

地域密着型特別養護老人ホームひいらぎ
短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

当施設は、ご利用者に対して指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護を提供いたします。施設の概要やご提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

（令和8年8月1日現在）

1 事業者の概要

法人の名称	社会福祉法人 光仁会
法人の所在地	〒745-0807 周南市城ヶ丘三丁目6番1号
代表者の氏名	理事長 市川 喜久子
電話番号	0834-33-8881
FAX番号	0834-33-8882

2 ご利用施設の概要

(1) 施設の名称等

施設の名称	地域密着型特別養護老人ホームひいらぎ（短期入所生活介護）
施設の所在地	〒743-0011 光市光井九丁目8番30号
管理者の氏名	松本 咲子
電話番号	0833-71-6155
FAX番号	0833-71-6156
介護保険指定番号	山口県指定 3571000888

(2) 当法人で併せて実施する介護保険事業

事業の種類	指定年月日	指定番号	利用定員
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	平成 26 年 11 月 1 日	3591500289	29 名
(予)短期入所生活介護	平成 26 年 11 月 1 日	3571501414	10 名
(予)認知症対応型共同生活介護	平成 26 年 11 月 1 日	3591500271	18 名
地域密着型通所介護	平成 27 年 3 月 1 日	3571501539	10 名
周南市介護予防・日常生活支援総合事業 総合事業通所介護	平成 30 年 3 月 1 日		
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	令和 2 年 4 月 1 日	3591000207	29 名

3 施設の目的と運営方針

- 1 要介護者等の心身の特性を踏まえて、利用前の居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律した日常生活を営むことができるよう支援することにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の心身的及び精神的負担の軽減を図ります。
- 2 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、その他保健・他の居宅サービス事業者、その他保険・医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

4 建物および設備

(1) 敷地面積及び建物の概要

敷地面積	1309.12 m ²	
建物	構造	鉄筋コンクリート造 3 階建
	延べ床面積	1978.30 m ²
	利用定員	10 名

(2) 居室及び主な設備

居室・設備の種類	室数等
個室	10 室※併設特養の空床を利用することができます。
共同生活室	1 ユニット※併設特養の空床を利用することができます。
浴室・脱衣室	2 室（一般浴槽 1 室、寝台浴槽 1 室）
相談室	2 室
医務室	1 室（診療所）
地域交流スペース	1 室

5 職員の配置状況

職種	人員数	兼務状況等
施設長	1 人	デイサービスセンターくすのき・地域密着型特養くすのき苑と兼務
医師（特養に配置）	1 人以上	嘱託
生活相談員（特養に配置）	1 人以上	地域密着型特養くすのき苑と一体的に対応
介護職員（特養に配置）	13 人以上	各ユニットに常勤のユニットリーダーを配置 ショートステイの介護職員を兼務
介護職員（ショートステイ）	4 人以上	常勤のユニットリーダーを配置 特養の介護職員を兼務
看護職員（特養に配置）	2 人以上	
機能訓練指導員（特養に配置）	1 人以上	看護職員と兼務

管理栄養士（特養に配置）	1人以上	
事務職員（特養に配置）	1人以上	

6 勤務体制

職 種	勤務体制	業務内容
施設長	勤務時間帯（８：３０～１７：３０）	施設の業務を統括します。
医師	勤務時間帯（１２：３０～１３：３０）	ご利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。
生活相談員	勤務時間帯（８：３０～１７：３０）	ご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
介護職員	早出勤務（７：００～１６：００） 日勤勤務（８：３０～１７：３０） 夜間勤務（１７：００～８：３０） 遅出勤務（１０：００～１９：００） ※看護職員又は介護職員を、日勤帯は各ユニットに１名以上、夜勤帯は２ユニットに１名を配置します。	ご利用者の日常生活上の介護及び健康保持のための相談・助言等を行います。
看護職員	早出勤務（７：００～１６：００） 日勤勤務（８：３０～１７：３０） 遅出勤務（１０：００～１９：００） 夜間勤務（１７：００～８：３０） ※夜間については、交代で連絡の取れる体制をとり、緊急時に備えます。	主にご利用者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活の介護・介助等も行います。
介護支援専門員	勤務時間帯（８：３０～１７：３０）	ご利用者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。 業務に支障がない場合、介護職員の職務に従事します。
管理栄養士	勤務時間帯（８：３０～１７：３０）	ご利用者の食事の管理をします。
事務職員	勤務時間帯（８：３０～１７：３０）	庶務及び会計事務を行います。
調理員	業務委託（ソフトライフ株式会社）	利用者の身体の状態や嗜好を考慮した食事を提供するように施設職員との連携に努めます。

