

社会福祉法人 錦福社会 特別養護老人ホーム 錦苑
短期入所生活介護【予防短期入所生活介護】
重要事項説明書

当施設は契約者に対して指定短期入所生活介護【指定介護予防短期入所生活介護】サービスを提供いたします。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことをご説明いたします。

1. 施設の目的と運営方針

- (1) 社会福祉法人錦福社会が設置運営する特別養護老人ホーム錦苑（以下、「事業者」という。）が行う指定短期入所生活介護事業【指定介護予防短期入所生活介護】（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者等（以下、「従業者」という。）が、要支援又は、要介護状態にある利用者（以下、「利用者」という。）に対し、適正な短期入所生活介護【指定介護予防短期入所生活介護】を提供することを目的とします。
- (2) 当施設は、入所者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立って介護福祉施設サービスを提供するように努めます。
- (3) 当施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めます。

2. 事業者の概要

- | | |
|---------|-----------------|
| ① 法人名 | 社会福祉法人 錦福社会 |
| ② 法人所在地 | 山口県岩国市錦町広瀬758番地 |
| ③ 電話番号 | 0827-72-3523 |
| ④ 代表者氏名 | 理事長 石井 忍 |
| ⑤ 設立年月日 | 昭和63年 5月 13日 |

3. 施設について

- | | | | |
|------------|-----------------|------|------------|
| ① 施設の種別 | 特別養護老人ホーム 錦苑 | 指定番号 | 3577200391 |
| ② 施設の所在地 | 山口県岩国市錦町広瀬758番地 | | |
| ③ 電話番号 | 0827-72-3523 | | |
| ④ 施設長（管理者） | 中村 美鈴 | | |
| ⑤ 開設年月日 | 平成元年 5月 1日 | | |
| ⑥ 入居定員 | 60名 | | |

4. 施設の概要・設備

敷地		16,778.54㎡
建物	構造	鉄筋コンクリート造平屋建て（耐火建築）
	延床面積	2,031.386㎡
	利用定員	60名

居室・設備の種類	室数	備考
従来型個室	5室	居室に介護ベッド、枕元灯、収納棚、ナースコール、見守り支援機器を備えています。
個室	3室	
2人部屋	1室	
4人部屋	15室	
静養室	1室	2床
食堂	1室	
多目的ホール	3室	
機能訓練室	1室	
浴室	2室	普通浴室・特別浴室
トイレ	4カ所	男性用・女性用・障がい者用トイレ
医務室（診療所）	1室	
相談室	1室	

5. 職員の配置状況

当施設では、職員の配置については指定基準を遵守し、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。なお、夜間については夜勤者2名、夜間警備1名を配置しております。

従業者の職種	員数
施設長（管理者）	1名
生活相談員	1名
介護職員（非常勤含む）	21名以上
看護職員（非常勤含む）	4名以上
機能訓練指導員（言語聴覚士）	1名
栄養士又は管理栄養士	1名
医師（嘱託）	1名

