又は著しい不信行為を行うこと等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
④利用者が、医療的治療を必要とし病院等に入院すると見込まれる場合、若しくは当施設での受け入れが困難な場合

（3）自動的契約終了

次の事由に該当した場合、この契約は自動的に終了致します。

- ①利用者が死亡した場合
- ②利用者が他の介護保険施設に入所した場合
- ③やむを得ない事情により施設を閉鎖した場合
- ④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
- ⑤当施設が介護保険の指定を取り消された場合、又は指定を辞退した場合

(4) 円滑な退所のための援助

利用者が当施設を退所する場合には、利用者及びご家族等の希望により、施設は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利用者に対して速やかに行います。

- ① 適切な病院若しくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- ② 居宅介護支援事業所の紹介救急搬送
- ③ 他の保健医療サービス又は福祉サービスと提供者の紹介

9. 当施設利用に際しての留意事項

当施設のご利用にあたって、他の利用者との共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項についてご理解ご協力をお願いします。

事 項	内 容
面会	・面会時間 9:00 ~ 16:00 ・面会については、事前にお電話にてご予約をお願いします。 ・面会時間以外の時間のご来所についてはご相談ください。
外出・外泊	・外泊・外出届に必要事項をご記入の上、提出願います。 (予め前日までにお申し出ください。)
飲酒	・特に禁止はしていませんが、適量でお願いします。
喫煙	・原則禁止しています。
所持品の持込み	・すべての物(着用している物も含む)に記名してください。 ・居室の整理ダンスに収納できる範囲でお願いします。 ・危険物、騒音を伴うもの、異臭を放つもの、ペット等他者に迷惑がかかる可能性が高いものはご遠慮ください。
金銭・貴重品の管理	・原則として利用者の責任において管理していただきます。 ・必要以上の金銭・貴重品の持込みはご遠慮ください。 ・必要な場合は立替えもいたします。
病院受診	・利用中、病院での受診が必要になった際には、ご家族で対応をお願いします。その際の診療結果、処方薬等については職員にご説明ください。
宗教・政治活動	施設内での他の利用者に対する宗教活動や政治活動はご遠慮ください。
食べ物の持込み	・健康上の事がありますので、職員にお尋ねください。 ・「生もの」の持込みはご遠慮ください。但し面会者をご一緒に召し上がられる場合は、必ず職員に声をかけて頂くようお願いします。
器物破損	・施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、利用者の自己負担により現状に復して頂くか、相当の代価をお支払いいただきます。
実習等への協力	・教育や人材育成のため、職員以外の学生、一般人の実習者を受け入れていますので、ご理解ご協力をお願いします。
感染症の疑い	・利用前に感染症の疑いが生じた場合、他の利用者への感染を防止するため医師から完治の診断が出るまで利用を中止させて頂くことがあります。

10. 秘密保持の遵守

- (1) 施設及びすべての職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びご家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- (2) 個人情報については、法人の運営する各事業が提供するサービスを適正かつ円滑に提供するために必要な範囲内で情報を収集し、各事業責任者のもとに保管するとともに、利用目的に沿った利用を行います。

11. 緊急・事故発生時の対応

下記を基本に、「緊急時対応マニュアル」に基づき対応します。

- ① 事故発生（発見）直後は、救急搬送の要請等、利用者の生命・身体の安全を最優先に対応します。
- ② 利用者の生命・身体の安全を確保した上で、速やかにご家族に状況を連絡し、対応を協議します。
- ③ 事故の内容によっては、市町村に報告すると共に、再発防止のための対策を講じます。
- ④ サービス提供中損害賠償をすべき事故が発生した場合に、速やかに対応を協議します。

12. 非常災害対策

非常時の対応	別途定める「防災規程・防災計画」により対応します。
防災訓練等	年2回、防災会議・訓練及び教育を実施します。内1回は夜間想定避難訓練を実施します。
防災設備	自動火災通報装置・スプリンクラー・消火栓・非常食他

13. サービス内容に関する相談・苦情窓口

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。

(1) 当施設内における苦情の受付

苦情受付窓口（担当者）		受付時間	連絡先	
生活相談員	岸田 弘子	毎日 8:30～17:30 担当者が不在の場合は、他の職員にお申し付けください。	電話	0824-86-7017
			Fax	0824-86-2868
			住所	庄原市高野町新市柏奥 5177-1
第三者委員	馬船 輝雄	9:00～17:30 (土・日・祝祭日を除く)	電話	0824-86-2603
			住所	庄原市高野町下門田 306
	児玉 光子	9:00～17:30 (土・日・祝祭日を除く)	電話	0824-86-2434
			住所	庄原市高野町岡大内甲 55

(2) 行政機関その他苦情受付機関

苦情受付窓口	受付時間	連絡先	
庄原市高齢者福祉課	8:30~17:15 (土・日・祝祭日除く)	電話	0824-73-1167
		Fax	0824-75-0245
		住所	庄原市中本町 1-10-1
国民健康保険団体連合会	9:00~17:15 (土・日・祝祭日を除く)	電話	082-554-0783
		Fax	082-511-9126
		住所	広島市東区白島 19-49
広島県社会福祉協議会	8:30~17:00 (土・日・祝祭日を除く)	電話	082-254-3419
		Fax	082-569-6161
		住所	広島市南区比治山本町 12-2

(3) 福祉サービス第三者評価を平成 26 年 1 月 8 日に(社福)広島県社会福祉協議会にて受診し、評価結果を開示しています。

14. 衛生管理について

当施設では、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備し、対策を検討する委員会を定期的を開催して、予防及び発生時の適切な対処に努めています。

15. 褥瘡防止対策について

当施設では、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うための委員会を設置し、職員研修を行う等褥瘡の発生防止に努めています。

16. 身体的拘束等廃止について

当施設では、日々身体拘束廃止に取り組んでいます。但し、利用者若しくは他の利用者の生命又は身体の保護をするため、緊急やむを得ない場合に限り身体拘束を行う場合があります。その場合には、その様態及び時間、その際の利用者の状況、並びに緊急やむを得ないと判断した理由を記録するとともに、速やかにご家族に報告いたします。

以上、サービス契約の締結にあたり、本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

令和 年 月 日

社会福祉法人 東輝会 特別養護老人ホーム 故郷一高野

<説明者>

職名 _____ 氏名 _____ 印

私は、サービス契約の締結にあたり、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、当施設の指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意いたします。

令和 年 月 日

<利用者>

<家族代表者>

住所 _____

住所 _____

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

(続柄: _____)