

短期入所生活介護サービス

介護予防短期入所生活介護サービス重要事項説明書

（ 令和 年 月 日 現在 ）

1.利用者（被保険者）

要介護状態区分	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
要介護認定有効期間	令和 年 月 日から
認定審査会意見	

2.事業者

事業所の名称	社会福祉法人 誠光会
所在地	北九州市八幡東区藤見町3番1号
代表者氏名	長谷川 稔
電話番号	093-663-2030
FAX番号	093-663-2032

3.利用施設

事業所の名称	特別養護老人ホーム 長光園
所在地	福岡県直方市大字頓野 259-53
管理者氏名	井手上 稔弘
電話番号	0949-26-3625
FAX番号	0949-26-3626

4.事業の目的と運営方針等

(1) 事業目的

身体的または、精神的に障害があるために日常生活の大半において、介護が必要な高齢者の方を家族に代わって介護させていただきます。

(2) 運営方針

1. 入所者へのサービス向上
2. 職員の資質の向上
3. 地域福祉の増進

(3) サービスの特徴

利用者の有する能力、おかれている環境等の評価に基づき、自立した日常生活が送れるサービスを提供します。（実施地域・・・直方市、八幡西区）

5.ご利用施設で実施する事業

事業の種類		県知事の事業指定		定員	備考
		指定年月日	指定番号		
施設	特別養護老人ホーム	令和6年12月4日	福岡県4071701132号	80人	施設設置認可日 H18年12月4日
居宅	一般型通所介護	令和6年12月4日	福岡県4071701116号	35人	
	短期入所生活介護	令和6年12月4日	福岡県4071701124号	4人	
居宅介護支援事業		令和6年12月4日	福岡県 4071701090号		

6. 施設の概要

特別養護老人ホーム

敷 地		901.32 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造 陸屋根・亜鉛メッキ鋼板葺地下1階付2階建
	延べ床面積	2,267.87 m ² (特養)、415.28 m ² (デイ)、105.55 m ² (支援)
	利用定員	84人 (うち、短期入所4人)

(1) 居室

居室の種類	室数	面積
2人部屋	1室	18.0 m ²
4人部屋	18室	33.0 m ² / 室
6人部屋	1室	49.0 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	室数等	設備の種類	室数等
食 堂	1室	静養室	1室
機能訓練室	1室	医務室	1室
浴 室	一般浴槽、座位浴槽	介護職員室	4室
特 浴	臥位特殊浴槽	大ホール	1室
介護材料室	2室	霊安室	1室
娯楽室	1箇所	洗濯室	1室
厨房	1室	コーヒーコーナー	1室

7. 職員の勤務構成

職 種	員 数	業 務 内 容
施 設 長	1名	施設運営管理全般
生活相談員	1名以上	入所窓口・各相談受付
介 護 職 員	24名以上	介護業務全般
看 護 職 員	3名以上	健康、衛生管理
機能訓練指導員	1名以上	機能回復訓練
介護支援専門員	1名以上	ケアプランの作成
医 師	1名 (非常勤)	回診での早期発見
栄養士	1名以上	栄養管理・調理責任者
宿直員	1名以上	夜間の警備

8. 職員の勤務体制

職種	勤務体制
施設長	正規勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務
生活相談員	正規勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務
介護職員	早出 (7:15~16:15)、中出 (8:30~17:30) 遅出 (10:00~19:00)、夜勤 (17:00~10:00)

看護職員	早出（7：15～16：15）、中出（8：30～17：30） 遅出（9：30～18：30） 夜間帯については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。
機能訓練指導員	正規勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
介護支援専門員	正規勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
医師	水曜日 13：00～15：00 土曜日 14：00～17：00
栄養士	正規勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
宿直員	17:30～8:00

9.施設サービスの概要

（1）法定給付サービス

概 要	内 容
食 事	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。
排 泄	入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入 浴	年間を通じて週2回以上の入浴または、清拭を行います。
離床、着替え、整容等	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行なうよう配慮します。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容・口腔保清が行われるよう援助をします。 リネン交換は、週1回実施します。
機能訓練	機能訓練指導員による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。 当施設の保有するリハビリ器具 歩行器・ヘルストロン・マイクロ波・平行棒・滑車
健康管理	看護師による健康チェック、健康管理を行います（7:15～18:30）。 服薬管理は看護職員が責任を持って実施します。緊急時など必要な場合には主治医に責任を持って引き継ぎます。利用中に外部の医療機関に通院する場合は、その送迎についてできるだけ配慮します（送迎、介添えは原則としてご家族の方に対応していただきます）。 当施設の嘱託医 診療所：永松医院（直方市頓野十堂 1532 番地の1） 医師名：永松悠二 診療科：内科・胃腸科 診察日：毎週 水曜日 13:00～13:30 土曜日 14:00～17:00
相談及び援助	当施設は、入所及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行う様に努めます。 利用者の施設介護サービスが作成される間についても、当然利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活が送れるよう適切な各種介護サービスを提供します。
社会生活の便宜	当施設では、必要な教養娯楽設備を整える共に、施設での生活を実りあるものとするため、適宜、レクリエーション行事を企画します。 主な娯楽設備 クラブ活動（書道、製作、美容、園芸）、喫茶コーナー、カラオケプロジェクター 主なレクリエーション行事 夏祭り、運動会、敬老会、誕生会、クリスマス会、忘年会、買物、バスハイク、お花見、レストラン他