6. サービスの内容

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

種類	内 容
食事介助	<p>① 心身の状況及びご希望に応じた時間・場所で提供いたします。また、種類や調理方法について常に工夫をし、できる限り自立して食事を摂ることができるよう支援します。</p> <p>② 定期的に複数のメニューからお選びいただく『お好みメニュー』も実施しています。</p> <p>(概ねの食事時間)</p> <p>朝食：7：45～ 昼食：12：00～ 夕食：17：15～</p> <p>※衛生管理上、配食後2時間を経過した場合は提供できません。</p>
排泄介助	心身の状況に応じ、適切な方法により排泄の自立に必要な援助を行います。
入浴介助	週2回以上、心身の状態や意向に応じた入浴方法や日時に実施いたします。体調不良等で入浴できない場合も適切に清潔保持のための支援を実施いたします。
健康管理	<p>① 協力医療機関の医師または看護職員との連携により24時間連絡体制を確立し、かつ必要に応じて健康上の管理等を行います。</p> <p>② 夜間緊急事態が発生した場合は、当日の担当看護職員、協力医療機関に連絡し対応します。</p> <p>③ 当施設において、感染症等が発生または蔓延しないように必要な処置を講じることにより入所者の安全を確保します。</p> <p>④ 薬剤は医務室で管理し、服薬の管理は看護職員が慎重かつ誤りのないよう行います。</p> <p>⑤ 褥瘡予防として褥瘡の発生を防止するための体制を整備するとともに褥瘡が発生しないよう適切な援助を行います。</p>
機能訓練	機能訓練指導員、介護及び看護職員が協働して本人の心身等の状況に応じ、日常生活を送るうえで必要な機能の回復または維持のための訓練を生活の中に取り入れ実施いたします。
栄養管理	健康状態、栄養状態に応じて、計画的に行います。
口腔衛生管理	口腔の健康状態に応じて計画的に行います。
シーツ交換	シーツ交換は週1回以上行います。
洗濯	必要に応じて衣類の洗濯を行います。
通常の送迎の実施地域	<p>通常の送迎の範囲は、岩国市内、吉賀町、周南市、下松市の片道概ね1時間の範囲とします。(土、日、祝日を除く9：00～18：00)</p> <p>利用者及びその家族の希望に沿って適切に実施しますが、天候や交通事情などにより、やむを得ず送迎時間を変更させていただく場合がありますので、ご了承ください。</p>

その他	入所者の日常生活における家事を入所者がその心身の状況等に応じて、それぞれの役割を持って行うよう適切に支援します。入所者相互間で頼り頼られるといった精神的な役割が生まれるよう支援します。
-----	--

※排泄および入浴等の身体介助について、異性による介助を実施する場合がございます。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

種 類	内 容
食事の提供に要する費用	契約者に提供する食事の材料及び調理にかかる費用です。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額(1日あたり)のご負担となります。
居住に要する費用 (光熱水費及び室料等)	当施設を利用し滞在されるにあたり、ご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された居住費の金額(1日あたり)のご負担となります。
日常生活上 必要となる費用	日常生活上要する費用のうち、契約者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用です。 なお、おむつ代は介護保険給付の対象となっていますのでご負担の必要はありません。
日常生活品の購入	日常生活品の購入の代行は原則行いません。契約者本人及び家族での購入が困難な場合はご相談ください。
現金等の金銭管理について	当施設につきましては契約者の金銭管理(現金・通帳・印鑑等)は行っておりません。身元引受人、ご家族にて管理をお願いします。
医療機関への受診	・かかりつけ医師及び医療機関への受診を希望される方には、連絡調整をお手伝いいたします。送迎は原則ご家族でお願いいたします。やむを得ない場合は可能な範囲でお手伝いをいたします。

7. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、契約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) 外出・外泊については事前にご相談ください。
- (2) 決められた場所以外での喫煙や飲酒はできません。
- (3) 当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような行為、金銭や食べ物のやりとりはご遠慮ください。
- (4) 施設内の居室や整備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご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。
- (5) 従業者に対しての、精神的または身体的な攻撃、介護保険、医療保険法上に定められたサービスとして提供していない内容を強いるなどの過大な要求、当施設の信条信念等に対する否定的態度等の事象が発生した場合、契約の見直し及び法的対応等の措置を行う場合があります。

8. 契約の終了について

- (1) 契約者が、サービス利用料金の支払いを支払期限までに支払うことがなく、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、サービス利用料金を支払わない場合、または利用者や保証人等が当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、契約を解除する場合がございます。

9. 身元引受人

- (1) 身元引受人は、この契約について、契約者と連帯して、又は契約者にかわって責任を負うと共に、以下の事項についても責任を負います。
 - ① 契約者が心身の状態等により、署名等ができない場合には、契約者本人の意思を確認した上、署名の代筆等を行います。
 - ② 身元引受人は、利用料等の支払いが遅滞した場合等、極度額50万円の範囲内で経済的な一切の債務を連帯して負います。
- (2) 身元引受人が本契約中に死亡、行方不明もしくは破産した場合には、新たに身元引受人を定めるものとします。
- (3) 契約者の身元引受人の選定に際して必要がある場合には、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の内容を説明し、専門機関を紹介します。

10. 秘密の保持

- (1) 当施設及び従業者は、業務上知り得た契約者、契約者の身元引受人または家族等の秘密を保持します。
- (2) 当施設の従業者は、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を雇用契約の内容としています。

