

重要事項説明書(介護予防短期入所療養介護事業)

サービス提供開始にあたり、当事業者が利用者様に説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者の名称	美祢市長 篠田 洋司
所在地	美祢市大嶺町東分326番地1
法人種別	美祢市
代表者氏名	美祢市病院事業管理者 清水 良一
電話番号	0837-52-1110

2 利用施設

施設名	美祢市介護老人保健施設グリーンヒル美祢
所在地	美祢市大嶺町東分11313番地1
施設長名	松永 登喜雄
都道府県知事許可番号	3551380011
電話番号	0837-54-0145
FAX番号	0837-52-2067

3 利用施設あわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
入所事業	令和2年3月1日	3551380011	70人(短期入所療養介護及び介護予防療養介護事業とあわせて)
短期入所療養介護	令和2年3月1日	3551380011	70人(短期入所療養介護及び介護予防療養介護事業とあわせて)
通所リハビリテーション	令和2年3月1日	3551380011	25人(介護予防通所リハビリテーションとあわせて)
介護予防通所リハビリテーション	令和2年3月1日	3551380011	25人(通所リハビリテーションとあわせて)

4 施設の目的と運営方針

施設の目的	施設は、介護保険法(平成9年法律123号)の基本理念に基づき、施設を利用する者(以下「介護予防短期入所者」という)が自立した日常生活を営むことができるよう、看護、医学的管理のもとにおける介護及び機能訓練その他必要な医療ならびに日常生活上の支援を行うことにより、介護予防短期入所者の介護予防及び療養生活の質の向上および、心身機能の維持回復を図りもって介護予防短期入所者の生活機能の維持または向上をも座すことを目的とする。
運営方針	施設は、介護予防短期入所者の意思及び人格を尊重し、常に介護予防短期入所者の立場に立って、介護予防短期入所の提供に努め、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視し、介護予防短期入所者の処遇に万全を期するものとする。また、施設は、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービスまたは、福祉サービスを提供する者と密接な連携に努めるものとする。

5 施設の概要

敷地	3, 174m ²
建物構造	鉄筋コンクリート造4階建
延床面積	3, 629. 33m ²
利用定員	70名

(1)居室

居室の種類	室数	面積
個室	10室	最低8m ² 以上確保しています。
二人部屋	8室	最低8m ² 以上確保しています。
四人部屋	11室	最低8m ² 以上確保しています。

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積	備考
療養室	29室	185. 90m ²	
診察室	1室	11. 0m ²	
機能訓練室	1室	109. 00m ²	1人当の面積は基準以上
談話室	各階に1ヶ所	2階 28. 50m ² 3階 20. 10m ²	1人あたりの床面積 2階 0. 71m ² 3階 0. 67m ²
食堂	各階に1ヶ所	2階 82. 70m ² 3階 64. 10m ²	1人あたりの床面積 2階 2. 06m ² 3階 2. 13m ²
一般浴室	1ヶ所	80. 77m ²	循環ろ過給湯設備 手すり、シャワー、鏡
特浴室	1ヶ所	38. 10m ²	シャワーベッド入浴装置 シャワー、鏡
レクリエーションルーム	各階に1ヶ所	2階 23. 00m ² 3階 13. 90m ²	
洗面所	各療養室		洗面台 鏡
トイレ	2階13ヶ所 3階10ヶ所	2階 36. 30m ² 3階 47. 58m ²	自動水洗、ナースコール
サービスステーション	各階に1ヶ所	2階 36. 50m ² 3階 36. 50m ²	
調理室	美祢市立病院内	138. 82m ²	
洗濯室	4階	13. 10m ²	洗濯機・乾燥機各2台(無料)
汚物処理室	各階に1ヶ所	2階 7. 70m ² 3階 7. 80m ²	汚物流し、シャワー

6 職員体制

【令和6年8月1日時点】

従業員の職種	員数	区分				常勤換算の人数	指定基準		
		常勤		非常勤					
		専従	兼務	専従	兼務				
施設長	1		1			0.3	1(常勤)		
医師	2			2		0.7	0.7人以上の配置		
薬剤師	1			1		0.3	実情に応じた人数配置		
看護職員	9	8		1		8.8	合計で 22人程度の配置		
介護職員	14	14				14			
支援相談員	1	1				1	1人以上の配置		
理学療法士又 は作業療法士	2	2				1.4	0.7人以上の配置		
管理栄養士	1	1				1	1人以上の配置		
介護支援専門員	1	1				1	1人以上の配置		
事務職員	4	1	3			1.4	実情に応じた人数配置		
その他の職員	1	2		1		3.0	実情に応じた人数配置		