(2) その他

サービス提供記録の保管	介護報酬請求に関連する記録は、サービスの提供に対する保険給付の支払の日から5年間保管とし、その他の記録に関しては、その完結の日から2年間保管。
-------------	-------------------------------------------------------------------------

10. 利用者負担金

お支払い頂く利用者負担金は次のとおりです。

介護保険制度では要介護認定による要介護度及び利用者負担の割合により異なります。

(a) 介護サービス費

介護度（多床室）		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用料(10割)		4,510円	5,610円	6,030円	6,720円	7,450円	8,150円	8,840円
利用者負担金	1割	451円	561円	603円	672円	745円	815円	884円
	2割	902円	1,122円	1,206円	1,344円	1,490円	1,630円	1,768円
	3割	1,353円	1,683円	1,809円	2,016円	2,235円	2,445円	2,652円

(b) 介護保険の加算料金

介護保険加算	内容	加算額		
		1割	2割	3割
送迎（片道）	送迎をした場合に片道につき加算	184円/回	368円/回	552円/回
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	常勤換算方法による介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が60%以上	18円/日	36円/日	54円/日
夜勤職員配置加算（Ⅲ）	夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を1人以上上回っており、尚且つ夜勤時間帯を通して喀痰吸引等の実施が出来る職員を配置している。	15円/日	30円/日	45円/日
療養食加算	医師の食事せんに基づく療養食を提供した場合	8円/回	16円/日	24円/日
緊急短期入所受入加算	居宅サービス計画にない緊急生活介護を行った日から7日に限り加算	90円/日	180円/日	270円/日
機能訓練指導体制加算	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置。 理学療法士等である従業者を機能訓練指導員として常勤換算方法で利用者の数を100で外した数以上配置	12円/日	24円/日	36円/日
個別機能訓練体制加算	専従の機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等が1名以上配置。機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員などが共同して利用者の生活機能向上に資する個別機能訓練計画を作成。 個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供。 機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、計画的に利用している者に対しては、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、利用者又はその家族に対して、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行う。	56円/日	112円/日	168円/日
認知症行動・心理症状緊急加算対応加算	認知症日常生活自立度がⅢ以上であって、認知症行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であると医師が判断した者であること。 ※利用開始日から起算して7日を限度として算定可。	200円/日	400円/日	600円/日
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	(a)介護サービス費と(b)介護保険の加算料金を足した合計額の1000分の176に相当する額。			

※夜勤職員配置加算は、要支援者にはかかりません。

- ① サービスが介護保険の適用を受ける場合は、原則として利用者負担の割合に応じたサービス費をお支払いいただきます。
- ② サービスが介護保険の適用日数外を受ける場合は、原則として適用日数外分のサービス費は10割となります。
- ③ 災害等の特別な事情が無く保険料を滞納した場合は、滞納した期間に応じて「給付制限」を受けることとなります。

滞在費・食費（介護保険給付対象外）

* 滞在費（1日あたりの自己負担額）

* 食費（一食ごとの自己負担額）

滞在費・食費は、本人及び配偶者の所得、課税、資産状況に応じて支払額が異なります。利用者が介護保険負担限度額認定を受けているときは、その認定に基づく支払を受けるものとします。食費については、一食毎と介護保険負担限度額とを比較し低額を自己負担額とします。（単位：1日）

利用者負担段階	第4段階 (基準額)	第3段階②	第3段階①	第2段階	第1段階
多床室 (光熱水費)	915円	430円	430円	430円	0円
食 事	1,445円※	1,300円	1,000円	600円	300円

※基準額食費内訳 朝食：395円 昼食：530円 夕食：520円（計1,445円）

その他の費用

種 類	利 用 者 負 担 金
特別な食事	実費（利用者依頼の指定食事など）
特別な送迎	要した費用の実費
理容・美容	美容院による出張サービスをご利用いただけます。 <金額> カット…1,500円、パーマ…4,300円、毛染め…4,300円

(3) 利用者負担金のお支払い方法

原則として、自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落としします。）をお願いします。

〈その他のお支払い方法〉

事業者は、月の利用負担金の請求書を明確に付して翌月の20日までに利用者に請求し、利用者は、請求書到着月の25日までに次の方法によりお支払いをお願いします。

特別養護老人ホーム長光園の通帳に振込払い（振込手数料は振込者負担）

銀行名：福岡銀行 直方支店

口座番号：普通 No.1018335

口座名：(トクベツヨウコウロウジンホームチヨウクワン シツチヨウ イダガミシロ)

特別養護老人ホーム長光園 施設長 井手上稔弘

(4) 領収書の発行

利用者からお支払いを受けたときは、領収書を発行します。

11. キャンセル料

利用者の病状の急変、緊急やむを得ない事情が発生した以外で、利用予定者の都合によりサービスを中止する場合、利用者負担金の10%をキャンセル料として頂くことがあります。

