

重要事項説明書

(指定短期入所生活介護事業所 特別養護老人ホーム柳光)
(指定介護予防短期入所生活介護事業所 特別養護老人ホーム柳光)

当施設は介護保険の指定を受けています
奈良県指定 第2973500164号

当施設はご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次の通り説明します。

<目 次>

1. 施設経営事業者	1
2. ご利用施設	2
3. 居室の概要	3
4. 職員の配置状況	4
5. 職員の勤務体制	4
6. 当施設が提供するサービスと利用料金	4
7. 非常災害対策について	9
8. 高齢者虐待の防止	10
9. 身体拘束に関する事項	10
10. その他	10
11. 苦情受付について	10

1. 施設経営事業者

- | | |
|------------|--------------------|
| (1) 事業主 | 社会福祉法人 太陽の村 |
| (2) 事業主所在地 | 奈良県吉野郡吉野町大字柳1395番1 |
| (3) 電話番号 | 0746-35-9294 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 辻村 洋子 |
| (5) 設立年月日 | 平成23年4月1日 |

令和7年3月1日改定

2. ご利用施設

(1) 施設の種類

指定短期入所生活介護事業所 ユニット型

指定介護予防短期入所生活介護事業所

平成24年4月1日指定 奈良県2973500164号

(2) 施設の目的

要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護を提供する。

(3) 施設の名称

指定短期入所生活介護事業所

特別養護老人ホーム柳光

指定介護予防短期入所生活介護事業所

特別養護老人ホーム柳光

(4) 施設の所在地 奈良県吉野郡吉野町大字柳1395番1

(5) 電話番号 0746-35-9294

(6) 施設長(管理者) 氏名 橋場 靖

(7) 当施設の運営方針

要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、要介護者等の心身機能維持並びにそのご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。

(8) 開設年月日 平成24年4月1日

(9) 入所定員 10人

(10) 施設の概要

①施設の構造

鉄骨造 3階建 耐火建築物

空調設備 エレベーター設備 スプリンクラー設備

②建物の延べ床面積 6376.30㎡

③主な事業所

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム柳光

指定短期入所生活介護 ショートステイ柳光

指定介護予防短期入所生活介護 ショートステイ柳光

指定認知症共同生活介護 グループホーム柳光

指定介護予防認知症共同生活介護 グループホーム柳光

指定通所介護 デイサービス柳光

指定介護予防・日常生活支援総合事業 デイサービス柳光

居宅介護支援事業所 居宅介護支援事業所柳光

令和7年3月1日改定

(11) 施設の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されているご利用者の共同生活の場として快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

①持ち込みの制限

入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。その他施設運営上危険であると判断するもの（針・ハサミ・爪切り・動物等）、食料品（賞味期限が明記されず、個包装がされていないもの）、及び、現金等です。

※ただし、感染症の蔓延する期間につきましては持ち込み制限する場合がございます。あらかじめご了承ください。

②面会

面会時間 10:00～18:00

※来訪者は、必ず都度職員に届け出てください。

※なお、来訪される場合の食料品その他の持ち込みについては、上記①持ち込みのみの制限に準じております。

③施設・設備の使用上の注意

居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

故意、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者の自己負担により原状に回復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。ただし、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

④喫煙

当施設内は禁煙です。喫煙される方はご相談下さい。

3. 居室の概要

当施設では、以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室数	備考
ユニット型個室	10室	洗面トイレ付き
食堂兼機能訓練室	1室	
浴室	2室	機械浴・座位式浴槽・一般浴槽・個浴
医務室	1室	

◎居室変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況等により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居

室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対してサービスを提供する職員として、以下の職種を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	職員数
施設長（管理者）	1名（常勤兼務）
医師	1名（非常勤兼務）
生活相談員	1名
機能訓練指導員	1名（常勤兼務）
介護支援専門員	1名
管理栄養士	1名（常勤兼務）
看護職員	3名以上
介護職員	17名以上
事務職員	1名以上

※特別養護老人ホーム柳光と一体運営致します。

5. 職員の勤務体制

職種	勤務体制
施設長	8：30～17：30（常勤で勤務）
介護職員	早出 7：00～16：00 日勤 8：30～17：30 遅出 11：00～20：00 夜勤 17：00～10：00
看護職員	日勤 8：30～17：30
生活相談員	8：30～17：30（常勤で勤務）
機能訓練指導員	8：30～17：30
介護支援専門員	8：30～17：30
管理栄養士	8：30～17：30

※特別養護老人ホーム柳光と一体運営致します。

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

- （1）当施設が提供するサービスについて、利用料金が介護保険から給付される場合と利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

(2) 当施設が提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、滞在費・食費を除き通常9割が介護保険から給付されます。(滞在費・食費は、所得段階に応じて市町村から補足給付のある場合がございます。)