7 勤務体制

従業員の職種	勤務体制	休暇
施設長	日勤勤務(8時30分～17時15分)	土・日・祝祭日
医師	日勤勤務(8時30分～17時15分)	土・日・祝祭日
薬剤師	日勤勤務(8時30分～17時15分)	土・日・祝祭日
看護職員	日勤勤務(8時30分～17時15分) 夜勤勤務(16時30分～翌日9時30分)	4週8休
介護職員	早出勤務(7時30分～16時15分) 日勤勤務(8時30分～17時15分) 遅出勤務(10時30分～19時15時) 夜勤勤務(16時30分～翌日9時30分)	4週8休
支援相談員	日勤勤務(8時30分～17時15分)	土・日・祝祭日
理学療法士または作業療法士	日勤勤務(8時30分～17時15分) 遅出勤務(10時30分～19時30分)	土・日・祝祭日
栄養士	日勤勤務(8時30分～17時15分)	
介護支援専門員	日勤勤務(8時30分～17時15分)	土・日・祝祭日
調理員	早出勤務(6時00分～15時00分) 遅出勤務(10時30分～19時30分)	4週8休
事務職員	日勤勤務(8時30分～17時15分)	土・日・祝祭日
その他の職員	日勤勤務(8時30分～17時15分)	土・日・祝祭日

8 施設サービスの概要と利用料

(1) 介護予防保険給付サービス

サービスの種類	内容
食事	<ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士の立てる献立表により栄養と利用者様の身体状況に配慮した食事を提供いたします。 食事はできるだけ離床して食堂で食べていただくようお願いいたします。 献立表は食堂正面の掲示板に掲示しています。 食べられないものやアレルギーがある方は、事前にご相談ください。 食事時間は下記のとおりです。 朝食 7時45分～9時00分 昼食 12時00分～13時00分 夕食 18時00分～19時00分 <p>*ただし、食材料費および調理に係る費用は、介護保険給付サービスには入っていません。</p>
栄養管理	管理栄養士による栄養ケア計画を作成し、栄養管理を行います。
療養食	医師の指示により、糖尿病食や肝臓食、腎不全食等の療養食を提供します。
医療・看護	<p>利用者様の病状にあわせた医療・看護を提供します。 医師による診察は、必要に応じて適宜行います。 それ以外でも必要がある場合には、適宜診察いたしますので、看護師等にお申し出ください。 ただし、当施設では行えない処置や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については、美祢市立病院等の医療機関での治療となります。</p>
送迎	心身の状態、家族の事情等からみて送迎が必要と認められた場合に送迎を行います。(通常の送迎の実施地域 美祢市内)
機能訓練	理学療法士・作業療法士による機能訓練を利用者様の状態に応じて行います。
排泄	<p>利用者様の状態に応じて適切な排泄介助を行い、排泄の自立についても適切な援助を行います。</p> <p>おむつを使用される方に対しては、1日4～8回程度の交換を行うとともに、必要な場合はこれを超えて隨時交換を行います。</p>

サービスの種類	内容
入浴・清拭	入浴は、週2回行います。 (ただし、祝祭日、年末年始を除きます。) 入浴は、原則、9時から11時30分の間に行います。 入浴できない方については、清拭を行います。
離床	寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。
着替え	利用者様の状態に応じて、毎朝夕の着替えのお手伝いをします。
整容	利用者様の状態に応じて、身の回りのお手伝いをします。
シーツ交換	シーツ交換は週1回行い、必要な場合これを超えて行います。
寝具の消毒	寝具の消毒は必要に応じて行います。
娯楽等	当施設では、下記のような娯楽設備を整えております。 カラオケセット 1台 テレビ 4台
介護相談	入所者様とそのご家族からの相談に応じます。また、在宅介護の指導も行います。

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種類	内容
食 費	食費の範囲は、食材料費及び調理に係る費用を基本とし施設が費用を定めます。
居 住 費 (滞 在 費)	居住費の範囲は、居住環境の違いに応じて定めます。当施設においては、従来型個室については室料及び光熱水費相当、多床室(二人部屋、四人部屋)については光熱水費相当を基本とし施設で費用を定めます。
お や つ の 提 供	希望された場合おやつ(飲み物)を提供します。
日 用 品 等 の 提 供	必要な場合、居室等で個人的に利用を希望される日用品等を提供します。
教 養 娯 楽 品 の 提 供	必要な場合、個人的な趣味等の材料等を提供します。
特 別 な 居 室 利 用	個室及び二人部屋の居室を利用者様の希望に応じて提供します。 ただし、2階の場合に限ります。
特別電気器具使用料	居室で電気製品の使用を希望される場合は、電気を提供します。

