

指定短期入所生活介護重要事項説明書

(併設型ユニット型短期入所施設せんぞく苑)

(令和 6 年 12 月 1 日現在)

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生省令第 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次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 高森福祉会
事業者の所在地	山口県岩国市玖珂町 3813 番地 6
事業者の代表者	理事長 岩本 浩
法人設立年月日	昭和 54 年 9 月 1 日
電話番号	0827-82-0555
ファクシミリ番号	0827-82-0736

2 ご利用施設

施設の名称	せんぞく苑
施設の所在地	山口県岩国市周東町下久原 443 番地 6
管理者名	田中 哲也
開設年月日	平成 18 年 2 月 1 日
電話番号	0827-83-0100
ファクシミリ番号	0827-83-0155

3 事業所の種類

指定短期入所生活介護事業所

平成 18 年 2 月 1 日 山口県指定 第 3577200847 号

4 利用定員

10 名 (介護予防短期入所生活介護を含む) 1 ユニット 10 名

5 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		山口県知事の事業者指定		利用 定数
		指定年月日	指定番号	
居宅	短期入所生活介護	18 年 2 月 1 日	山口県第 3577200847 号	10 人
	介護予防短期入所生活介護	18 年 4 月 1 日	山口県第 3577200847 号	
	特定施設入居者生活介護	21 年 11 月 1 日	山口県第 3570801583 号	20 人

	介護予防特定施設入居者生活介護	21 年 11 月 1 日	山口県第 3570801583 号	
	通所介護	18 年 2 月 1 日	山口県第 3577200854 号	29 人
	通所型サービスタイプ 1	18 年 4 月 1 日	岩国市第 3577200854 号	
居宅	住宅型有料老人ホーム	28 年 4 月 1 日		10 人

6 事業の目的と運営の方針

事業の目的	社会福祉法人高森福祉会が行う指定短期入所生活介護の適正かつ円滑な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、施設において介護の提供に当たる従事者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な介護サービスを提供することを目的とする。
施設運営の方針	当施設にあっては、要介護者の心身の特性を踏まえて、その居宅において有する能力に応じ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、その他日常生活上の援助、日常生活上必要な運動を行うことにより、社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の精神的負担の軽減を図ることを目指すものとする。

7 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地	2,391.9 m ²
建物	構造 鉄筋コンクリート造 地上 3 階建
	延べ床面積 769 m ²

(2) 居室

居室の種類	室数	面積	1 人あたりの面積
個室	10 室	124 m ²	12.4 m ²

(3) その他主な設備 (2 階)

設備の種類	数	面積
共同生活室	1 室	48.22 m ²
介護材料室	1 室	4.68 m ²
便所	3 箇所	8.32 m ²
脱衣室	1 室	8.25 m ²
浴室	1 室	18.43 m ²
洗濯室	1 室	19.43 m ²
汚物処理室	3 室	9.70 m ²
医務室	1 室	12.65 m ²

調理室	1 室	54.35 m ²
介護職員室	1 室	13.95 m ²

8 職員の職種、員数及び職務の内容

従業者の職種	事業者の指定基準 (員数)	職務の内容
管理者	1 名以上	事業の管理運営等に関すること
医師	1 名以上	利用者の健康管理等に関すること
生活相談員	1 名以上	利用者の生活相談業務等に関すること
看護職員	1 名以上	利用者の看護、保健衛生等に関すること
介護職員	4 名以上	利用者の日常生活上の介護に関すること
機能訓練指導員	1 名以上	利用者の機能回復訓練に関すること
栄養士	1 名以上	利用者の食事と栄養管理に関すること
事務職	1 名以上	利用者及び一般の事務に関すること

9 職員の勤務体制（ユニットあたり）

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長	正規の勤務時間帯（9：10～18：10）常勤で勤務	4 週 8 休
生活相談員	正規の勤務時間帯（9：10～18：10）常勤で勤務	4 週 8 休
介護職員	・ 早番（7：20～16：20） ・ 日勤 1（8：00～17：00） ・ 日勤 2（8：30～17：30） ・ 日勤 3（9：10～18：10） ・ 日勤 4（9：40～18：40） ・ 日勤 5（10：30～19：30） ・ 夜勤 1（16：00～10：00） ・ 夜勤 2（22：00～24：00） ・ 夜勤 3（24：00～2：00） ・ 昼間（7：20～18：40）は、原則としてユニットあたり職員 1 名以上が介護サービスを提供します。 ・ 夜間は、原則としてユニットに職員 1 名での介護サービスの提供になります。	原則として 4 週 8 休
看護職員	・ 正規の勤務時間帯（8：30～17：30、9：10～18：10）、ユニットで通常 1 名体制で勤務 ・ 夜間については、自宅待機を行い、緊急時に備えます。	4 週 8 休
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（9：10～18：10）	4 週 8 休

