

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 畑 間 庸 子
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。

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

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	390	760
利用者負担第3段階	370	650	1,020
第4段階	855	1,392	2,247

(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4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

1 負担限度額認定

① 基準費用額及び負担限度額

区 分		負担限度額			第4段階 (基準費用額)	
		第1段階 ・生活保護受給者 ・②の要件を満たす 高齢福祉年金受給者	第2段階 ・②の要件を満たす方 であって、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 80万円以下の方	第3段階 ・②の要件を満たす 方であって、利用者 負担段階が第1段階、 第2段階以外の方		
食 費		300 円/日	390 円/日	650 円/日	1,392 円/日	
居住費・滞在費	多床室 (相部屋)	①特養等	0 円/日	370 円/日	370 円/日	855 円/日
		②老健・療養等	0 円/日	370 円/日	370 円/日	377 円/日
	従来型 個室	①特養等	320 円/日	420 円/日	820 円/日	1,171 円/日
		②老健・療養等	490 円/日	490 円/日	1,310 円/日	1,668 円/日
	ユニット型個室の多床室		490 円/日	490 円/日	1,310 円/日	1,668 円/日
	ユニット型個室		820 円/日	820 円/日	1,310 円/日	2,006 円/日

② 要件

- ア 市民税非課税世帯の方であること。
 イ 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。
 ウ 本人及び配偶者（同一世帯・別世帯にかかわらず）の預貯金等の合計額が基準額（単身の場合：1,000万円、配偶者がいる場合：2,000万円）以下であること。

③ 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。

④ 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。

2 食費・居住費の特例減額措置

利用者負担第4段階に該当する方で、一方が施設に入所し、食費・居住費を負担した結果、在宅で生活される配偶者等の収入が一定額以下となる場合、食費若しくは居住費又はその両方について、利用者負担第3段階の負担限度額が適用される特例があります。

① 適用要件

- 次のすべての要件を満たしている方が対象となります。
- ア 世帯の構成員の数（配偶者が別世帯の場合は、世帯の構成員の数に1を加えた数）が2名以上の世帯であること。
- イ 介護保険施設または地域密着型介護老人福祉施設に入所し、利用者負担第4段階の食費、居住費の負担を行うこと。
 ただし、施設入所に当たり、世帯分離をした結果、利用者負担第3段階以下になる場合は、適用されません（配偶者は世帯分離をしても勘案します）。また、ショートステイの利用についても適用されません。
- ウ 世帯及び配偶者の年間収入（長期譲渡所得及び短期譲渡所得の特別控除額の適用がある場合には、特別控除額を控除する。）から、施設の利用者負担（1割、2割または3割負担部分と食費・居住費）の年間見込額を除いた額が、80万円以下になること。
 なお、施設入所に当たり世帯分離した場合でも、世帯の年間収入は世帯分離前の世帯構成員の収入により計算することになります。
- エ 世帯及び配偶者の預貯金等（有価証券、債権等を含む。）の額が、450万円以下であること。
 オ 日常生活の用に供する資産以外に活用できる資産がないこと。
 カ 介護保険料を滞納していないこと。

② 手続き

この特例措置の適用を受ける方は、負担限度額認定申請書の「収入等に関する申告」の「その他」の欄（旧措置入所者の方は特定負担限度額認定申請書の負担限度額申請事由欄）に「特例減額措置の適用要件に該当する」旨の記載をして、特例減額措置に係る収入等申告書とともに上記2の①の各要件に該当することを証する書類を添付して提出してください。

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	*単位円
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 =			

*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	390円	370円	760円
第3段階	650円	370円	1,020円
第4段階	1,392円	855円	2,247円

令和3年4月から