(3) 介護予防保険の給付サービスと給付外サービス利用料

介護予防保険給付サービスは、介護保険負担割合証に記載の割合を、介護予防保険給付外サービスは全額をお支払いいただきます。

利用料は以下のとおりです。すべて1日あたりの金額(1割の場合)を記載しています。

介護予防保険給付サービス

種別	金額		備考
	個 室 使 用	多 床 室 使 用	
要 支 援 1	579円	613円	利用者様の要介護区分と利用する居室により算定額が違います。二人部屋は多床室使用の給付サービス費で算定します。
要 支 援 2	726円	774円	
種別		金額	備考
夜勤職員配置加算		24円	入所者20名に1名以上41名以上では2名を超える
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		22円	介護職員のうち介護福祉士60%以上
個別リハビリテーション実施加算		240円	個別リハビリテーション計画書に基づき実施した場合算定
認知症行動・心理症状緊急対応加算		200円	7日を限度に算定
若年性認知症利用者受入加算		120円	若年性認知症であり当施設を利用された場合
緊急時施設療養費		518円	必要な場合に算定されます。
在宅復帰・在宅療養支援機能加算		(Ⅰ)51円 (Ⅱ)51円	施設が要件を満たした場合に算定します。
療養食加算		24円	医師の指示による療養食に該当する食事の提供を受けた場合(1食あたり8円)

種別	金額		備考
	個室使用	多床室使用	
送迎加算	184円		送迎を行ったとき片道ごとに加算
総合医学管理加算	275円		治療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射等を行った場合に算定します。
口腔連携強化加算	50円		介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意の下の歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供等に対して算定します。
生産性向上 推進体制加算(1月につき)	(I) 100円		介護現場における生産性の向上に資する取組に対して算定します。
	(II) 10円		
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	介護保険一部負担額の5.4%に相当する金額		介護サービスに従事する職員の処遇改善を通じて、サービスの質を維持・向上させることを目的として算定する加算です。
身体拘束廃止未実施減算	△所定単位数の100分の1		必要な措置を講じていない場合に、入所者全員に対して所定単位数から減算します。
高齢者虐待防止未実施減算	△所定単位数の100分の1		必要な措置を講じていない場合に、入所者全員に対して所定単位数から減算します。
業務継続計画未実施減算	△所定単位数の100分の1		必要な措置を講じていない場合に、入所者全員に対して所定単位数から減算します。

*上記の金額については1割負担の方の金額となります。負担割合については、お手持ちの介護保険負担割合証にてご確認ください。

介護予防保険給付外サービス

種別	金額	備考
食費	1食につき 朝食440円、昼食580円、夕食580円	1日あたりで算定される金額です。ただし、所得に応じて減額される場合があります。*注1
居住費(個室)	1,728円	室料および光熱水費相当。ただし、所得に応じて減額される場合があります。*注2
居住費(多床室)	437円	光熱水費相当。ただし、所得に応じて減額される場合があります。
おやつ代	100円	希望された場合に算定します。
日用品費	提供時実費相当額	
教養娯楽費	提供時実費相当額	
特別居室料(個室)	1,100円	個室を利用した場合
特別居室料(2人室)	550円	二人部屋を利用した場合
電気器具使用料	50円	1器具につき1日あたりの算定
理髪料	実費相当額	月2回

(4)その他

①注1、2の減額については、お住いの市町村の介護保険担当課でお問い合わせください。介護保険負担限度額認定を受ける必要があります。なお、負担限度額認定証をお持ちの方は必ず提示してください。提示がない場合は減額できません。

② 医療については、当施設の医師が対応できる医療・看護につきましては、介護保険給付サービスに含まれていますが、当施設で対応できない処置や手術及び病状の著しい変化に対する医療につきましては、美祢市立病院等の医療機関への受診や入院により対応します。この場合、医療保険の適用により、別途自己負担をしていただくこともあります。なお、この場合の受診は、必ず当施設の医師の指示が必要になります。(ご本人やご家族の判断で美祢市立病院を含めた医療機関に受診することはできません。)