医師	隔週金曜日（月 2 回程度）13：00～14：00 まで勤務 常時緊急時	非常勤
栄養士	隔週金曜日（月 2 回程度）（11：30～12：30）で勤務	非常勤
事務職	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務 非常勤職員は雇用契約による。	4 週 8 休

10 営業日およびご利用の予約

営業日	年中無休
営業時間	24 時間体制
ご予約の方法	ご利用の予約は、利用を希望される期間の初日の 2 ヶ月前から受け付けております。

11 通常の送迎実施地域

実施地域	岩国市内（岩国市以外は要相談）
------	-----------------

12 虐待・ハラスメント防止のための措置について

ご利用者の人権擁護・虐待及び職員へのハラスメント防止等に対応するため、責任者の設置、相談窓口の設置等苦情解決体制の整備、成年後見制度の利用支援、職員に対する研修、地域の他団体機関（医師等他職種、法律専門家、行政、警察、地域の事業者団体）等との連携その他必要な措置を講じます。

13 苦情等申立先

(1) 苦情等申立窓口（※末尾参照）

当施設ご利用相談室	窓口担当者 澄田 大輔 利用時間 毎日午前 9 時 30 分～午後 5 時 30 分 利用方法 電話 0827-83-0100 面接 随時 苦情箱（事務所前に設置）
山口県健康福祉部 長寿社会課介護保険班	利用時間 毎日午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 利用方法 電話 083-933-2774
岩国市福祉部 福祉政策課	利用時間 毎日午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 利用方法 電話 0827-29-5072
山口県国民健康保険団体連合会	利用時間 毎日午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分 利用方法 電話 083-995-1010
山口県福祉サービス運営適正化委員会	利用時間 毎日午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分 利用方法 電話 083-924-2837

(2) 苦情を受付けた際には、次の手順で処理いたします。

- ① 担当者が苦情を受付けて処理表に記載する。
- ② 苦情についての事実確認を行う。
- ③ 苦情処理方法を記載した上で苦情解決責任者の決裁をもらう。
- ④ 苦情処理の関係者との改善の協議を行う。
- ⑤ 苦情申出者に報告をする。
- ⑥ 苦情処理についての成果等を記録する。

(3) 第三者委員の設置

① 第三者委員は、理事会で選考して理事長が任命した以下の委員を置く。

岡村 静代	〒742-0021 柳井市柳井7146-2 電話番号：0820-22-5997
山崎 保彦	〒742-0341 岩国市玖珂町3851番地 電話番号：0827-82-2495

② 職務は次のとおりとする。

- ア 苦情受付担当者から受付けた苦情内容の報告聴取
- イ 苦情内容の報告を受付けた旨を苦情申出人へ周知
- ウ 利用者からの苦情の直接受け付け
- エ 苦情申出人への助言
- オ 事業者への助言
- カ 苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの立会い、助言
- キ 苦情解決責任者からの苦情に係る事案の改善状況等の報告徴取
- ク 日常的な状況把握と意見傾聴

14 秘密の保持

- 1 事業者及びサービス従事者又は、介護サービスを提供する上で知り得た契約者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- 2 事業者は、契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- 3 前2項にかかわらず、利用者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者又は契約者の家族等の個人情報を用いることができるものとします。