12. 非常災害時の対策

非常時対応	別途定める「特別養護老人ホーム長光園 消防計画」にのっとり対応			
近隣との協力関係	町内会と近隣防災計画協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「特別養護老人ホーム長光園 消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所の方にも参加して実施しています。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	有	防火扉・シャッター	2箇所
	避難用スロープ	有	屋内消火栓	有
	自動火災報知器	有	非常通報装置	有
	誘導灯	有	漏電火災報知器	無
	ガス漏れ報知器	有	非常用電源	有
	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	消防署への提出：年2回 防火管理者：井手上稔弘			

13. 協力医療機関

名称	独立行政法人地域医療機能推進機構 福岡ゆたか中央病院	
所在地	直方市感田 523 番地 5 (Tel0949-26-2311)	
名称	社会保険 直方病院	
所在地	直方市大字須崎町 1 番 1 号 (Tel0949-22-1215)	
名称	医療法人直心会 西田病院	
所在地	直方市大字永満寺 1347 番地 (Tel0949-24-5139)	
名称	穂波ひまわり歯科医院	
所在地	飯塚市枝国長浦 666-48 (Tel0948-26-1240)	

14. 相談窓口、苦情対応

★サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

当施設ご利用相談室	苦情担当責任者：井手上稔弘 窓口担当者：生活相談員 吉田・有田、介護支援専門員 原裕人 ご利用時間：午前9時～午後5時 ご利用方法：電話 0949(26)3625、FAX 0949(26)3626、来園 苦情箱（施設内1階エレベーター前に設置）
苦情処理第三者委員会	草原祐雄氏 Tel0949-26-0318 岩熊邦男氏 Tel0949-24-1145

★公的機関においても、次の機関において苦情申出ができます。

直方市役所 健康長寿課 介護保険サービス係	所在地：直方市殿町 7-1 電話番号：0949(25)2390 FAX：0949(24)7320
北九州市八幡西区役所 保健福祉課	所在地：八幡西区黒崎三丁目 15 番 3 号 コムシティ 5 階 電話番号：093(642)1441 FAX：093(621)0862

福岡県 国民健康保険団体連合会 (国保連)	所在地：福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号 電話番号：092 (642) 7859 FAX 番号：092 (642) 7856
福岡県運営適正化委員会 (福岡県社協)	所在地：春日市原町 3-1-7 クローバープラザ 4 階 (東棟) 電話番号：092 (915) 3511 FAX 番号：092 (584) 3790

★成年後見制度については、次の機関において相談ができます。

直方市役所 健康長寿課 高齢者支援係	所在地：直方市殿町 7-1 電話番号：0949(25)2391 FAX：0949(24)7320
-----------------------	-----------------------------------------------------

★日常生活自立支援については、次の機関において相談ができます。

直方市社会福祉協議会 (直方市社協)	所在地：直方市津田町 7-35 電話番号：0949(23)2551 FAX：0949(23)2552
-----------------------	-------------------------------------------------------

15.衛生保持

利用者は、生活環境の保全のため、事業所内の清潔、整頓、その他環境衛生の保持にご協力頂きます。

16.禁止行為

利用者は、事業所で次の行為をしてはいけません。

- 一 宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、又は自己の利益のために他人の自由を侵すこと。
- 二 けんか、口論、泥酔などで他の利用者等に迷惑を及ぼすこと。
- 三 事業所の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
- 四 指定した場所以外で火気を用いること。
- 五 故意に事業所もしくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと。

17.事故発生時の対応

万が一、ご利用者が施設利用中に事故が発生した場合は、縣市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。そのために緊急時の連絡先を担当者にお伝え下さい。

18.損害賠償責任保険

保 険 会 社	保 険 内 容
あいおいニッセイ同和損害保険(株)	賠償責任保険
三井住友海上火災保険	傷 害 保 険

19.提供するサービスの第三者評価

第三者評価実施の有無 (無)

19.虐待防止について

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じるものとします。

- ① 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会 (テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。) を定期的に関催するとともに、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ります。
- ② 事業所における虐待の防止のための指針を整備します。

- ③ 事業所において、介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。

20.ハラスメントについて

事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

21.業務継続計画(BCP)の策定について

感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続してサービスの提供を受けられるよう、事業継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施します。

令和 年 月 日

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

〈事業者〉所在地 福岡県直方市大字頓野 259-53
社会福祉法人 誠 光 会
事業所名 特別養護老人ホーム 長 光 園
代表者名 施設長 井 手 上 稔 弘 印
(指定番号 4 0 7 1 7 0 1 1 2 4 号)
〈説明者〉所属 特別養護老人ホーム 長 光 園
氏名 吉 田 か お り 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスについて重要な説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の一部となることについても同意します。

〈利用者〉
所在地 _____
氏名 _____ 印
〈ご家族〉
所在地 _____
氏名 _____ 印
続柄 (利用者との関係) _____