〈サービスの概要〉

① 居室の提供

② 食事

当施設では、管理栄養士が作成する献立により、栄養並びにご利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。

(食事時間の目安)

朝食：8：00 昼食：12：00

おやつ：15：00 夕食：17：30

ご利用者の状況により食事時間を変更することがあります。

③ 入浴

週2回以上行います。体調等により清拭を行う場合があります。寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

④ 排泄

排泄の自立を促すため、ご契約者の状況に応じた排泄介助を行います。

⑤ 機能訓練

機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の維持又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑥ 送迎

ご希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。送迎時間は基本、10：00～11：00の迎え、15：00～16：00の送りとしたしますが、上記時間以外については、相談に応じさせていただきます。

⑦ 健康管理

看護職員等が、健康管理を行います。

⑧ その他自立への支援

寝たきり防止のためできるかぎり離床に努め、生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。また、適切な整容を行い、清潔で快適な生活が送れるよう、援助します。

(3) 基準サービスの費用について

〈滞在費・食費の負担額（1日あたり）〉

区 分	対象者	食 費	滞在費
利用者負担額 第4段階	・ 下記以外の方	1,800円	2,066円
利用者負担額 第3段階②	・ 市町村民税非課税であって、合計所得が120万円以上の方 ・ 境界層該当者 ・ 市町村民税課税における特例減額措置の適用があるもの	1,300円	1,370円
利用者負担額 第3段階①	・ 市町村民税非課税であって、合計所得が80万円以上120万円以下の方 ・ 境界層該当者 ・ 市町村民税課税における特例減額措置の適用があるもの	1,000円	1,370円
利用者負担額 第2段階	・ 市町村民税非課税であって、合計所得が課税年金額の合計80万円以下の方 ・ 境界層該当者	600円	880円
利用者負担額 第1段階	・ 市町村民税非課税の老齢年金受給者 ・ 生活保護受給者 ・ 境界層該当者	300円	880円

〈サービス利用基本単位数〉

要介護度 負担割合	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	529単位	1,058単位	1,587単位
要支援2	656単位	1,312単位	1,968単位
要介護1	704単位	1,408単位	2,112単位
要介護2	772単位	1,544単位	2,316単位
要介護3	847単位	1,694単位	2,541単位
要介護4	918単位	1,836単位	2,754単位
要介護5	987単位	1,974単位	2,961単位

令和7年3月1日改定

〈その他加算〉 必要に応じて加算されます

加算項目 負担割合	1割負担	2割負担	3割負担
送迎加算（片道）	184単位	368単位	552単位
看護体制加算Ⅰ	4単位	8単位	12単位
看護体制加算Ⅱ	8単位	16単位	24単位
看護体制加算Ⅲ（イ）	12単位	24単位	36単位
看護体制加算Ⅳ（ロ）	23単位	46単位	69単位
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位	44単位	66単位
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位	36単位	54単位
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位	12単位	18単位
緊急短期入所受入加算	90単位	180単位	270単位
認知症専門ケア加算Ⅰ	3単位	6単位	9単位
認知症専門ケア加算Ⅱ	4単位	8単位	12単位
療養食加算（1食あたり）	8単位	16単位	24単位
若年性認知症利用者受入加算	120単位	240単位	360単位
機能訓練体制加算	12単位	24単位	36単位
個別機能訓練加算	56単位	112単位	168単位
在宅中重度者受入加算	425単位	850単位	1,275単位
医療連携強化加算	58単位	116単位	174単位
介護職員処遇等改善加算Ⅰ	14.0%	14.0%	14.0%

通常のサービス実施地域は、下記のエリアです。

奈良県吉野郡吉野町

東吉野村 中黒、小栗栖、小川

川上村 東川、西川、大滝、北塩谷、白屋

大淀町 北野、北六田、越部、土田、中増、西増、馬佐、桧垣本
比曾、増口

宇陀市(旧大宇陀町及び菟田野町)