15 事故発生時の対応

- (1) サービス提供中に事故が起きた場合には速やかに、家族へ連絡、医療機関への対応、市町村その他の関係機関への連絡をいたします。

- (2) 施設が責めに帰すべき事由が生じた場合には以下の保険会社で対応いたします。

社会福祉法人 全国社会福祉協議会

生じた事故については、施設長及び担当職員が原因解明及び再発防止のために内容の分析を行い、記録に残した上で家族等に報告します。

16 施設サービスの概要

利用料金につきまして詳しくは別紙 1 を参照ください。

なお、介護報酬改正に基づくサービス費・食費・居住費の改正は、それに従うものとし、料金改正通知書を発送致します。

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容	利用料
食事の介助	・業務委託先の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。 (ただし、食費は給付対象外です。) (食事時間) 朝食 7:45～ 昼食 11:45～ 夕食 17:25～	介護報酬の告示上の額 (ただし、法定代理受領の場合は居宅介護(支援)サービス基準額(介護保険負担割合証の通り)相当、法定代理受領でない場合は、居宅介護(支援)サービス基準額相当額です。)
排泄の介助	・利用者の状態に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。	
入浴の介助	・基本的には月曜日から土曜日の間で、利用者の希望・状態に適した方法・頻度での入浴を提供します。 ・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。	
着替え等の介助	・利用者の状態に応じた介助・介護を致します。 ・利用者の自立支援を積極的に行います。	

健康管理	・ 嘱託医師により、隔週（月 2 回程度）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継ぎます。 ・ 利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 （当施設の嘱託医師） 氏 名：岩本 梨恵 診療科：内科（所属病院 岩本医院） 診察日：隔週金曜日（月 2 回程度） 13：00～14：00	
相談および援助	・ 当施設は、入所者およびそのご家族からの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） 澄田 大輔	
通常の送迎	・ 身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付きの送迎車で入退所の送迎を行います。 ・ 送迎時間 9：00～16：00	

(2) 介護保険給付対象外サービス

種 類	内 容	利用料
食材の提供	・ 委託業者の管理栄養士による食材の検収により、適切な食材を提供します。（※特別な行事食を含んでいます。）	1 日 1,445 円 （内訳）朝食 295 円 昼食 575 円 夕食 575 円
おやつの提供	・ ご希望により、おやつを提供します。（選択制）	・ 1 日 1 回 55 円
滞在に要する費用	・ 施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり光熱水費相当額と室料を負担して頂きます。	・ 個室 2,066 円
理容サービス	・ 毎月 2 回程度、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。	・ 理髪サービス 実費

レクリエーション行事	・当施設では、施設行事計画にそってレクリエーション行事を企画します。	・施設外レクリエーションについて実費（交通費・入場料等）
------------	------------------------------------	------------------------------

- (3) 要介護認定の結果、自立と判定された場合や介護認定切れなどで介護認定がない場合に、ご本人の希望でサービスを利用される場合の費用負担は以下とします。

(全額自己負担金) 利用料 要介護1の基本サービス費と同額
 食事代 上記のとおり
 滞在費 ユニット型個室（2,066円／日）
 各種加算

(4) 利用料のお支払い方法

前記(1)、(2)、(3)の料金・費用は、次の通りお払い下さい。

- ① 1か月ごとに計算し、翌月にご請求いたします。お支払い方法は、当事業所の事務所で直接お支払いいただく方法と山口銀行よりお振込みいただく方法があります。また、当事業所では山口銀行・ゆうちょ銀行と自動引落の契約を結んでおります。契約時に当事業所にご相談ください。原則として毎月20日に自動引落としとなります。

- ② 下記の口座へお振込みください。

お振込先：山口銀行 高森支店 普通預金 5010867

シャカイフクシホジシ ヲカモリフクシカイ センゾクケン リジチョウ イモトヒロシ

名 義 人：社会福祉法人 高森福祉会 センゾク苑 理事長 岩本 浩

(5) 利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、利用者ご本人の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用の追加もできます。この場合は事業所にご相談ください。

17 協力医療機関

医療機関の名称	岩本医院
開設者名	医療法人 淳心会
所在地	山口県岩国市周東町下久原 2480 番地 1
電話番号	0827-84-0011
診療科	内科、循環器科

医療機関の名称	岩国医療センター
開設者名	独立行政法人国立機構
所在地	山口県岩国市愛宕町1丁目1番1号
電話番号	0827-34-1000
診療科	総合内科、外科、救急科

18 協力歯科医療機関

協力歯科医療の名称	みどり歯科クリニック
院長名	岩本 潔
所在地	山口県岩国市周東町下久原1147番地6
電話番号	0827-83-0418

19 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「せんぞく苑 防災計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	町内会と近隣防災を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等	別途定める「せんぞく苑 防災計画」にのっとり、毎月1回年1回夜間を想定した避難訓練を、入所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	あり
	非難階段	あり	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	あり	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
	カーテン、布団等は防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日：平成31年3月1日 防火管理者：高橋 賢司			