医療保険適用による自己負担金については、直接受診された医療機関にお支払ください。

③利用料の請求は、原則、退所日に請求書を発行します。お支払いは、請求書受領後概ね1週間以内に当施設1階の事務所又は山口県信用農業協同組合連合会美祢市役所内支所(市役所1階会計課横)でお支払いになるか、請求書に記載してある施設指定の口座にお振り込みになるか、いずれかの方法でお願いします。

④ 個人的にご使用になる日用品につきましては、ご持参ください。施設が提供した場合、ご利用者全額負担となりますので、ご了承ください。

⑤サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

9 苦情受付窓口

(1)当施設のサービスについての疑問・苦情については

苦情相談窓口 当施設の事務室(電話 0837-54-0145)
苦情相談担当 支援相談員 までお気軽にご相談ください。

(2)介護保険サービスについての疑問・苦情については、

美祢市市民課介護保険班(所在地 美祢市大嶺町東分326番地1 電話 0837-52-5229)

山口県健康福祉部長寿社会課(所在地 山口市滝町1番1号 電話 083-933-2774)

山口県国民健康保険団体連合会(所在地 山口市朝田1980番地7 電話 083-995-1010)

10 事故発生時の対応について

施設入所サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、市町村、入所者様のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供中に賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。ただし、施設に故意過失がない場合はこの限りではありません。

11 併設医療機関

医療機関の名称	美祢市立病院
院長名	松永 登喜雄
所在地	美祢市大嶺町東分11313番地1
電話番号	0837-52-1700
診療科名	内科・外科・脳神経外科・整形外科・耳鼻咽喉科・眼科・小児科・皮膚科・泌尿器科・精神科・総合診療科
入院設備	115床

12 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団豊美会 田代台病院
院長名	河野 佳宣
所在地	美祢市美東町真名2941番地
電話番号	08396-5-0301
診療科名	精神科・神経内科・内科
入院設備	302床

13 協力歯科医療機関

医療機関の名称	はしもと歯科医院
院長名	橋本 正明
所在地	美祢市美東町大田5365番地1
電話番号	08396-2-0199
診療科名	歯科
入院設備	なし

14 非常災害時の対策

災害時の対策	別途に定める「自然災害発生時における業務継続計画」に基づき、対応を行います。
平常時の訓練	別途に定める「自然災害発生時における業務継続計画」に基づき、年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。
防火設備	避難用滑り台 排煙窓 スプリンクラー 自動火災感知器 火災警報装置 非常放送設備 消火器23台

15 感染症の対策

別途に定める「感染症発生時における業務継続計画」に基づき、対応を行います。また、感染対策の資質向上のため、研修や訓練を実施します。

16 当施設ご利用の際のご留意いただく事項

来 訪 ・ 面 会	・面会 面会は予約面会のみとなります。 ・来訪 洗濯物の受渡しやオンライン面会のための来訪は可能です。ただし、出入口は下記のとおり制限します。(20時から翌朝7時までの間は来訪不可) 平日の8時30分～17時15分の間 正面玄関 上記以外の時間 夜間受付側入口
外 出	外出の際には必ず行き先と帰所日時・同伴者を外出泊届に記入して届け出てください。
連 絡 ・ 報 告	入所後には様々な事情によりご家族へ電話連絡を行うことがあります。そのため、連絡先を変更された場合は、速やかに施設へお知らせください。また、緊急時に連絡がつかないことがないようにご配慮願います。 入所後の病状変化や他利用者の状況により、転室や転棟をお願いすることもあります。その際、緊急を要する場合には事後報告となることもありますのでご了承ください。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備・器具は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損した場合、弁償していただくことがあります。
喫 煙 ・ 飲 酒	当施設は館内禁煙です。また、飲酒はお断りしています。
迷 惑 行 為 等	騒音等他の入所者に迷惑になるような行為はご遠慮ください。 また、無断で他の入所者の居室に立ち入らないようにお願いします。
宗 教 活 動 ・ 政 治 活 動	施設内での他の入所者に対する宗教活動及び政治活動は、ご遠慮ください。
動 物 の 飼 育	施設内へのペット等の持ち込み及び飼育はお断りします。
貴 重 品 ・ 金 銭	施設内への貴重品や金銭の持ち込みはご遠慮ください。 やむを得ず、貴重品や金銭などを持ちこまれる場合は自己責任となります。

私は、本書面に基づいて、乙の職員(支援相談員)から上記重要事項の説明を受けたことを確認し、その内容に同意します。

令和 年 月 日

(利用者)

住 所

氏 名

(署名代行者)

住 所

氏 名

(利用者の家族等)

住 所

氏 名

(続柄)