7 提供するサービスの内容

サービスの種類	内 容
食事	・栄養士の立てる献立表により、栄養及び利用者の身体の状態並びに嗜好を考慮した食事を提供します。 ・食事は、できるだけ離床して、生活リズムに合わせて食べていただけるように配慮します。 ・多様化する食事のニーズに柔軟に対応し、サービスの質の維持・向上を図ります。 朝食 7:45～ 9:45 昼食 12:00～14:00 夕食 16:45～18:15
排泄	・排泄の自立を促すため、利用者身体機能を活用した援助を行います。 ・自力排泄可能な方はできるだけトイレまで誘導し、自然に排泄できるよう援助します。 ・ポータブルトイレを居室で使用される場合は、プライバシーの保護に努めます。 ・オムツ使用の方は随時取り替え、気持ちよく過ごしていただけるよう援助します。（オムツ代のご負担はありません。）
入浴・清拭	（入浴日）※施設行事その他の理由で変更することがあります。 ・一般浴 月・火・水・木・金・土曜日 ・特別浴 月・火・水・木・金・土曜日 ・入浴または清拭を週2回以上、ご利用者の希望や体調に合わせて行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は機械浴槽を用いて入浴することができます。 ・入浴前に体調を確認し、気持ちよく安全に入浴していただけるよう援助します。
機能訓練	・利用者の心身の状態に合わせた機能訓練を行い、生活機能が維持できるよう援助します。
健康管理	・当施設の嘱託医師による診察を行い、ご利用者の健康管理に努めます。
その他自立支援	・できる限りベッドから離れる時間を持てるよう援助します。 ・ご利用者個々の生活リズムを考えて、適切な着替え、整容が行われるよう援助します。 ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容（ひげそり、整髪、爪切りなど）を行います。
洗濯	・シーツ交換は週1回、寝具の消毒は定期的に行います。

	・衣類の洗濯は、随時当施設で行います。 ・原則として、洗濯機、乾燥機にかけられない衣類はご家族で対応していただきます。 ・クリーニングに出すことも援助できます。(実費をご負担ください。)
理容・美容	・訪問理美容サービスを利用できます。(実費をご負担ください。)
相談及び助言	・行政機関への各種手続きなど、ご利用者及びご家族からのご相談に応じ、必要な援助を行います。

8 通常の事業の実施地域

実施地域	光市、下松市、田布施町 ただし離島は除く。
------	-----------------------

9 面会

ご利用者にとってご家族とのふれあいは、介護サービスでは補うことのできない大切な機会です。時間の許す限りお運びください。また、コロナウイルス等感染症の予防対策のため、ご面会者皆さまに以下のご協力をお願いしています。

- ・予めご予約の上、お越しください。
- ・面会時間 平日 9：00～17：30 の間
- ・ご面会前の健康確認やマスクの着用にご協力ください。
- ・飲食物や衣類等の差し入の際は、予め職員にお声かけください。

10 施設・設備の利用上の注意

- ・居室及び共用設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください。これに反したご利用により破損などが生じた場合は賠償して頂くことがあります。
- ・利用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、利用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。
- ・施設内では、他の利用者に対する宗教活動、営利活動、政治活動はご遠慮ください。

