

広島和光園短期入所生活介護事業所
(事業所番号3470101027)
重要事項説明書

厚生省令第39号第4条に基づいて、当事業者が説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業所の名称	社会福祉法人 広島和光園
所在地	広島市南区宇品東三丁目6番26号
代表者名	理事長 竹内 由紀絵
連絡先	TEL (082) 252-8070

2 ご利用施設

施設の名称	広島和光園短期入所生活介護事業所
所在地	広島市南区宇品東三丁目6番26号
施設長名	竹内 由紀絵
連絡先	TEL (082) 252-8070

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とする。
運営の方針	《ふれあいあたたかく》をモットーに、心身ともに健やかでやすらかな気持ちで毎日をすごせる家庭的な施設であるよう努める。

4 施設の概要

建物及び利用定員

建物構造	鉄筋コンクリート造5階建て（耐火建築）の内1、2、3階部分
利用定員	9名

居室その他主な設備（すべて特別養護老人ホームと共用）

種類	内容
専用居室	4人部屋1室 個室4室 すべてトイレ洗面所付
デイルーム	2室
機能訓練室	1室（平行棒、交互牽引滑車、リハビリ用階段機能回復訓練用マット台）
浴室	1室（リフト式入浴機器2台、特殊浴槽1台）
医務室	1室

5 施設サービスの概要

介護保険給付サービス：介護予防短期入所介護サービスも含む

種類	内容
食事	当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養ならびに利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。ご利用者の自立支援のため離床してデイルーム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 8:00～ 昼食 12:15～ 夕食 18:00～
排泄	排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行ないます。
入浴	入浴または、清拭を3日に1回予定します。
機能訓練	担当ケアマネージャーからのサービス計画書に従い、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活の中で、今できていることの維持に努めます。
健康管理	心身の状態について必要な観察を行ない、健康管理に努めます。 主治医と連携し、急な体調の変化に対し、早めに対応していただけるように配慮します。 ただし治療行為はできません。
相談援助	利用者及びご家族からのサービス利用に係る事など可能な限り相談に応じ、その援助を行なうよう努めます。
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。 ご家庭での生活のリズムをなるべく崩さないように配慮します。 清潔で快適な生活が送れるように、適切な整容が行なわれるよう援助します。
非常時の対応	計画にのっとり対応を行ないます。

介護職員体制

2F ご利用者 特養 25名 ショートステイ 2名⇒日中3名、夜間1名
 3F ご利用者 特養 25名 ショートステイ 7名⇒日中3名、夜間1名
 (2018年4月1日現在)

介護保険給付外サービス（実費のかかるもの）

種類	内容	利用料
理美容	月1回 出張美容院があります。	実費 (1回1,000円)
グループ活動	ご希望により、グループ活動に参加できます。(実費がかかるもののみ、利用料をいただきます)	1回100円 (茶道200円)
特別な食事	用意した献立以外の飲食物 高栄養補助食品、ゼリー飲料など	実費
日用品等	BOX ティッシュ、歯ブラシ、入れ歯用歯 ブラシ、入れ歯入れ等	実費
特別なパッド類	簡単装着パッド、両面吸収パッド、など 特殊なパッドについては、1枚あたりの 実費を頂きます。	実費 簡単～1枚20円
薬分包	事故防止のため服用時間に分けて、分包 化されていない場合、医務室で分包をさ せて頂きます。	1日分50円
洗濯代行	洗濯物は原則お持ち帰りいただきます。 ご希望あれば、業者に代行洗濯へ委託し ます。	実費 例)1回分で約400円
リネンク リーニン グ	尿、便汚染等でリネン類のクリーニングが必 要になった場合、実費で委託に出させて いただきます。	敷きパッド 864円 掛け布団 1,080円 肌布団 864円
その他	処置セット（原則、用意して頂くようになっ ています） 感染対応セット（嘔吐時の対応セット）	500円 500円

6 利用料

単位料金表 令和3年4月改定

内容		単位数 1日分	日数	合計単位数
要支援 1		446 単位		
要支援 2		555 単位		単位
要介護 1		596 単位		単位
要介護 2		665 単位		単位
要介護 3		737 単位		単位
要介護 4		806 単位		単位
要介護 5		874 単位		単位
送迎・片道		184 単位		単位
送迎・往復		368 単位		単位
機能訓練体制加算		12 単位		
サービス提供体制強化加算	○	22 単位		
介護職員処遇改善加算 I	1か月の算定単位数の1000分の83に相当する単位数			
介護職員等特定処遇改善加算 I	1か月の算定単位数の1000分の27に相当する単位数			
合計		単位 × 10.55 =		A 円