20 当施設ご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（9時～21時）を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
貴重品	貴重品はなるべくお持ちにならないでください。

嘱託医師以外の医療機関への受診	当施設嘱託医が基本的には紹介いたします。緊急時に施設の方で対応いたしますが、緊急を要しない場合には家族にて対応していただきます。
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したがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
飲酒	飲酒は職員の指示に従って下さい。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
飲食物の持ち込み	お菓子や果物等の持ち込みは最小限にお願いします。またご持参された場合には一言職員にお声をかけてください。また他の利用者へのお裾分けは、食事制限の方もおられるのでご遠慮ください。
所持品の管理	利用者の所持品、現金等の確認をさせて頂き記録します。また途中で持参されたものは、その都度、記録しますので、職員にお知らせください。
現金等の管理	基本的には、事務所で管理させていただきます。特別な場合には施設長にご相談ください。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。
写真や作品の掲示	当施設では、施設行事の際に撮影した写真、レクリエーション等で作成した利用者様の作品を掲示・展示させていただくことがあります。

せんぞく苑短期入所生活介護事業所

利 用 料 金 表

1 食費・居住費の費用

介護報酬改正に基づく上記費用の改正は、それに従うものとし、料金改正通知書を発送致します。

(1) 介護保険負担限度額認定者以外

料金の種類	金 額
居住に要する費用	ユニット型個室 2,066 円／日
食事の提供に要する費用	朝 食 295 円／回
	昼 食 575 円／回
	夕 食 575 円／回

(2) 介護保険負担限度額認定者

料金の種類	金 額
食事の提供に要する費用 (介護保険負担限度額認定者)	第1段階認定者 300円／日
	第2段階認定者 600円／日
	第3段階認定者① 1,000円／日
	第3段階認定者② 1,300円／日
居住に要する費用 (介護保険負担限度額認定者)	第1段階認定者 ユニット型個室 880円／日
	第2段階認定者 ユニット型個室 880円／日
	第3段階認定者 ユニット型個室 1,370円／日

2 居宅介護サービス費

介護報酬改正に基づくサービス費の改正は、それに従うものとし、料金改正通知書を発送致します。

ご利用者の要介護度及び介護保険負担割合証に応じ、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）をお支払い下さい。

(1) 居宅介護サービス費

項 目	金 額 (負担1割の場合)	金 額 (負担2割の場合)	金 額 (負担3割の場合)
要介護 1	ユニット型個室 704円／日	1,408円／日	2,112円／日
要介護 2	ユニット型個室 772円／日	1,544円／日	2,316円／日
要介護 3	ユニット型個室 847円／日	1,694円／日	2,541円／日
要介護 4	ユニット型個室 918円／日	1,836円／日	2,754円／日
要介護 5	ユニット型個室 987円／日	1,974円／日	2,961円／日

(2) 各種加算

項 目	金 額 (負担1割の場合)	金 額 (負担2割の場合)	金 額 (負担3割の場合)
送迎加算	片道につき 184円／回	368円／回	552円／回
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10円／月	20円／月	30円／月
緊急短期入所受入加算 ※1	90円／日	180円／日	270円／日
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)※2	22円／日	44円／日	66円／日
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)※2	サービス費(加算含む)×14%		

※1 緊急に受け入れを行った場合(7日又はやむを得ない事情がある場合は14日を限度とする)

※2 当該加算は、区分支給限度額の算定対象外となります

(3) 長期利用に対する減算

- ① 連続して30日を超えて同一の指定短期入所事業所に入所する場合、1日につき30単位を減算します。
- ② 連続して60日を超えて同一の指定短期入所事業所に入所する場合、介護福祉施設サービス費の単位数と同等単位となります。

3 その他の費用

料金の種類	金 額
理容代	理 容 実費／回
おやつ代	1日1回 55円／回

4 居宅サービス計画に基づくサービスとは別に提供された短期入所生活介護サービスの費用
(全額自己負担の場合)

介護報酬改正に基づく費用の改正は、それに従うものとします。

区分	項 目	金 額
	要介護 1	ユニット型個室 7,040円／日
	要介護 2	ユニット型個室 7,720円／日
	要介護 3	ユニット型個室 8,470円／日
	要介護 4	ユニット型個室 9,180円／日
	要介護 5	ユニット型個室 9,870円／日
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	220円／日
	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	100円／月
	緊急短期入所受入加算	900円／日
	送迎加算	片道につき 1,840円／回
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	区分支給限度額を超えたサービスに係る介護職員 処遇改善加算分については、利用者の10割負担と なります。

