

# 重要事項説明書（短期入所生活介護サービス）

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生労働省令第37号第125条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は下記のとおりです。

## 1. 事業者

令和6年4月1日現在

事業者の名称	社会福祉法人 豊寿会
事業者の所在地	山口県下関市豊田町大字荒木10051-2
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 颯原 尚吾
電話番号	083-768-0051

## 2. 御利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム ほたるホームとよた
施設の所在地	山口県下関市豊田町大字荒木10051-2
管理者名	浅山 浩史
電話番号	083-768-0051
FAX 番号	083-768-0134

## 3. 御利用施設で併せて実施する事業

事業の種類		下関市指定		利用定数
		指定年月日	指定番号	
施設	従来型	令和2年4月1日	3577800117	50人
	ユニット型	令和2年4月1日	3570104996	30人
居宅	短期入所生活介護	令和2年4月1日	3577800117	10人
	通所介護	令和2年4月1日	3577800109	35人
	居宅介護支援事業	令和2年4月1日	3577800059	79人
	介護予防短期入所生活介護	令和6年4月1日	3577800117	10人
	第1号通所事業（予防給付型）	令和2年4月1日	3577800109	35人
	空床型ユニット型短期入所生活介護	令和2年4月1日	3570104996	30人
	空床型ユニット型介護予防短期入所生活介護	令和6年4月1日	3570104996	30人

#### 4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その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、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。
施設運営の方針	利用者によりよく、職員がよりよく、そして施設としてよりよくなるために、ひとり一人日々改善に努めます。

#### 5. 施設の概要

##### (1) 敷地および建物

敷地	30,239 m <sup>2</sup> (ケアハウスと共用)		
建物	構造	鉄筋コンクリート造 1階建 (耐火建築)	
	延べ床面積	4,067.33 m <sup>2</sup>	
	利用定員	10名	

##### (2) 居室

居室の種類	室数	面積	1人あたりの面積
個室	10室	120.0 m <sup>2</sup>	12.0 m <sup>2</sup>
2人部屋	1室	22.4 m <sup>2</sup>	11.2 m <sup>2</sup>
4人部屋	12室	460.8 m <sup>2</sup>	9.6 m <sup>2</sup>

(注1)居室面積は、国の指定基準を遵守しています。

##### (3) その他主な設備

設備の種類	数	面積	1人あたり面積
食堂	1室	141.26 m <sup>2</sup>	3.0 m <sup>2</sup>
機能訓練室	1室	45.38 m <sup>2</sup>	—
一般浴室	1室	41.44 m <sup>2</sup>	—
機械浴室	特殊浴槽 1台	19.67 m <sup>2</sup>	—
便所	4箇所	132.28 m <sup>2</sup>	—
医務・レントゲン室	2室	31.04 m <sup>2</sup>	—
談話室	1室	42.0 m <sup>2</sup>	—

## 6. 職員体制

従業者の職種	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			
管理者	1		1				1	介護支援専門員
事務長	1		1					
事務次長	1	1						
生活相談員	1	1						介護福祉士
栄養士長	1		1		1	1以上		管理栄養士
介護士長	1		1		22 以上	20 以上		介護福祉士 正・准看護師
副介護主任	1		1					
介護職員	16		14	2				
看護職員	4		3	1				
機能訓練指導員	4		3	1				
医師	1				1			医師
副主任介護支援専門員	1	1			1	1以上		介護支援専門員
介護支援専門員	1		1		1	1以上		介護支援専門員
事務員	1			1				
介助員			1		1			
夜警	3			3				

## 7. 職員の勤務内容

管理者…管理者は、施設の業務を統括する。

事務長…事務長は、施設長を補佐し、施設の業務を統括する。

事務次長…事務次長は、人事・庶務及び会計事務に従事する。

生活相談員…生活相談員は、入居者の生活相談全般、面接、入退去、入居者の有する日常生活の能力や入居者を取り巻く環境等の調査、入居者処遇の企画及び実施並びに士長及び各主任との連絡調整を行う。

