

重要事項説明書

(指定介護予防短期入所生活介護事業所)

あなたに対する施設サービス提供開始にあたり、山形県条例第73号に基づいて、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 東根福祉会
事業者の所在地	東根市本丸南一丁目10番16号
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 大沼 天
電話番号	0237-43-6980

2 ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム白水荘
施設の所在地	東根市大字野川2074番地の99
施設長名	施設長 滝口 武晴
電話番号	0237-44-2366
ファクシミリ番号	0237-44-2376

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	事業者指定		利用定数	
	指定年月日	指定番号		
施設 特別養護老人ホーム	平成2年4月	山形県0671700185	100人	
居宅 通所介護	平成12年4月	山形県0671700136	25人	通所型サービス(独自)を含む
短期入所生活介護	平成12年4月	山形県0671700144	20人	介護予防含む
居宅介護支援事業	平成12年4月	東根市0671700029		
認知症対応型通所介護	平成29年4月	東根市0671700136	12名	介護予防含む

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は利用者の心身の状況や、介護する家族の身体的及び精神的な負担の軽減等を図るために、一時的に施設を提供することを目的としている。
施設運営の方針	当施設にあつては、利用者が可能な限り居宅において、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、心身の機能維持並びに、ご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。

5 施設の概要

敷地および建物	短期入所施設共用
敷地	16337.81m ²

建物・居室	構造	鉄筋コンクリート造平屋(耐火建物)・木造平屋
	延べ床面積	4324.02m ²
	利用定員	20名

居室の種類	室数	面積	1人あたりの面積	
4人部屋	4室	33.4m ²	8.35m ²	多床室
4人部屋	1室	54.9m ²	13.725m ²	多床室

その他主な設備(短期入所施設と共用)

施設の種類	数	面積
食堂	3室	314.5m ²
機能訓練室	2室	127.7m ²
一般浴室	1室	22.5m ²
機械浴室	特殊浴槽3台	108m ²
便所	18箇所	
医務室	1室	

6 職員体制(主たる職員)

従業者の職種	職員数	区 分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
施設長	1名		1			1	1	社会福祉主事、介護支援専門員
事務員	1名		1					社会福祉主事
生活相談員	1名		2			1	1以上	社会福祉主事、介護支援専門員
介護員	9名	9		1		9.7	7以上	介護福祉士
看護師	1名	1				1	1以上	看護師
機能訓練指導員	2名		2			0.4	1以上	作業療法士
医師	1名				1	0.1	1以上	内科
管理栄養士	1名		1			0.1	1以上	管理栄養士

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	職務内容
施設長	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)常勤で勤務 4週8休	運営管理の統括
事務員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)常勤で勤務 4週8休	利用料の請求、支払いなど
生活相談員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)常勤で勤務 4週8休	入退所などサービス全般
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> 早番(7:00~16:00)(7:30~16:30)(8:00~17:00) 原則4週8休 日勤(8:30~17:30)(9:00~18:00)(9:30~18:30)(10:00~19:00)(10:30~19:30)(11:00~20:00)(11:30~20:30) 夜勤(13:00~22:00)(22:00~7:00) 昼間(13:00~14:00)は、原則として職員1名あたり入所者7名のお世話をします。 夜間(19:00~7:00)は、原則として職員1名あたり24名のお世話をします。 	生活のサポート及び介護全般
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)常勤で勤務 4週8休	機能訓練に関すること
看護職員	<ul style="list-style-type: none"> 正規の勤務時間帯(7:00~19:00)、特別養護老人ホームの看護師あわせて通常4名体制で勤務 4週8休 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。 	健康管理に関すること
医師	内科週1日(木曜日)12:30~14:30	診察、健康管理に関すること
管理栄養士	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)常勤で勤務 4週8休	栄養管理に関すること

8 営業日およびご利用の方法

ご利用の方法	ご利用については、常時生活相談員が相談に応じております。
--------	------------------------------

9 施設サービスの概要

介護保険給付サービス

種類	内 容	利用料
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。(ただし、食費は給付対象外です。) ・食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるように配慮します。 (食事時間) 朝食7:45~ 昼食11:50~ 夕食17:30~	介護報酬の告示上の額(ただし、法定代理受領の場合は施設介護サービス基準の1割又は2割又は3割相当。法定代理受領でない場合は、施設介護サービス基準額相当額です。)

