

指定介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

(特別養護老人ホーム高森苑)

(令和7年8月11日)

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133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	0827-82-0500
ファクシミリ番号	0827-82-0736

2 ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム高森苑
施設の所在地	山口県岩国市周東町西長野 621 番地 1
管理者名	磯部 泰洋
開設年月日	昭和 55 年 4 月 1 日
電話番号	0827-84-3747
ファクシミリ番号	0827-84-1401

3 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	
特別養護老人ホーム	12 年 4 月 1 日	山口県 3577200250 号	84 人
短期入所介護	12 年 4 月 1 日	山口県 3577200250 号	16 人
通所介護	19 年 10 月 1 日	山口県 3577200268 号	29 人
通所型サービスタイプ 1	18 年 4 月 1 日	山口県 3577200268 号	

4 事業所の種類

指定介護予防短期入所生活介護事業所

平成 18 年 4 月 1 日 山口県指定 3577200250 号

5 利用定員

16 名 (介護給付短期入所を含む)

6 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、業務の適正かつ円滑な執行並びに要支援にある高齢者に対し、介護予防短期入所生活介護を提供することを目的とする。
施設運営の方針	当施設にあつては、保健・医療サービス及び福祉サービスを提供するものと連携に努め介護予防短期入所生活介

	護計画を作成し、その計画に基づいて、利用者の重症化の予防、軽減により、日常生活上の世話及び機能訓練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		9, 608.37 m ²
建物	構造	鉄筋コンクリート・鉄骨造りルーフィング・亜鉛メッキ鋼板華陸屋根2階建
	延べ床面積	4, 147.33 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	119.64 m ²	11.96 m ²
個室（多床室扱い）	8 室	81.60 m ²	10.20 m ²
2人部屋	5 室	132.98 m ²	13.30 m ²
4人部屋	18 室	622.65 m ²	8.65 m ²

(3) その他主な設備（特別養護老人ホームと共用）

設備の種類	数	面積	1人あたりの面積
食堂	1 室	95.89 m ²	1.28 m ²
機能訓練室	1 室	32.98 m ²	
一般浴室	1 室	75.53 m ²	
機械浴室	特殊浴槽2台		
便所	9 箇所		
医務室	1 室		

8 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	員数	事業者の指定基準
施設長	1 人	1 以上
生活相談員	1 人以上	1 以上
介護職員	34 人以上	34 以上
看護職員	4 人以上	
機能訓練指導員	1 人以上	1 以上
介護支援専門員	1 人以上	1 以上
医師	1 人以上	1 以上
管理栄養士	1 人以上	1 以上
事務職	1 人以上	

9 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長	正規の勤務時間帯（9：10～12：10, 14:10～16:10） 常勤で勤務	4週8休
生活相談員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務	4週8休
介護職員	早1 7：00～16：00 早2 7：20～16：20 日4 9：10～18：10 日5 9：40～18：40 夜勤 16：00～24：00 明勤 24：00～10：00 昼間（7：00～18：40）は、原則として職員1名あたり入所者7～8名のお世話をします。 夜間（18：40～7：00）は、原則として職員1名あたり入所者25名のお世話をします。（特別養護老人ホームと一体で運用します。）	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、16：00～24：00、24：00～10：00）、特別養護老人ホームと同勤務状態。 ・夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。	4週8休
機能訓練指導	正規の勤務時間帯（8：30～17：30、9：10～18：10） 常勤で勤務	4週8休
介護支援専門員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務	4週8休
医師	週1日（金曜日）、13：00～14：00まで勤務 常時緊急時	
管理栄養士	正規の勤務時間帯（7:20～16:20、8：00～17：00、9:10～18:10）常勤で勤務	4週8休
言語聴覚士	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤で勤務	4週8休
事務職	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務	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か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	岩国市全域（地域外は要相談）
------	----------------