1.1. 個人情報の取り扱い

- (1) 当施設では、提供された契約者、またはご家族等に関する個人情報を適切に取り扱い、下記の目的以外に使用いたしません。
- ① 契約者に提供する介護サービス等
 - ② 介護保険事務、入退所の管理、会計、事故報告等
 - ③ 介護サービスや業務の維持改善にかかる基礎資料の作成
 - ④ 実習生等の学習への協力、職員の教育のために行う事例研究等
- (2) 電話や来訪など、外部からのお問い合わせに対する回答や、情報提供の範囲についてのご希望がある場合はお申し出ください。
- (3) 当施設では、施設内の掲示板や、施設広報等に氏名や写真を掲載することがあります。ご希望されない場合はお申し出ください。

1.2. 緊急時、事故発生時の対応について

- (1) 入所者の急変などの緊急時、事故発生（発見）時には、救急搬送の要請など入所者の生命・身体の安全を最優先に対応します。
- (2) 入所者の生命・身体の安全を確保したうえで、速やかに家族、協力医療機関に連絡等の必要な措置を講じます。なお、事故については状況や取った対応について記録し、県・市等関係機関への連絡および報告を行います。
- (3) 当施設において事業者の責任により契約者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償いたします。【(株) 三井住友海上火災保険】

1.3. 非常災害時の対策について

災害時の対応	別途定める「錦苑消防計画ならびに非常災害時対応マニュアル等」に則り対応を行います。 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関へ通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に職員に周知するとともに非常災害に備えるため定期的に避難・救出その他必要な訓練を行います。
平常時の対応	別途定める「錦苑消防計画ならびに非常災害時対応マニュアル等」に則り、年2回の避難通報訓練等を実施し、年1回以上夜間を想定した避難通報訓練を入所者も参加して実施します。
地域との協力体制	岩国地区消防組合ならびに岩国市消防団錦方面隊、地域住民に非常災害時の支援をお願いしています。
防災設備	<ul style="list-style-type: none">・ スプリンクラー設備・ 消防機関へ通報する火災報知設備・ 非常電源（自家発電設備）・ ガス漏れ報知器・ カーテン、布団、シーツ類などは防災性能のあるものを使用しております。 <ul style="list-style-type: none">・ 自動火災報知設備・ 誘導灯及び誘導標識・ 非常電源（蓄電池設備）・ 消火器
消防計画書	岩国地区消防組合への届出日 平成30年4月1日 防火管理責任者 岡本 雅弘

※感染症や災害が発生した場合、サービスの提供を継続し、または事業を早期に再開できるための事業継続計画を策定します。感染症や災害が発生した場合に備えた研修や訓練を年2回以上行います。

14. 身体拘束その他の行動制限

当施設は、施設サービスの提供に当たり、契約者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束及びその他、行動を制限する行為は行いません。緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、時間、心身の状況並びに緊急やむを得ない理由及び心身の状態、経過等を記録します。