11 サービス利用料金と支払い方法について

(1) サービス利用料金

別紙「利用料金表」をご覧ください。

(2) 日常生活上の諸費用のご負担について

嗜好品の購入代金や医療費、居室で使用される電化製品にかかる電気料金など、利用者の日常生活に要する費用で、負担していただくことが適当であると判断できるものについてご負担いただきます。詳細は別紙「利用料金表」をご覧ください。

(3) 支払い方法及び支払い期日

当月の利用者負担金の請求に明細書を付して、翌月 10 日前後に請求書を発送します。
サービスに関する利用料金は、原則として翌月 26 日(金融機関が休日の場合はその翌日)
に指定の口座(山口銀行)から自動口座引き落としによりお支払いいただきます。
なお、自動引落の手続きが終了するまでは、振込の方法によりお支払ください。

1 2 緊急時の対応

短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護サービスの提供時、利用者に病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当サービスの協力医療機関への連絡などを行い必要な措置を講じます。

1 3 苦情等申し立て窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問などございましたら下記にお申し出ください。

(1) 当施設の窓口

苦情受付担当者	村木 幸・土井 文恵・矢通 実可子(生活相談員)
連絡先	電話番号 0833-71-6155 FAX番号 0833-71-6156
受付時間	午前 8:30~午後 5:30(土日祝をのぞく平日)

(2) 当施設以外の苦情受付機関

第三者委員	有馬 俊雅
	住所 周南市須々万奥 576 (TEL 0834-88-0259)
第三者委員	小林 武生
	住所 周南市学園台 843-4-2 (TEL 0834-28-0411)

(3) 行政その他の苦情受付機関

光市高齢者支援課

連絡先	住所 光市中央二丁目 2 番 1 号
	電話番号 0833-74-3003

下松市高齢福祉課

連絡先	住所 下松市大手町 3-3-3
	電話番号 0833-45-1831

周南市高齢者支援課

連絡先	住所 周南市岐山通 1-1
	電話番号 0834-22-8467

山口県国民健康保険団体連合会

連絡先	住所 山口県朝田 1980-7
	電話番号 083-995-1010

山口県福祉サービス運営適正化委員会（福祉サービス苦情解決委員会）

連絡先 住所 山口市大手町 9-6 ゆ〜あいプラザ山口県社会福祉会館
2F 電話番号 083-924-2837

1 4 事故発生時の対応・損害賠償

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村および関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、誠意をもって対応し、必要に応じて損害賠償を行います。また、原因の解明、再発防止のための対策を講じます。

・加入損害賠償責任保険 社会福祉施設総合損害補償「しせつの損害補償」

1 5 個人情報の保護

施設及び従業者は、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

1 6 身体拘束の禁止

原則として、入居者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に入居者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、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について記録します。

1 7 非常災害時の対策

非常時の対応	・別に定める「社会福祉法人光仁会災害マニュアル」従い対応します。
平常時の訓練	・別に定める「社会福祉法人光仁会消防計画」に従い夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。
防災設備	・消火器、スプリンクラー、自動火災報知機、誘導灯がありカーテン類などは防災の物を使用しています。

1 8 短期入所生活介護計画及び介護予防短期入所介護計画の作成と記録の整備

利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方法について短期入所生活介護計画及び介護予防短期入所生活介護計画を作成いたします。

利用者に提供したサービスについては記録を作成し、2年間保管するとともに、利用者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。

19 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置

事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

虐待防止に関する責任者 施設長 松本 咲子

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、「地域密着型特別養護老人ホームひいらぎ短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護」のサービスの内容及び重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者	住所	山口県周南市城ヶ丘三丁目6番1号		
	事業者	社会福祉法人 光仁会		
	施設名	地域密着型特別養護老人ホーム ひいらぎ		

代表者	理事長 市川 喜久子	印
-----	------------	---

説明者	職名	生活相談員	
	氏名		印

私は、重要事項説明書に基づいて、地域密着型特別養護老人ホームひいらぎが実施する短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者	住所		
	氏名		印