端数はすべて切り捨てになります。

$$\begin{aligned} \text{内、介護保険の負担分} & A \times 0.9 = B \quad \text{円} \\ \text{利用者負担分} & A - B = C \quad \text{円} \end{aligned}$$

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、利用者の負担額を変更します。

◇ 当施設の居住費・食費の負担額

	居住費 (円)	食費 (円)	合計(円)
利用者負担第1段階	0	300	300
利用者負担第2段階	370	600	970
利用者負担第3段階①	370	1,000	1,370
利用者負担第3段階②	370	1,300	1,670
第4段階	855	1,445	2,300

(別紙参照)

8 支払い方法

費用の請求	毎月月末で閉めて、翌月の10日前後に請求書を発行します。
支払い方法	下記のいずれかの方法でお支払いください。 1 利用者指定口座からの自動振替（振替手数料は園で負担します）*申請が必要です 2 金融機関からの振込み（振り込み手数料はご負担いただきます） 3 現金でのお支払い（1F事務所に於て《9:00~17:00》。もしくは、送迎者に必ず手渡しをお願いします）

*領収書の再発行はいたしませんのでご了承ください。

9 苦情申し立て

(1) 当施設における苦情の受付

苦情解決責任者	施設長 竹内由紀絵
受付窓口	生活相談員 山本理香 TEL (082) 252-8070 Fax (082) 252-8071
第三者委員	① 藤原雅子【評議員】 TEL (082) 271-4790 ② 政廣久子【評議員】 TEL (082) 254-0577

(2) 行政他苦情受付機関

広島市南区介護保険係	TEL (082) 250-4138
国民健康保険団体連合会	TEL (082) 554-0783
広島県社会福祉協議会	TEL (082) 254-3411

(3) 苦情解決の方法

① 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。
 なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

② 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者⇒苦情解決責任者⇒第三者委員

内容確認、解決するための対応策を苦情申し出人に報告します。

- ③ 苦情解決のための話し合い
苦情解決責任者は、苦情申し出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。
- ④ 行政機関その他苦情受付機関を紹介します。

10 事故発生時の対応

- (1) 利用者が事故により身体に障害を発生している場合は、主治医の指示のもとに応急処置をします。
- (2) すみやかに身元引き受けの方に連絡をします。
- (3) 事故の概要をできるだけ迅速に事故報告書に記載します。
- (4) 事故の程度・状況に応じて、関係機関へ連絡します。
- (5) 事故原因を調査し明確にした上で、適切な対応を図ります。

11 当施設ご利用時の際に留意いただく事項

面会	面会時間 8:00~20:00 感染症対応により禁止させていただくことがあります。
喫煙	施設内完全禁煙となっております。
迷惑行為等	他の利用者の迷惑になるような行為はご遠慮願います。
所持品の管理	ご記名をお願いします。
現金等の管理	できるだけ、現金は持参されませぬようお願いしております。管理が必要な場合は1F事務所へ相談してください。
食べ物の持込	自己管理できる方に限ります。 できるかぎりご遠慮願います。 他者との食べ物のやりとりは禁止しております。
携帯電話の使用	自己管理ができる場合のみとさせていただきます。 使用時間は、9:00~17:00です。 持ち込まれる場合は、事前に申請をお願いします。

12 利用中の医療の提供について

施設内では、医療行為はできません。医療を必要とする場合は、ご自宅に戻り、かかりつけ医に往診・診療をお願いするようになります。

1 3 個人情報使用の同意

よりよい在宅サービスを提供するために、サービス担当者会議、介護支援専門員、サービス事業者との連絡調整等において必要な場合、利用者及びその家族の個人情報について、使用することがあります。提供にあたっては、関係者以外のものに、漏れることのないように秘密厳守で行ないます。個人情報を使用した場合、会議、相手方、内容等の経過を記録します。