栄養士…栄養士は、献立作成、栄養量計算及び食事記録、調理員の指導等の食事業務全般並びに入居者の栄養指導に従事する。

介護職員…介護職員は、入居者の日常生活の介護、援助に従事する。

看護職員…看護職員は、入居者の診療の補助及び入居者の保健衛生管理に従事する。

機能訓練指導員…機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う。

介護支援専門員…介護支援専門員は、施設サービス計画を作成する。

事務員…事務員は、人事・庶務及び会計事務に従事する。

介助員…介助員は、入居者の介助業務に従事する。

夜警…夜警は、夜間の宿直を行い、施設内を警備及び巡回する。

## 8. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）	4週8休
事務長	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）	4週8休
事務次長	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）	4週8休
医師	第1、第3火曜日（9：00～12：00）	
生活相談員	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）	4週8休
栄養士長（兼務）	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）	4週8休
介護士長 副介護主任 介護職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・早番1（7：30～16：15）</li> <li>・早番2（8：00～16：45）</li> <li>・遅番（10：00～18：45）</li> <li>・夜勤（17：00～翌9：00）</li> </ul>	原則として 4週8休
看護職員（兼務）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・早番（7：30～16：15）</li> <li>・遅番1（8：45～17：30）</li> <li>・遅番2（9：00～17：00）</li> <li>・遅番3（10：00～18：45）</li> </ul>	4週8休
事務員	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）	4週8休
副主任介護支援専門員 介護支援専門員（常勤・兼務）	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）	4週8休
機能訓練指導員（兼務）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・早番（15：15～16：15）</li> <li>・遅番1（16：30～17：30）</li> <li>・遅番2（16：00～17：00）</li> <li>・遅番3（17：45～18：45）</li> </ul>	4週8休
介助員	・遅番（10：00～18：45）	
夜警	正規の勤務時間帯（17：30～翌8：30）	

## 9. サービスの内容

介護保険給付サービス（厚生労働大臣の定める単価の一割自己負担）	
種類	内容
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食事はできるだけ離床して食べていただけるように配慮します。</li> <li>・ 食事時間 朝食 8 : 0 0 ~ 昼食 1 2 : 0 0 ~ 夕食 1 7 : 3 0 ~</li> </ul>
排泄の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。</li> </ul>
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 週 2 回以上の入浴または清拭を行います。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>・ 生活のリズムを考慮すると共に、在宅での生活に合わせた着替えを配慮します。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ シーツ交換は週 1 回、寝具の衛生管理は適宜実施します。</li> </ul>
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 機能訓練指導員（所有資格看護師）の指導の下、利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。</li> </ul>
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師により、週 1 回診察日を設けて健康管理に努めます。また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。</li> <li>・ 利用者が外部の医療機関に通院する場合は、原則として、御家族の介添えをお願いします。</li> </ul>
事故発生時の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事故発生時の際には以下の手順による対応を行います。 <ol style="list-style-type: none"> <li>① 利用者への対応（可能な限りの応急処置。嘱託医、協力病院との連携。部署責任者、生活相談員、管理者への報告）</li> <li>② 利用者の家族への連絡（すみやかに事実を伝える）</li> <li>③ 事故状況把握（事故報告書の記載）</li> <li>④ 関係機関への届出報告（事故の程度・状況に応じて保健所等関係行政機関、警察、保険会社へ連絡）</li> <li>⑤ 利用者家族への対応（事故原因等を調査し明確にした上で、適切な対応を実施します）</li> </ol> </li> </ul>
事故の原因解明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活相談員が事故当事者並びに関係職員全てに事実確認を致します。その上で、日時の流れ、予見できる行動等の過去の記録を確認するとともに、各サービス担当者の専門知識を参考にしながら原因を解明していきます。</li> </ul>

事故防止への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>「ひやり」とした事例や「はっ」とした事例を日頃から記録に残し、介護職員の会議等で事例研修に励むとともに、予見される事故が繰り返し起こらないよう改善策を実施しています。</li> </ul>
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>当施設は、利用者及びその御家族から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 榎並 雅美</li> </ul>

介護保険給付外サービス (全額実費負担)	
種類	内容
理容サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>毎月1回、下関市豊田町理髪組合による出張理髪サービスを御利用頂けます。 実費 1,700~2,000円</li> </ul>
教養娯楽	<ul style="list-style-type: none"> <li>クラブ活動 (音楽・生け花等) ※実費負担が必要な時のみ</li> </ul>
預かり金管理料金	<ul style="list-style-type: none"> <li>物品購入支払い等の代行のため、通帳を当事業者に預けることができます。(財産管理委託契約)。 実費 毎月1,000円</li> </ul>