キーパーソン（主介護者）の役割について

キーパーソンとなるご家族様は、ケアマネージャーや施設・事業所側が最適なサービスをスムーズに提供するため、連絡が取りやすい方をお願いしております。尚、キーパーソンにおかれましては、以下のような役割を担っていただくようになります。

記

①事務的な手続きや利用料支払い等の経済的な保証

介護サービスを利用する際には、各種の契約書類への記入や料金の支払いが必要です。施設・事業所では、基本的にキーパーソンに書類への記入や料金のお支払いをお願いしております。

②緊急時の連絡

施設・事業所内では職員が日々の生活支援をしておりますが、急な体調不良や転倒による事故など緊急事態が起こることもございます。緊急時には、キーパーソンに連絡を取り状況を説明させていただき、入院が必要な場合には必要な手続きを直ぐに行っていただけるようお願い致します。

③ケア方針の決定

施設ではケアプランを作成しケアプランに沿った介護を提供致します。利用者ご本人様に説明するのはもちろんですが、ご家族様を代表してキーパーソンへもケアプランの説明を行います。トラブルを防ぐためにもご納得いただいた上で介護サービスを提供致します。

④利用者ご本人様や他のご家族様との仲介

施設職員は利用者一人ひとりを尊重した対応を心がけておりますが、どうしても対応困難な時には、ご家族様であるキーパーソンにご相談やご協力をお願いすることでスムーズに問題解決でき、ご本人様に安心していただける場合があります。

また、利用者ご本人様に多くのご家族様がいる場合、施設・事業所側が全てのご家族様に連絡・説明することは困難です。連絡・報告・相談内容がある際は、ご家族様代表でキーパーソンに説明し、家族間の連絡はキーパーソンをお願いしております。

⑤死亡後の手続きや身柄の引き取り

施設で利用者ご本人様が死亡された場合には、役所への手続きや葬儀の手配、身柄の引き取りなどが必要になります。また、施設との契約が終了となるため荷物の引渡しや利用料金等の精算お願い致します。

キーパーソンとなるご家族様におかれましては、施設・事業所側から報告やご相談等のご連

絡を差し上げることとなりますが、何卒、ご理解ご協力の程よろしくお願い致します。また、ご不明な点やご意見、ご要望等がありましたら、キーパーソンより施設・事業所へご相談いただけると幸いです。

以上の内容につきましては、重要事項説明書を説明する際に併せて説明させていただきまして、重要事項説明書への署名をもってご理解いただけたものといたします。

私は、本書面に基づいて当施設の職員（職名_____氏名_____）から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和_____年_____月_____日

利用者	住所	_____
-----	----	-------

	氏名	_____
--	----	-------

利用者の家族等	住所	_____
---------	----	-------

	氏名	_____
--	----	-------

	続柄	_____
--	----	-------

【 苦情等申立先一覧 】

山口県国民健康保険団体連合会	〒753-0871 山口市朝田 1980 番地 7 TEL: 083-995-1010 FAX: 083-934-3665
岩国市福祉部福祉政策課	〒740-8585 岩国市今津町一丁目 14 番地 51 号（岩国市役所 3 階） TEL: 0827-29-5072 FAX: 0827-21-3337 E-mail: fukushiseisaku@city.iwakuni.lg.jp
山口県健康福祉部長寿社会課 介護保険班	〒753-8501 山口市滝町 1 番 1 号（山口県庁 5 階） TEL: 083-933-2774 FAX: 083-922-3022 E-mail: a13400@pref.yamaguchi.lg.jp
柳井市健康福祉部高齢者支援課	〒742-8714 柳井市南町一丁目 10 番 2 号（柳井市役所） TEL: 0820-22-2111（内線 155～157） FAX: 0820-23-7566
光市福祉保険部介護保険課	〒743-8501 光市中央六丁目 2 番 1 号 TEL: 0833-74-3003 E-mail: kaigo@city.hikari.lg.jp
山口県福祉サービス運営適正化 委員会	〒753-0072 山口市大手町 9 番 6 号（山口県社会福祉会館 3 階） TEL: 083-924-2837 FAX: 083-924-2793 E-mail: kujou@yg-you-i-net.or.jp