15. 虐待の防止

当施設は、虐待を早期に発見できるように努め、虐待が発生した場合には、通報、対応、再発防止等を適切に行います

16. 苦情の受付について

(1) 当施設の苦情受付窓口

苦情受付責任者： 生活相談員 岡本 雅弘 松前 喜美枝

苦情解決責任者： 施設長 中村 美鈴

TEL : 0827-72-3523

受付時間 : 9時00分～18時00分まで（毎週月～金曜日、土日祝日を除く）

(2) 外部苦情申し立て機関

○岩国福祉部福祉政策課 指導監査班

〒740-0017 岩国市今津町1丁目14-51 TEL : 0827-29-5072

FAX : 0827-22-0928

○山口県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情相談係

〒753-0871 山口市朝田1980番地 TEL : 083-995-1010

○山口県健康福祉部 長寿社会課

〒753-0071 山口市滝町1-1 TEL : 083-933-2774

○山口県岩国市健康福祉センター 保健福祉・総務室

〒740-0016 岩国市三笠町1丁目1-1 TEL : 0827-29-1522

○山口県福祉サービス運営適正化委員会

〒753-0072 山口市大手町9-6 山口県社会福祉会館1階 TEL : 083-924-2837

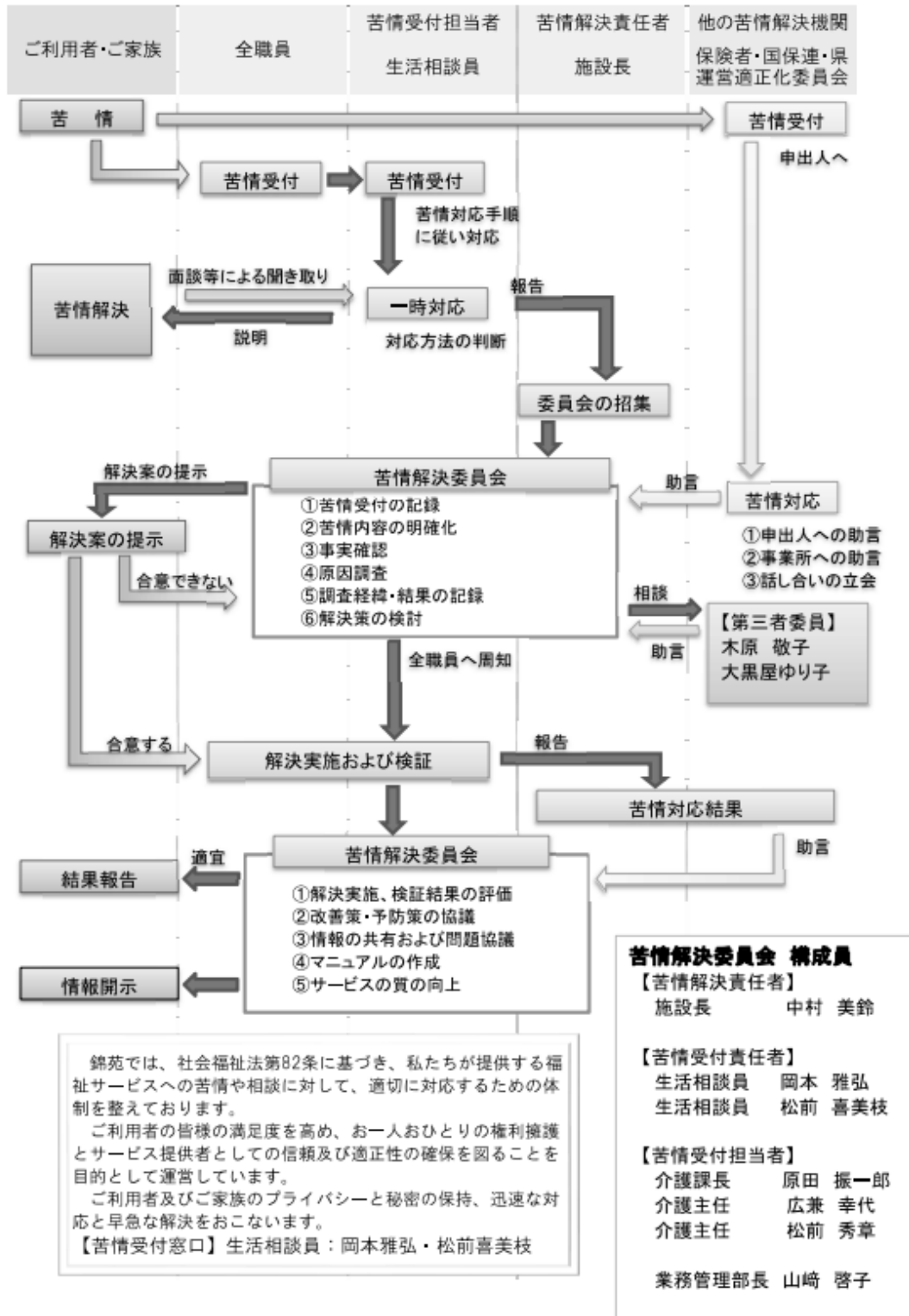
○岩国市岩国第五地域包括支援センター

〒740-0724 岩国市錦町広瀬1067-1 TEL : 0827-71-0055

(3) 第三者委員 木原敬子 (元保健師) TEL : 0827-72-2438

大黒屋ゆり子 (民生委員) TEL : 0827-21-2772

苦情相談の受付から解決までの流れ



17. 協力医療機関（入所中の医療の提供について）

※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。

また下記医療機関での医療・入院を義務づけるものでもありません。

病院名	錦中央病院	TEL：0827-72-2321
所在地	山口県錦町広瀬1072-1	
診療科	内科・外科・整形外科・脳外科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科	
入院設備	完備	