代理人 続柄（ ）	住所		
	氏名		印

身元引受人	住所		
	氏名		印

<別 表>

地域密着型特別養護老人ホームひいらぎ短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護
利用料金説明書

1. 介護サービスに係る費用

基本報酬	区 分	単位数
ユニット型（介護予防） 短期入所生活介護費	要支援 1	529 単位/日
	要支援 2	656 単位/日
	要介護 1	704 単位/日
	要介護 2	772 単位/日
	要介護 3	847 単位/日
	要介護 4	918 単位/日
	要介護 5	987 単位/日

算定する加算	
夜勤職員配置加算（Ⅳ） 20 単位/日 ※介護予防は算定しません	（Ⅱ）イの要件を満たし、夜勤時間帯を通じて、看護職員または喀痰吸引等の実施ができる介護職員を 1 人以上、上回った体制を整備し、かつ、登録喀痰吸引等事業者として都道府県へ登録している場合に算定します。
サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 18 単位/日	介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が 100 分の 60 以上である場合に算定します。
生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 100 単位/月	介護職員の処遇改善を進めることに加え、介護ロボットや ICT 等のテクノロジーを複数導入し、全床に設置することにより、介護サービスの質を確保するとともに、職員の負担軽減に資する生産性向上の取組をしている場合に算定します。
療養食加算 8 単位/回（1 日 3 回まで）	入所者の病状に応じて主治医より疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、療養食が提供された場合に算定いたします。
若年性認知症利用者受入加算 120 単位/日	若年性認知症の利用者（40 歳以上 65 歳未満の方）の特性やニーズに対応したサービス提供を行った場合に算定いたします。
送迎加算 184 単位（片道）	利用者の居宅と事業所間の送迎を行う場合、片道につき算定いたします。
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ 所定単位数×17.6%/月	介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組を行う事業所に認められる加算です。

★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、利用者の負担額を変更します。

※当事業所は、1 単位が 1 0. 00 円の地域区分その地となります。

※ご利用者の個人負担額は、介護保険給付額にご利用者ごとの介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります。

2. 食費・居住費の費用

居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額となります。

内容	特定入所者介護サービス費 利用者負担段階	ご利用者負担額	食事単価
食費	第 1 段階	300 円/日	朝食 340 円 昼食 870 円 夕食 750 円
	第 2 段階	600 円/日	
	第 3 段階①	1, 030 円/日	
	第 3 段階②	1, 300 円/日	
	第 4 段階	1, 960 円/日	
居住費	第 1 段階	880 円/日	
	第 2 段階	880 円/日	
	第 3 段階①	1, 370 円/日	
	第 3 段階②	1, 470 円/日	
	第 4 段階	2, 066 円/日	

3. 通常の事業実施区域外からの送迎費用

当事業所の通常の事業の実施区域（光市・下松・田布施町ただし離島は除く。）外にお住まいの方が、当事業所をご利用される場合には送迎費用として次の金額をお支払いいただきます。 （１）当事業所から片道概ね5km未満 無料 （２）当事業所から片道概ね5km以上10km未満 200 円 5km毎に上記金額に100円を加算します。		200 円～ 距離による
---	--	-----------------

4. その他の費用

料金の種類	金 額
持ち込み電気製品使用料	50 円/日
ご利用者の希望による特別な食事費用	実費
理美容代	実費
個人が希望して購入する日常の身の回り生活品	実費
教養娯楽として個人が使用するもの	実費
外部へのクリーニング代	実費
個人の日用品で嗜好による贅沢品	実費
個人の希望に応じ立替払いをした費用	実費
全く個人の希望に応じ施設が変わって購入する雑誌・新聞などの代金	実費