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

当施設ご利用 相談室	窓口担当者 ご利用時間 ご利用方法	生活相談員 中原 辰夫 毎日午前8時30分～午後5時30分 電話 0827-84-3747 面接 随時 苦情箱（事務所前に設置）
岩国市福祉部福祉 政策課	ご利用時間 ご利用方法	毎日午前8時30分～午後5時15分 電話 0827-29-5072
柳井市健康増進課	ご利用時間 ご利用方法	毎日午前8時30分～午後5時15分 電話 0820-22-2111（内線155～157）
周南市福祉部高齢 者支援課	ご利用時間 ご利用方法	毎日午前8時30分～午後5時15分 電話 0834-22-8343
山口県国民健康 保険団体連合会	ご利用時間 ご利用方法	毎日午前8時30分～午後5時15分 電話 083-995-1010
山口県庁長寿社 会課施設班	ご利用時間 ご利用方法	毎日午前8時30分～午後5時30分 電話 083-933-2793

(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いたします。
- ② 苦情についての事実確認を行います。
- 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。

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

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 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、市町そのた関係機関への連絡をいたします。
- (2) 事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り損害賠償責任を負いません。本契約に基づくサービスの実施に伴って自己の責に帰すべき事由によりご利用者に生じた損害について、賠償する責任を負います。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生についてご利用者に故意又は過失が認められる場合は、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる範囲において、事業者の損害賠償責任を減じることができるものとします。

15 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
食 事	・委託業者の栄養士の立てる献立表により、栄養状況及び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。(但し、食材料費は給付対象外) ・できるだけ食堂フロアで食事をとっていただけるよう努めます。 ・食事時間 朝食 8 : 00、昼食 11 : 30、夕食 17 : 30
排 泄	・自立支援の観点を忘れずに、利用者の状況に応じた排泄介助を行ないます。 ・オムツを使用される方は、清潔保持に努め、皮膚トラブルが無いようこまめなオムツ交換を行います。
入 浴	・利用者の希望や状況に沿って、入浴または清拭回数を調整いたします。歩行が困難な方は、車椅子や寝たままでの入浴が可能です。
整容・更衣	・生活のリズムを確立するために、可能なかぎり、寝衣の交換を行っています。 ・食後の口腔ケアや身の回りの整容をサポートいたします。 ・シーツ交換は週1回、寝具消毒は月1回実施します。
機能訓練	・寝たきり防止のため、可能なかぎりの離床対応を行なっています。 ・機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。

健康管理	・施設では、嘱託医師により、週1回診察日を設けて健康管理に努めています。緊急時等、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。 ・利用中に外部医療機関に通院する場合は、その介添えについて調整いたします。 (当施設の嘱託医師) 氏 名：岩本 浩 診療科：内科 (所属病院 岩本医院) 診察日：金曜 13:00～14:00
相談及び援助	・利用者及びそのご家族からの相談については、誠意をもって応じ、可能なかぎり必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 生活相談員 中原 辰夫
送 迎	・ご自分での来所が困難な方は、送迎車にて入退所の送迎も利用可能です。

(2) 介護保険給付外サービス

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、新鮮で安価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	・ご希望により、おやつを提供します。 (選択制)	・1食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。	・個室の場合 1,231円 ・多床室 915円
理容サービス	・毎月1回(第2月曜日)理髪店の出張による理髪サービスをご利用いただけます。	・実費
教養娯楽施設の利用	・当施設では、次の教養娯楽施設を整えております。 ・喫茶コーナー(毎週1～2回)	・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) 利用料のお支払い方法

前記 (1)、(2) 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 10 日までにご請求いたしますので月末までのお支払いをお願いします。お支払い方法は、当事業所の窓口払い、金融機関からの自動引き落とし又は振り込みとさせていただきます。
- ② 振込の場合、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 5010850

シカイケンホウジン タカモリフクシカイ トクベツヨウゴロウジンホーム タカモリエン

名 義 人：社会福祉法人 高森福祉会 特別養護老人ホーム 高森苑

リジチョウ イモト ヒロシ

理事長 岩本 浩

(4) 利用の中止、変更、追加

- ① 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。

16 協力医療機関

医療機関の名称	岩本医院
所在地	山口県岩国市周東町下久原 2480 番地 1
診療科	内科・循環器内科・小児科・診療内科
電話番号	0827-84-0011

医療機関の名称	岩国市医療センター医師会病院
開設者名	社団法人 岩国医師会
所在地	山口県岩国市室の木町 3 丁目 6 番 12 号
電話番号	0827-21-3211
診療科	内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、麻酔科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、透析
入院設備	ベッド数 201 床
救急指定の有無	有
契約の概要	当施設と医師会病院とは、入所者に病状の急変があった場合