## 10. 苦情等申立先

御利用相談室	<ul style="list-style-type: none"> <li>窓口担当者：ほたるホームとよた 生活相談員 榎並雅美</li> <li>御利用日：事前連絡をお願いします。 (電話：083-768-0051) (FAX：083-768-0134)</li> <li>御利用方法：面接可能 苦情等箱 (事務所前に設置) ※第三者 苦情解決委員会も設けています。</li> <li>受付日時 午前8時30分～午後5時15分 (土・日・祝日・年末年始を除く)</li> <li>苦情を受け付けた際の処理手順 <ol style="list-style-type: none"> <li>① 苦情内容の確認、並びに苦情解決責任者 (管理者) への報告。</li> <li>② 程度・内容に応じて第三者関係者へ報告。</li> <li>③ 苦情解決の為の話合い。</li> <li>④ 事業所で解決できない苦情は下関市介護保険課事業者係、山口県国民健康保険団体連合会を紹介。</li> </ol> </li> <li>・ <b>山口県国民健康保険団体連合会</b> 住所：山口市朝田1980番地7 国保会館</li> </ul>
--------	---

	(電 話 : 0 8 3 - 9 9 5 - 1 0 1 0) (F A X : 0 8 3 - 9 3 4 - 3 6 5 5) 受付日時 : 午前 9 時 0 0 分 ~ 午後 5 時 (土・日・祝日・年末年始を除く) ・ 下関市福祉部介護保険課事業者係 住所 : 下関市南部町 1 番 1 号 (電 話 : 0 8 3 - 2 3 1 - 1 3 7 1) (F A X : 0 8 3 - 2 3 1 - 2 7 4 3) 受付日時 : 午前 8 時 3 0 分 ~ 午後 5 時 1 5 分 (土・日・祝日・年末年始を除く)
--	--

### 1 1. 第三者評価の実施状況

受 審 日	令和 年 月 日 . 無
実施した評価期間の名称	
前回の受審時期	令和 年 月 日
受審回数	回
評価結果公表に関する事業所の同意	有 無

### 1 2. 協力医療機関

医療機関の名称	下関市立豊田中央病院
院長名	吉富 崇浩
所在地	下関市豊田町矢田 3 6 5 - 1
電話番号	0 8 3 - 7 6 6 - 1 0 1 2
診療科	内科・外科・眼科・皮膚科・整形外科
救急指定の有無	有

医療機関の名称	中村歯科医院
院長名	中村 充志
所在地	下関市豊田町西市二区
電話番号	0 8 3 - 7 6 6 - 0 0 3 9
診療科	歯科

医療機関の名称	千葉クリニック
院長名	院長 千葉 武彦

所在地	下関市豊田町大字中村6-1
診療科	内科・外科・肛門科
電話番号	083-766-0501

医療機関の名称	武久病院
院長名	院長 時澤 郁夫
所在地	下関市武久町2丁目53番8号
診療科	内科・循環器科・リハビリテーション科・歯科
電話番号	083-252-2124

### 13. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「社会福祉法人 豊寿会 消防計画」に沿って対応を行います。			
近隣との協力関係	近隣住民の方と合同避難訓練を定期的実施するとともに、非常時の相互応援を約束しています。			
非常時の訓練等	別途定める「社会福祉法人 豊寿会 消防計画」に則り、年3回夜間及び昼間を想定した避難訓練を利用者の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	1箇所
	非常口	5箇所	屋内消火栓	0箇所
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	15箇所	非常用電源	あり
	ガス漏れ報知機	あり		
	カーテン、シーツ等は防煙性能のあるものを使用。			
消防計画等	毎年、消防署への届け出を行い、その計画に基づき実施しています。 防火管理者：ほたるホームとよた・グリーンハイツとよた 施設長 浅山 浩史			

### 14. 当施設御利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間(8:30~20:00)を遵守し、その都度、面会表への記入をお願いします。来訪者の宿泊には、必ず許可を必要とします。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出て下さい。
医療機関へ受診	医療機関への受診については、当施設の看護師に御相談下さい。
居室・設備・器具	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従って御利用下さい。これ



の利用	に反した御利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことが ございます。
喫煙・飲酒	決められた場所以外での喫煙は、お断りしています。飲酒は、通常は 禁じております。
迷惑行為等	騒音等他の契約者の迷惑になる行為は御遠慮願います。また、むやみに 他の利用者の居室等に立ち入らないようして下さい。
所持品の管理 現金等の管理	原則として、施設で管理いたします。 紛失等の責任は、負いかねますが、管理が必要な方はお申し出下さい。
宗教・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教・政治活動は御遠慮下さい。
動物飼育	施設内へのペットの飼育はお断りします。

#### 15. 緊急時等の対応

事業者は、介護サービスの提供中に契約者の症状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医又は協力医療機関と連絡等必要な措置を講じ、身元保証人の方に連絡いたします。