病院名	つつい外科クリニック	TEL：0827-72-3020
所在地	山口県岩国市錦町広瀬1074-5	
診療科	外科	
入院設備	なし	

病院名	医療法人 新生会 いしい記念病院	TEL：0827-41-0114
所在地	山口県岩国市多田3-102-1	
診療科	内科・呼吸器科・放射線科・精神科・循環器科・精神科	
入院設備	完備	

協力歯科医療機関

医療機関の名称	たにもと歯科医院	TEL：0827-72-2090
所在地	山口県岩国市錦町広瀬6707-7	

18. 看護職員と介護職員が協働して実施する医療的ケアについて

平成24年4月から「社会福祉士及び介護福祉士法」（昭和62年法律第30号）の一部改正により、一定の研修を受けた介護職員等においては、医療や看護の連携による安全確保が図られていること等、一定の条件の下で「たんの吸引等」の行為を実施できるようになりました。介護職員への研修体制の整備、配置医による看護職員・介護職員への指導の実施など、入居者の安全確保に向けて最善を尽くしております。

看護職員と介護職員が協働して実施するケアは以下のとおりです。

- (1) 平成24年度から平成26年度までに一定の研修を終了したもの
 - ① 口腔内咽頭の手前までのたんの吸引
 - ② 胃瘻による経管栄養（栄養チューブ等の接続・注入開始を除く）
- (2) 平成27年度の介護福祉士取得者および一定の研修を終了したもの
 - ② 口腔内およびの鼻腔からのたんの吸引
 - ③ 胃ろう等の経管栄養

19. サービス利用料金について

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護福祉施設のサービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

サービスを利用した場合、原則として費用の1割、2割又は3割をご負担いただき、残りの費用は介護保険から給付されます。介護認定を受けた際に発行された『介護保険負担割合証』をご確認ください。

(1) 基本介護サービス費用 ※1割負担の場合

○食事、入浴、その他日常生活上の支援や機能訓練などを受けられます。

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
451円	561円	603円	672円	745円	815円	884円

(2) 各種加算費用 ※1割負担の場合

○介護サービスの質の向上のため、職員の体制を強化したり、資格に応じ処遇を厚くするなどの目的とした加算についてご請求いたします。

短期	予防	加算名称	自己負担額		加算の内容・算定要件
●	○	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22円	1日	介護福祉士の有資格者の配置割合や勤続年数によって、サービスの質の向上を図る事業所を評価する加算
●	○	機能訓練体制加算Ⅱ	12円	1日	専従の機能訓練指導員を配置し、機能訓練を行う体制がある場合
●	○	生産性向上推進体制加算	10円	1回/月	利用者の安全、介護サービスの質の確保、職員の負担軽減に資する取り組みを行う体制を確保している場合
●		夜勤職員配置加算Ⅲ	15円	1日	夜勤帯に、介護職員・看護職員を基準以上に配置している場合
		療養食加算	8円	1回	医師の指示のあった食事せんに基づき療養食を提供した場合
		送迎加算	184円	1回	施設と居宅の間を送迎した場合
		認知症専門ケア加算Ⅰ	3円	1日	認知症自立度Ⅲ以上の利用者の割合と、認知症介護実践リーダー研修修了者の割合等が配置条件に合う場合
		緊急短期入所受入加算	90円	1日	在宅サービスにおいて計画的に行うことになっていない短期入所生活介護を緊急に行った場合（最長14日間）
		若年性認知症受入加算	120円	1日	若年者認知症の利用者に対し、サービスを提供した場合
●	○	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数 × 14%		上記の処遇改善関係の3加算が1本化された加算 ※令和6年6月以降