医療機関の名称	岩国医療センター
開設者名	独立行政法人国立病院機構
所在地	山口県岩国市愛宕山 1-1-1
電話番号	0827-34-1000
診療科	内科、精神科、神経科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、心臓血管外科、小児外科、皮膚科、泌尿器科、産科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、リハビリテーション科、麻酔科
入院設備	ベッド数 530 床
救急指定の有無	有
契約の概要	当施設と岩国医療センターとは、入所者に病状の急変があった場合

医療機関の名称	みどり歯科クリニック
所在地	山口県岩国市周東町下久原 1147 番地 6
診療科	歯科
電話番号	0827-83-0418

医療機関の名称	たかもり眼科
所在地	山口県岩国市周東町下久原 1147 番地 7
診療科	眼科
電話番号	0827-83-1110

17 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム高森苑 消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	周東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「特別養護老人ホーム高森苑 消防計画」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	なし	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、布団等は防災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 24 年 10 月 1 日 防火管理者：森本 誠			

18 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	金銭、貴重品は、お持ちにならないでください。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。
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。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒はできません。
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	原則、飲食物の持ち込みはご遠慮ください。

込み	
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。また途中に持参されたものは、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。

私は、本書面に基づいて当施設の職員（職名_____氏名_____）から前記重要の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	_____
契約者	住所	_____
	氏名	_____
	続柄	_____

高森苑指定介護予防短期入所生活介護

利 用 料 金 表

1 食費・居住費の費用

(1) 介護保険負担限度額認定者以外

料金の種類	金 額
食事の提供に要する費用	1日：1,445円 (朝食 295円／回、昼食 575円／回、夕食 575円／回)
居住に要する費用	従来型個室 1,231円／日
	多床室 915円／日

(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①認定者 1,000円／日
	第3段階②認定者 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 従来型個室 380円／日 多床室 0円／日
	第2段階認定者 従来型個室 480円／日 多床室 430円／日
	第3段階認定者 従来型個室 880円／日 多床室 430円／日

2 介護予防サービス費

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。

区分	項 目	金 額			単位：円
		1 割	2 割	3 割	備考
基 本	要支援1	451	902	1353	1 日 当 り
	要支援2	561	1122	1683	1 日 当 り
加 算	送迎加算	184	368	552	片道につき 1 回 当 り
	機能訓練指導体制加算	12	24	36	1 日 当 り
	サービス提供体制強化加算 （Ⅰ）	22	44	66	1 日 当 り ※区分支給限度額の算定対象外
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	100	200	300	1 月 当 り
	若年性認知症利用者受入加算	120	240	360	1 日 当 り
	生産性向上推進体制加算Ⅱ	10	20	30	1 月 当 り
	口腔連携強化加算	50	100	150	1 月 当 り
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	基本サービス費に各種加算を加えた総単位数 × 14.0％ ※区分支給限度額の算定対象外			

3 その他の費用

料金の種類	金 額
理容代	実費
おやつ代	55円／回

4 介護予防サービス・支援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)

区分	項 目	金 額
	要支援1	従来型個室 4, 510円／日
		多床室 4, 510円／日
	要支援2	従来型個室 5, 610円／日
		多床室 5, 610円／日
加 算	送迎加算	片道につき 1, 840円／回
	サービス提供体制加算Ⅰ	220円／日
	機能訓練指導体制加算	120円／日
	生活機能向上連携加算Ⅱ	1, 000円／月
	若年性認知症利用者受入加算	1, 200円／月
	生産性向上推進体制加算Ⅱ	100円／月
	口腔連携強化加算	500円／月
	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	（基本料金＋加算料金）× 8.3%
	介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	（基本料金＋加算料金）× 2.7%
	介護職員等ベースアップ等支援加算	（基本料金＋加算料金）× 1.6%