#### 16. 損害賠償責任保険

当施設は、万一の傷害事故等に対して、保険（損害保険ジャパン日本興亜株式会社）に加入しております。

※公的制度等の事情により、一部変更を行った場合は契約付属書（契約変更確認書）によるお知らせ並びに確認をいたします。

#### 17. 個人情報に関する同意

私と当法人との間の「短期入所生活介護サービス契約書 第10条 守秘義務等」に関し、当法人の介護支援専門員（担当ケアマネジャー）と、利用者の介護のためのサービス担当者会議、下関市実地指導、医療機関受診、施設機関紙（写真）において、契約の有効期間中、利用者として利用者の家族の個人情報を利用することに同意します。

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行者 \_\_\_\_\_ 印

身元保証人 \_\_\_\_\_ 印

#### 18. 緊急やむを得ない場合に身体拘束を行う手続き

施設は、認知症等により入居者又は他の入居者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合についてのみ身体拘束を行うことがある。

- ① 身体拘束が必要な場合は、入居者又は家族に説明し、同意を得て実施します。
- ② 身体拘束を行った場合は、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- ③ 身体拘束を行う場合は、当施設の身体拘束廃止委員会にてカンファレンスを行い、拘束の必要性を判断するものとします。

## 19. 虐待防止への対策

施設は、入居者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。

- ① 虐待防止のための指針を整備する。
- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- ③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に年3回以上実施し、職員の新規採用時にも実施する。
- ④ 前3項に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

担当（介護リーダー）：松岡麻巳

施設はサービス提供中に、虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、再発の確実な防止策を講じるとともに、市に報告するものとする。

## <サービス利用料金>

### 1. 介護保険基準サービス

契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額【自己負担額：介護報酬の告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、その1割の額（**一定以上所得者は2割又は3割とする。**）】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。

- ☆ 契約者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の金額を一旦、お支払いいただきます。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）
- ☆ 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、契約者の負担額を変更いたします。  
居室と食事に係る自己負担額について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている額を負担限度額とします。
- ☆ 食費・・・【多床室・従来型個室】 1,445円/1日  
内訳：朝295円 昼575円 夕575円
- ☆ 療養食加算・・・医師の発行する食事箋に基づき提供された、適切な栄養量及び内容を

有する糖尿病、腎臓病食、胃潰瘍食、膵臓病食、高脂血症食、貧血食、痛風及び特別な場合の検査食を提供した場合・・・1食を1回として、1回8円加算されます。

- ☆ サービス提供体制強化加算・・・指定短期入所生活介護サービスを利用者に直接提供する職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上である場合、1日につき6円加算されます。
- ☆ 平成30年4月1日、介護報酬改定により令和6年5月31日まで介護職員処遇改善加算を行いません。加算額は所定単位数に8.3%を乗じた単位数で算定します。
- ☆ 令和元年10月1日、介護報酬改定により介護職員等特定処遇改善加算を行います。加算額は所定単位数に2.3%を乗じた単位数で算定します。
- ☆ 令和4年10月1日、介護報酬改定により介護職員等ベースアップ等支援加算を行います。加算額は所定単位数に1.6%を乗じた単位数で算定します。
- ☆ 送迎に要する費用は、厚生労働大臣が定める額とします。  
送迎費用・・・184円（1／回）
- ☆ 通常の送迎の実施地域  
通常の送迎の実施地域は「下関市旧郡部」「美祢市美祢圏域」
- ☆ 送迎時の通所系サービスとの同乗について  
短期入所生活介護における送迎について、利便性の向上や運転専任職の人材不足等に対応する観点から、送迎先について利用者の居住実態のある場所を含めるとともに通所系サービス利用者との同乗を可能とする。

※介護保険給付対象外について、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までに御説明します。

## 2. 利用料金のお支払い方法

料金・費用は1か月毎に計算し、御請求いたしますので、翌月末日までに以下の方法でお支払い下さい。

窓口での現金払い 指定口座への振込み 金融機関口座からの自動引き落とし

※事務の効率化の為、なるべく口座からの自動引落としを御利用ください。

私は、本書面に基づいて事業者の職員（生活相談員 榎並雅美）から、上記重要事項の説明を受け、同意し、交付を受けました。

私は、この重要事項の定めるところに従い、貴施設における各種サービスの利用を申し込みます。

(  ) 契約者が御利用される施設は従 来 型（4人部屋）です。

(  ) 契約者が御利用される施設は従来型個室（1人部屋）です。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 御利用者

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

### 署名代行者

私は、本人に代わり、利用者署名を行いました。

私は、本人に代わり重要事項を確認しました。

本人との関係 \_\_\_\_\_

署名を代行した理由 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

### 身元保証人

住 所 〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

続 柄 \_\_\_\_\_