1 4 利用中止していただく場合もあります。

- ・ 健康状態が思わしくない場合
- ・ 集団感染が疑われる場合（利用2週間以内に37.5度以上の発熱や、風邪症状、嘔吐下痢が見られた場合はご利用を中止していただきます）
- ・ または、同居されている方に上記の症状が見られた場合
- ・ ご利用前に、当施設にて新型コロナウイルス感染症、インフルエンザ、ノロウイルスなどの感染症の発症があった場合は、うつしてしまう可能性があるため、事前に相談のうえ、キャンセルしていただきます。
- ・ 精神が不安定なあまり、事故が起こる可能性がある場合

1 5 その他

- ・ 緊急で連絡する場合があります。その場で電話に出られない場合でも、できるだけ早めに折り返しご連絡ください。
- ・ ショートメールで連絡事項を送らせていただく場合があります。
携帯番号 080-3599-4272 *ショートメール専用の番号です

その他利用に際してご不明な点がございましたら、お尋ねください。
この書類は、令和3年8月1日現在のものです。

重要事項説明書の説明年月日
説明者職・氏名

令和 年 月 日

負担限度額認定について（令和3年8月利用分から）

（別紙）

介護保険制度の改正に伴い、負担限度額認定を受けることができる要件、食費の負担限度額などが次のとおり変更となります。

- ・利用者負担段階について、第3段階が①と②に区分され、それぞれに収入等の金額が設定されます。
- ・預貯金等について、それぞれの利用者負担段階に応じた基準が設定されます。
- ・施設入所時とショートステイ利用時の食費の負担限度額が変更になります。

1 要件

- (1) 市民税非課税世帯の方であること。
- (2) 配偶者（同一世帯・別世帯にかかわらず）が市民税非課税であること。
- (3) 本人及び配偶者（同一世帯・別世帯にかかわらず）の預貯金等が以下の基準を満たすこと。

利用者負担段階	預貯金等の基準	
第1段階	単身：1,000万円以下	夫婦：2,000万円以下
第2段階	単身：650万円以下	夫婦：1,650万円以下
第3段階①	単身：550万円以下	夫婦：1,550万円以下
第3段階②	単身：500万円以下	夫婦：1,500万円以下

2 利用者負担段階

利用者負担段階	対象者	
第1段階	生活保護を受けている方	
第2段階	「1要件」を 全て満たす方	高齢福祉年金を受給している方 前年の課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計が年間80万円以下の方
第3段階①		前年の課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計が年間80万円超120万円以下の方
第3段階②		前年の課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計が年間120万円を超える方
第4段階（基準額）	上記以外の方	

3 基準費用額及び負担限度額

利用者負担段階	居住費・滞在費（1日あたり）						食費（1日あたり） （【 】はショートステイ）
	多床室（相部屋）		従来型個室		ユニット型 個室的多床室	ユニット型 個室	
	特養等	老健・療養等	特養等	老健・療養等			
第1段階	0円	0円	320円	490円	490円	820円	300円 【300円】
第2段階	370円	370円	420円	490円	490円	820円	390円 【600円】
第3段階①	370円	370円	820円	1,310円	1,310円	1,310円	650円 【1,000円】
第3段階②	370円	370円	820円	1,310円	1,310円	1,310円	1,360円 【1,300円】

第4段階 （基準額）	855円	377円	1,171円	1,668円	1,668円	2,006円	1,445円
---------------	------	------	--------	--------	--------	--------	--------

4 算定方法

食費や居住費・滞在費の具体的な基準は、利用者と施設との契約によることが原則となりますが、利用者負担第1段階から第3段階の方については、上記の負担限度額を設定し、平均的な費用（基準費用額）と負担限度額との差額を保険給付で補う仕組み（補足給付）が設けられています。

5 申請の取扱い

負担限度額の認定は申請日の状況により行い、申請日の属する月の初日を有効期間開始日とする「負担限度額認定証」を交付します。

ショートステイ料金の1日分の目安

	1割	2割	3割
要支援1	506	1013	1519
要支援2	621	1243	1864
介護度1	665	1329	1994
介護度2	737	1475	2212
介護度3	813	1627	2440
介護度4	886	1772	2659
介護度5	958	1916	2874
処遇改善加算 I	全単位数 × 0.083 =		
特定処遇改善加算 I	全単位数 × 0.027 =		

*単位円

*原爆手帳をお持ちの方は、1割(2割、3割)負担分は補助されます。

	食費	居住費	合計
第1段階	300円	0円	300円
第2段階	600円	370円	970円
第3段階①	1,000円	370円	1,370円
第3段階②	1,300円	370円	1,670円
第4段階	1,445円	855円	2,300円

令和3年8月から