☆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。

(3) 介護保険の給付の対象とならない費用

○介護保険の給付とならない以下のサービスについては、全額を契約者にご負担いただきます。

※食費・居住費の自己負担額については、契約者の所得等に応じて自己負担額が軽減される制度があります。お住いの市町村に【介護保険負担限度額認定】を申請し、交付を受けた場合は、認定証をご提示ください。

① 食事の提供に要する費用

(基準費用額) 第4段階	利用者負担段階			
	第3段階②	第3段階①	第2段階	第1段階
1,445円	1,300円	1,000円	600円	300円

《1食ごとの食事の費用》

朝食	昼食	夕食
165円	720円	560円

② 居住に要する費用

(多床室)

(基準費用額) 第4段階	利用者負担段階		
	第3段階	第2段階	第1段階
855円	370円	370円	0円

(個室)

(基準費用額) 第4段階	利用者負担段階		
	第3段階	第2段階	第1段階
1,171円	820円	820円	320円

③ その他の費用

- ・理美容代（理髪店等ボランティアによるサービスは無料）
- ・日用品（ティッシュペーパー、歯ブラシ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤等）
- ・特殊な私物衣類等のクリーニング代
- ・その他、契約者が負担することが適当と認められる費用

(4) 高額介護サービス費等の支給について

利用者が1ヶ月に支払った自己負担の合計額が、一定の上限を超えたときは、申請により超えた分が市町村から支給されます。対象となる方で、まだ申請をされていない場合は、市町村からお知らせが届きます。(2回目以降の支給は申請不要です。)

※対象となる費用は、食費・居住費等を除く、介護サービス費の自己負担部分のみです。

対 象 者	負担の上限額 (月額)
課税所得 690 万円 (年収約 1,160 万円以上)	140,100円 (世帯)
課税所得 380 万円 (年収約 770 万円) ~ 課税所得 690 万円 (年収約 1,160 万円) 未満	93,000円 (世帯)
市民税課税 ~ 課税所得 380 万円 (年収約 770 万円) 未満	44,400円 (世帯)
世帯全員が市民税非課税	24,600円 (世帯)
前年の公的年金等収入金額 + その他の合計所得金額の合計が 80 万円以下の方等	24,600円 (世帯)
	15,000円 (個人)
生活保護を受給している方	15,000円 (個人)

(5) 社会福祉法人が行う生活困窮者に対する減免

市民税世帯非課税者であって、次の要件を満たす方のうち、その方の収入や世帯状況、利用料負担等を総合的に勘案し、生活が困難であるとし、市町村が認めた方を対象とし、「軽減確認証」交付されます。

《対象者の要件》

- ① 年間年収が、単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円加算した額以下であること。
- ② 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。
- ③ 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。
- ④ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
- ⑤ 介護保険料を滞納していないこと。

※減免の程度は、「軽減確認証」をご確認ください。

利用者負担金の1/4 (25%) (利用者負担第1段階の方は1/2 (50%)) を原則とします。

(6) お支払いの方法

介護サービス費及び食費・居住費等の料金は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたします。

ご利用月の翌月の26日(土日祝日の場合、翌営業日)に指定の金融機関口座から自動引き落としさせていただきます。

《ご利用できる金融機関》

- ・ 山口銀行
- ・ ゆうちょ銀行

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護（指定介護予防短期入所生活介護）サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

（説明者）特別養護老人ホーム 錦苑
生活相談員 氏名

（ 契約者 ）

私は、指定短期入所生活介護（指定介護予防短期入所生活介護）のサービス提供にあたり、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、内容について同意しました。また、私、及びその家族等の個人情報の使用について同意しました。

氏 名 _____

（ 代筆者 ）

契約者は、認知症による判断力の低下、その他心身喪失などの理由により署名ができな
いため、本人の意思を確認のうえ、私が契約者に代わってその署名を代行いたします。

氏 名 _____ （契約者との関係： _____）

.....
（ 身元引受人・家族代表者 ） ※該当するいずれか、もしくは双方に○をつけてください

契約者の権利義務に関わる事務処理などについて、契約者の委任を受けることについて
同意します。また、私、及びその家族等の個人情報の使用について同意します。

氏 名 同上 _____ （契約者との関係： _____）