5. 料金表

地域密着型特別養護老人ホームひいらぎ 短期入所生活介護

要介護区分	介護サービス費 負担割合1割 (1日分)	介護サービス費 負担割合2割 (1日分)	介護サービス費 負担割合3割 (1日分)
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ口(17.6%)円/日		
	合計額 円/日		
要支援1 (529単位/日)	529	1,094	1,094
	94	193	193
	623	1,287	1,287
要支援2 (656単位/日)	656	1,348	2,022
	116	238	356
	772	1,586	2,378
要介護1 (704単位/日)	704	1,444	2,166
	124	255	382
	828	1,699	2,548
要介護2 (772単位/日)	772	1,580	2,370
	136	279	418
	908	1,859	2,788
要介護3 (847単位/日)	847	1,730	2,595
	150	305	457
	997	2,035	3,052
要介護4 (918単位/日)	918	1,872	2,808
	162	330	495
	1,080	2,202	3,303
要介護5 (987単位/日)	987	2,010	3,015
	174	354	531
	1,161	2,364	3,546

※端数切り上げて表示

※1単位を10円で計算

体制の整備状況により算定させていただく加算

種別	単位	介護職員等 処遇改善加算Ⅰ口
夜勤職員配置加算(Ⅳ)	20単位/日	4単位/日
サービス提供体制加算(Ⅱ)	18単位/日	4単位/日
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100単位/月	18単位/月



1割負担	2割負担	3割負担
24円/日	48円/日	72円/日
22円/日	44円/日	66円/日
118円/月	236円/月	354円/月

対象となる場合に算定させていただく加算

種別	単位	介護職員等 処遇改善加算Ⅰ口
送迎加算(片道)	184単位/回	33単位/回
療養食加算(1日3回まで)	8単位/回	2単位/回
若年性認知症受入加算	120単位/日	22単位/日



1割負担	2割負担	3割負担
217円/回	434円/回	651円/回
10円/回	20円/回	30円/回
142円/日	284円/日	426円/日

食費・居住費の費用 (単位:円)

負担区分	食費 朝:340円 昼:870円 夕:750円	居住費/日
第1段階	300	880
第2段階	600	880
第3段階①	1,030	1,370
第3段階②	1,360	1,470
第4段階	1,960	2,066

個人情報取扱同意書

社会福祉法人光仁会のサービス(地域密着型特別養護老人ホームひいらぎ短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護)の利用にあたり、以下に定める利用期間、利用目的、使用条件において、私、代理人及び家族の個人情報を必要範囲内で使用、提供又は収集することに同意します。

1. 利用期間

サービスの提供を受ける期間

2. 個人情報の利用目的

(利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的)

(ア) 施設内部での利用

- ① 施設がご利用者に提供する介護サービス
- ② 介護保険事務
- ③ 介護サービスの提供に係る施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・ 入退苑等の管理
 - ・ 会計、経理
 - ・ 介護事故、緊急時等の報告
 - ・ 当該ご利用者の介護・医療サービスの向上

(イ) 他の介護事業者等への情報提供を伴うもの

- ① 施設がご利用者に提供する介護サービスのうち
 - ・ 外部の医療機関、介護サービス事業者等との連携及び照会への回答
 - ・ ご利用者の診療等にあたり、外部の医師の意見・助言を求める場合
 - ・ その他の業務委託(医療事務、会計事務、給食、清掃、設備管理、送迎、理美容、廃棄物処理等の施設管理運営に関する業務の委託)
 - ・ ご家族へご利用者の心身の状況について説明する場合
- ② 介護保険事務のうち
 - ・ 審査支払機関へのレセプトの提出
 - ・ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ③ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届け出等

(上記以外の利用目的)

(ウ) 施設内部での利用

- ・ 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・ 介護実習生やボランティア等の教育に関わる指導及び協力
- ・ 同法人各事業において行われる介護サービスの質の向上を目的とした研究

(エ) 他の事業者等への情報提供を伴うもの

- ・ 外部監査機関、評価機関等への情報提供

3. 使用する条件

個人情報の提供は必要最低限の範囲内とし、サービス提供に関わる目的以外には利用しないこと。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、関係者以外の第三者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

令和 年 月 日

利用者

(住所)

(氏名)

印

利用者代理人

(住所)

(続柄)

(氏名)

印

家族の代表者

(住所)

(続柄)

(氏名)

印