種 類	内 容	利 用 料
排泄の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・オムツを使用する方に対しては、定時(1日3回以上)の交換を行うとともに、必要な場合はこれを超えて随時交換を行います。 	介護報酬の告示上の額 (ただし、法定代理受領の場合は施設介護サービス基準の1割又は2割又は3割相当。法定代理受領でない場合は、施設介護サービス基準額相当額です。)
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・週2回の入浴または清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は機械を用いての入浴も可能です。 	
着替え等の介助	<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て、毎朝夕の着替えをおこなうよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・シーツ交換は週1回、寝具の消毒は2か月に1回します 	
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員(所有資格 作業療法士)による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。 (当施設の保有するリハビリ器具) 平行棒1 マイクロ波治療器1 自転車1 水圧式マッサージ器1 マッサージ器1 フットマッサージ器1	
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・短期入所サービスご利用中に体調を崩された場合、主治医の指示に従い、協力医療機関などに責任をもって引継ぎます。 ・利用者の状態によっては当施設の担当職員が迅速に対応させて頂く場合もあります。 	
相談および援助	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口)生活相談員 前田雄一郎	
送迎	身体状況など、一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付きの送迎車で入退所の送迎を行います。	
介護保険給付外	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設の送迎区域外の送迎においては 7km以上10km未満;片道¥500 10km以上;片道¥800の料金が加わります。 ※通常の送迎実施地域 東根市 天童市 	

種 類	内 容	利用料
居住費	・施設利用時における光熱水費相当分	料金は、別紙料金表に記載
食事提供	・介護、医療関係の専門業者に委託し、安全でおいしい食事を提供いたします。	料金は、別紙料金表に記載
理美容サービス	・個別に調整できます。 ・現金でのお支払いになります。	3,000円～6,500円程度
レクリエーション	・当施設では、施設行事計画にそって行事を企画します。	施設外レクリエーションについて実費(交通費・入場料等)
洗濯サービス (施設内)	・衣類等の洗濯	無 料

10 支払い方法

銀行口座より指定期日に自動引落となります。

指定期日は、翌月の26日(金融機関が休業日の場合は翌営業日)になります。

利用翌月の10日までには、前月分の請求書を送付いたしますので指定した口座へご入金下さい。

現金による支払いをご希望の場合は、指定期日まで、白水荘の事務所窓口までご持参ください。

11 苦情の受付等について

相談方法等	<p>受付担当者 生活相談員 前田 雄一郎 ご利用時間 9:00～17:00(土日祝日及び12/30～1/3を除く) ご利用方法 ・電話による相談 0237-44-2366 ・直接来荘していただいたの相談又は訪問による相談 ・施設内の苦情箱をご利用しての相談</p> <p>※受付担当者不在のときには、対応者が担当者に連絡を取り対応いたします。</p> <p>法人による相談・苦情窓口 受付窓口 東根福祉会 法人事務局 横尾 智 解決責任者 東根福祉会 法人事務局長 村田 嘉正 利用時間 8:30～17:30(土日祝日及び12/30～1/3を除く) 第三者による相談・苦情窓口 第三者委員: 弁護士 伊藤三之 評議員 遊佐 靖彦</p>
処理体制・手順	<ol style="list-style-type: none"> 1. 受付 2. 問題点の把握→責任者への報告→緊急の場合は即時対応 3. 行政機関への報告 4. 処理見込み期間の説明 5. 必要な調査の実施 6. 改善方策の検討 7. 利用者、家族への報告 8. 改善策の周知徹底 9. 行政機関への報告(顛末報告等)
公的機関	<p>次の機関において、苦情申し出ができます。</p> <p>※山形県国民健康保険団体連合会; 電話番号:0237-87-8006 ※東根市健康福祉部福祉課介護保険係; 電話番号:0237-42-1111 ※山形県福祉サービス運営適正化委員会(「山形県社会福祉協議会」)電話番号:023-626-1755 ※天童市 健康福祉部保険給付課 電話番号:023-653-0704 ※村山市 福祉課 電話番号:0236-55-2111 ※その他住居地の各市町村窓口へお願いします。</p>

12 福祉サービス第三者評価事業

福祉サービス 第三者評価事業の 評価の実施	あり	なし
※ありの場合記入	※(直近の実施日; 年 月 日) (評価機関名;) (評価結果公表;)	

13 協力医療機関

医療機関の名称	北村山公立病院
院長名	國本 健太
所在地	東根市温泉町2-15-1
電話番号	42-2111
診療科	内科・外科・脳外科・泌尿器科・整形外科・形成外科・皮膚科・その他
入院設備	ベット数 300床
救急指定の有無	有り
契約の概要	当施設と北村山公立病院とは、入所者に病状の急変があった場合には、協力病院として優先的に治療を行っていただいております。

14 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白水荘消防計画」によって行います。			
近隣との協力関係	太田新田町内会と、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等	別途定める「特別養護老人ホーム白水荘消防計画」によって、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練等を実施します。			
防火設備 (特別養護老人 ホームと共通)	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	自動火災報知器	あり	防火扉・シャッター	7個所
	誘導灯	27個所	屋内消火栓	12個所
	ガス漏れ報知器	あり	非常通報装置	あり
	非常用電源	あり	漏電火災報知器	あり
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日: 令和7年4月1日 防火管理者: 長岡 孝志			