※施設より、15kmを超えた地点から1kmあたり20円を頂きます。

※療養食加算、若年性認知症利用者受入加算、在宅中重度者受入加算、緊急短期入所受入加算、個別機能訓練加算等については、対象者のみの算定となります。

※その他、利用状況等により上記以外の加算が適用される場合があります。

※当施設の介護サービス利用単位に対して、介護職員処遇改善加算割合を乗じた単位を加算させていただきます。

令和7年3月1日改定

※介護保険自己負担額は、介護保険総単位数に10.0を乗じた金額になります。詳細は、職員までご相談ください。

※介護保険の利用者負担額については、市町村より発行される負担割合証に記載されており、割合にて計算させていただきます。

※要介護認定によりご契約者の心身等の状況が自立と判定された場合の利用料金については、

初回認定にて自立と判定された場合・・・要支援1の介護保険10割分

区分変更にて自立と判定された場合・・・変更前の介護度における介護保険10割分

(3) ご利用にあたり、ご負担いただく別途利用料金

通常のサービス実施 地域外の送迎	施設より、15kmを超えた地点から 20円/1km
レンタル用品の電気代	日額96円(税別)
持込用品の電気代	日額48円(税別)
日常生活費	日額110円
理美容費	カット1,800円 顔そり 1,000円 カット+顔そり 2,500円 カット+毛染め 6,525円 カット+パーマ 7,050円 ※消費税込みの料金です。
クリーニング代	実費 ※施設での洗濯対応出来ないもの(毛物、厚物等)は、ご家族で対応していただくか、施設幹旋のクリーニング業者に委託します。その際の実費をご請求させていただきます。
行事参加費	1回につき150円
おやつ代	1日 100円
コピー代	1枚10円(税込)

※(3)の料金は、介護保険の基準サービスにならないため、ご利用の際は、ご契約者に別途利用料金をご負担いただきます。

※消費税については、1円未満は切り捨ていたします。

※日常生活上必要となる諸費用実費

ご契約者の日常生活に要する品を購入させていただいた場合、その購入費用の実費をご負担いただきます。おむつ代は、介護保険給付対象となっていますので、ご負担の必要はありません。

(4) サービス利用上の留意事項

正当な理由なく当日キャンセルされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

利用日の午前8時までに申し出があった場合 無料

利用日の午前8時までに申し出が無かった場合 当日の自己負担分

ご契約者が要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、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）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。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。居室と食事にかかる費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

(5) 利用料金のお支払い方法

前記(2)、(3)の料金は、1ヶ月ごとに計算し、翌月の10日にご請求しますので、翌月20日までにお支払いください。

(6) 入所中の医療の提供について

短期入所における医療に関する処遇は次のとおりです。

①通常診察と投薬について

病院での通常診察は、原則としてご家族で行ってください。投薬を必要とする場合の薬の受け渡しについてもご家族で行ってください。

②緊急の場合

緊急の場合、施設からご家族に連絡するとともに状況に応じて施設が対応いたします。原則としてご本人のかかりつけの病院（医院）に受診していただきます。ただし、かかりつけの病院（医院）が遠方と認められる場合、または連絡がつかない場合には、当施設の提携医療機関又は嘱託医師の指示する病院（医院）にて対応いたします。

7. 非常災害対策について

- (1) 当施設は、感染症や水害・土砂災害を含めた非常災害に備えるため、業務を継続的に実施、再開するための計画「業務継続計画(BCP)」等を作成し、ご利用者などの避難訓練誘導等、安全確保に十分な対応を行うものとします。また必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- (2) 防災訓練計画により年2回の訓練の実施とともに、日常防火、点検を行います。
- (3) 当施設は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めるものとします。

防火管理者	的場 義浩
防火訓練	年2回防火訓練を実施します。
防災設備	自動火災通報装置、非常時通報装置、消火栓、消火器など

8. 高齢者虐待の防止に関する事項

当施設は、ご利用者などの人権擁護・虐待防止のために、次に掲げる通り必要な処置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催、結果について従業員への周知徹底に努めます。
- (2) 研修などを通じて、すべての職員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- (3) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (4) 職員が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる体制を整え、職員がご利用者などの権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

9. 身体拘束に関する事項

当施設は、当該ご利用者又は他の利用者等の生命、または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

- (1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図るものとします。
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
- (3) 介護職員その他の従業者に対して、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

10. その他

外部第三者評価の実施状況

第三者評価の実施の有無 : 無

11. 苦情受付について

- (1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

特別養護老人ホーム柳光

(担当) 生活相談員 林 泰雄

○受付時間

毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

TEL 0746-35-9294

苦情受付ボックスを2階・3階のエレベーターホール前に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

吉野町 長寿福祉課 奈良県吉野郡吉野町大字丹治130番地の1	TEL 0746-32-8856 受付時間 9:00～17:15
奈良県国民健康保険連合会 奈良県橿原市大久保302-1	TEL 0744-21-6811 受付時間 9:00～17:15
第三者委員 大北 雅祥 吉野郡大淀町土田507-307	
第三者委員 竹谷 康則 吉野郡吉野町峰寺7番地	

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

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護事業所
指定介護予防短期入所生活介護事業所
特別養護老人ホーム柳光

説明者 氏名 _____ (印)

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービス（指定介護予防短期入所生活介護サービス）の提供開始に同意しました。

契約者 住所 _____

氏名 _____ (印)

保証人 住所 _____

氏名 _____ (印)