15 当施設ご利用の際に留意いただく事項

緊急連絡先について	利用時に、緊急連絡先及びかかりつけ医についてお聞きしますが、留守になる場合等、連絡先が変更になる場合は、すぐにご連絡ください。
事故発生時及び 緊急時の対応 事故補償等	<p>・指定短期入所生活介護の提供中に利用者の心身の状況に異変その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医或いは協力病院に連絡し、適切な措置を講ずるとともに、施設長に報告致します。</p> <p>・利用中の不慮による事故、身体のけがを負った場合、施設にて傷害事故補償保険に加入しております。</p> <p>・重大事故等が発生した場合には、速やかに、県・市町村・居宅介護支援事業者窓口にも報告いたします。</p> <p>※転倒について;高齢者は加齢により転倒しやすく骨折等の危険性がありますので、施設内の生活でも同様の危険があります。事故を未然に防ぐ対応は行っておりますが、職員の見守りには限界がありますので、この点をご理解頂きますようお願い致します。</p>
身体拘束について	・緊急やむ得ず、利用者本人または他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合は、利用者又はその家族から同意を得て身体拘束を行う場合があります。
虐待の防止について	利用者の人権の擁護、虐待の防止のために、研修等を通して従業員の人権意識や知識の向上に努め、利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
来訪・面会	来訪者は、面会時間を10:00～16:00とし、予約制となっております。 ※感染予防について;体調不良時(発熱・下痢・嘔吐時)はお控え下さい。マスク着用・手指消毒等のご協力も兼ねてお願い致します。
外出	外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
医療機関への受診	ご家族による協力をお願いいたします。職員に申し出てください。 ※病気の発症について;加齢に伴い脳梗塞や心筋梗塞等を発症する危険性が高まる事から、施設利用中に発症を認めた場合は、協力医療機関への搬送等、最善の対応をさせていただきます。しかし、発症そのものを防ぐことはできませんのでご理解をお願い致します。
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ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	施設内全館禁煙となっております。ご協力をお願いします。飲酒される方は、職員に申し出下さい。
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。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	出来るだけ、貴重品の持ち込みはご遠慮いただきます。管理は介護員がいたします。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。
飲食物の持込	治療目的以外のすべての飲食物の持込はお断りします。

16 サービス利用料金(1日あたり)

・下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金及び加算料金の自己負担と、居室と食事に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。

・サービス利用料金等の自己負担分の割合については、介護保険負担割合証に記された負担割合となります。

(1)－1【基本施設サービス費・併設型短期入所生活介護費(Ⅱ)・「多床室」】

利用者 介護度	サービス 利用料金	単位数	1日あたりの自己負担額		
			1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
要支援1	4,510円/日	451単位	451円	902円	1,353円
要支援2	5,610円/日	561単位	561円	1,122円	1,683円

(1)－2【長期利用者減算(連続30日を超えて利用の場合)】

連続して30日を超えて同一の短期入所生活介護事業所に入所している場合において、上記金額より、その超えた日について減額されます。

利用者 介護度	サービス 利用料金	単位数	1日あたりの自己負担額		
			1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
要支援1	4,420円/日	442単位	442円	884円	1,326円
要支援2	5,480円/日	548単位	548円	1,096円	1,644円

(2)【加算料金】

・以下は、基本施設サービスに加算される料金です。

加算名	加算料金	単位数	自己負担額		
			1割	2割	3割
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	220円/日	22単位	22円	44円	66円
	介護福祉士が80%以上配置されている場合。				
機能訓練指導員に係る加算	120円/日	12単位	12円	24円	36円
	機能訓練指導員の職務に従事する常勤の職員を配置し実施した場合。				
送迎加算(片道)	1840円/回	184単位	184円	368円	552円
	利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて必要と認められる利用者に対して送迎を行う場合。				
療養食加算	60円/食	6単位	6円	12円	18円
	利用者の病状等に応じて、適切な栄養量及び内容の療養食の提供が行われた場合。1食あたり算定。				
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	全介護報酬の14%		加算項目により異なる		
	介護職員等の処遇改善に関する加算。				

(3)【居室と食費の負担額】

世帯全員が市町村民税非課税の方(市町村民税非課税者)や生活保護を受けておられる方の場合は、1日あたりの居住費・食費の負担が軽減されます。

対象者		区分	居住費	食費	
生活保護受給者		要件なし			
市町村民税 非課税者	老齢福祉年金受給者	1000万円 (2000万円)以下	利用者負担段階1	¥0	¥300
	年金収入額と合計所得金額の合計額が80万円以下	650万円 (1650万円)以下	利用者負担段階2	¥430	¥600
	年金収入額と合計所得金額の合計額が80万円超120万円以下	550万円 (1550万円)以下	利用者負担段階3①	¥430	¥1,000
	年金収入額と合計所得金額の合計額が120万円超	500万円 (1500万円)以下	利用者負担段階3②	¥430	¥1,300
市町村民税課税		利用者負担段階4	¥915	¥1,445	

* 1食当たりの単価 (朝食)380円 (昼食)665円 (夕食)400円

私は、本書面に基づいて職員 生活相談員 前田 雄一郎
から上記重要な事項の説明を受けたことを確認し、これに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

(続柄 ; _____)