

(介護予防)短期入所生活介護サービス重要事項説明書  
(併設型空床型小規模生活単位型短期入所生活介護)

令和6年4月介護報酬改正準拠

<令和 年 月 日現在>

1 利用者 (被保険者)

|           |                          |
|-----------|--------------------------|
| 要介護認定区分   |                          |
| 要介護認定有効期間 | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで |
| 認定審査会意見   |                          |

2 事業者(本社)概要

|        |                  |
|--------|------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 風花会       |
| 法人の住所  | 北九州市小倉北区江南町2番20号 |
| 法人の種別  | 社会福祉法人           |
| 代表者氏名  | 理事長 新田 昭仁        |
| 電話番号   | 093-951-4165     |

3 ご利用施設

|           |                  |
|-----------|------------------|
| 施設の名称     | 特別養護老人ホーム かざはな園  |
| 施設の所在地    | 北九州市小倉北区江南町2番20号 |
| 施設長名      | 藤井 祐介            |
| 電話番号      | 093-951-4165     |
| FAX番号     | 093-951-4169     |
| 通常の事業実施地域 | 北九州市             |

4 事業の目的と運営方針等

(1) 事業の目的

介護保険法の理念に基づいて、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図り、可能な限り自己の生活している居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように、利用者短期間入所してもらい、入浴、排泄、食事などの介護や日常生活上の世話及び機能訓練を行う事を目的とします。

(2) 運営方針

法の基本理念に基づき、利用者の処遇に万全を期するものとします。

(3) サービスの特徴

全室個室で共同生活空間を設け、小規模生活単位型で、利用者が安全で自立した日常生活を営むことができるよう支援します。(ユニットケア)

5 ご利用施設で実施する事業

| 事業の種類 |                | 県知事の事業者指定 |            | 定員  | 備考     |
|-------|----------------|-----------|------------|-----|--------|
|       |                | 指定年月日     | 指定番号       |     |        |
| 施設    | 特別養護老人ホーム      | 平成15年4月1日 | 4070401544 | 70名 | ユニットケア |
| 居宅    | (介護予防)短期入所生活介護 | 平成15年4月1日 | 4070401544 | 10名 | ユニットケア |

6 施設の概要

(1) 敷地及び建物

| 敷地 |      | 1,645.22 m <sup>2</sup> |
|----|------|-------------------------|
| 建物 | 構造   | 鉄筋コンクリート造 陸屋根地下1階付6階建   |
|    | 延べ面積 | 4,192.14 m <sup>2</sup> |
|    | 利用定員 | 特養 70名 ショートステイ 10名      |

(2) 居室

| 居室の種類 | 室数  | 面積                    | 一人当たりの面積            |
|-------|-----|-----------------------|---------------------|
| 全室個室  | 10室 | 172.15 m <sup>2</sup> | 17.2 m <sup>2</sup> |

7 職員体制 (主たる職員)

| 職種      | 員数 | 区分 |    |     |    | 常勤換算後の人員 | 事業者の指定基準 | 保有資格              |
|---------|----|----|----|-----|----|----------|----------|-------------------|
|         |    | 常勤 |    | 非常勤 |    |          |          |                   |
|         |    | 専従 | 兼任 | 専従  | 兼任 |          |          |                   |
| 施設長     | 1  | 1  |    |     |    | 1        | 1        |                   |
| 生活相談員   | 5  | 1  | 4  |     |    | 4        | 1        | 社会福祉士 2名          |
| 介護職員    | 38 | 27 |    | 9   |    | 35.6     | 23       | 介護福祉士 26名         |
| 看護職員    | 6  | 4  | 1  | 1   |    | 5.8      | 3以上      | 看護師 2名<br>準看護師 4名 |
| 機能訓練指導員 | 1  |    | 1  |     |    | 1        | 1以上      | 看護師 1名            |
| 介護支援専門員 | 4  | 2  | 2  |     |    | 3        | 1以上      | 介護支援専門員           |
| 管理栄養士   | 2  | 2  |    |     |    | 2        | 1        | 管理栄養士 2名          |

## 8 職員の勤務体制

| 職 種     | 勤 務 内 容   | 休 暇           |
|---------|---|---------------|
| 施 設 長   | 正規の勤務時間帯（8：30～17：30）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    | ①（7：30～16：30）②（8：00～17：00）③（10：00～19：00）<br>④（10：30～19：30）⑤（11：00～20：00）⑥（17：00～9：30）<br>昼間（7：30～17：30）は、1ユニット職員1名以上で入所者をお世話します。夜間は（17：00～9：30）は、2ユニットに1名の職員で入所者のお世話をします。 | 原則として<br>4週8休 |
| 看護職員    | 正規の勤務時間帯（8：00～19：00）原則として3名体制で勤務します。①（8：00～17：00）②（10：00～19：00）   | 原則として<br>4週8休 |
| 機能訓練指導員 | 看護職員が兼務します。   |               |
| 介護支援専門員 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務します。   | 4週8休          |
| 管理栄養士   | 正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務します。   | 4週8休          |

※ 上記の職員数は、常勤あるいは常勤換算をしたものです。

## 9 サービスの内容

### (1) 法定給付サービス

| 種 類            | 内 容   |
|----------------|---|
| 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、排泄の自立に付いても適切な援助を行います。  |
| 入 浴            | ・年間を通じて週2回以上の入浴又は清拭を行います。<br>・寝たきり等で座位の取れない方は、機械を用いての入浴も可能です。   |
| 離床・着替え・<br>整容等 | ・寝たきりの防止の為、出来る限り離床に配慮します。<br>・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行う様配慮します。<br>・個人としての尊厳を配慮し、適切な整容が行われる様援助します。<br>・シーツ交換は、原則として週1回行ないます。汚れのひどい時は、その都度交換します。 |
| 機能訓練           | ・看護職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努めます。<br>・当施設の保有するリハビリ器具<br>歩行器 6機、平行棒 1機、車椅子 46機  |

|          |   |
|----------|---|
| 相談及び援助   | <ul style="list-style-type: none"> <li>当施設は、入所者及びその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様努めます。<br/>(相談窓口) 生活相談員 石橋 慶一郎<br/>生活相談員 田中 浩子<br/>生活相談員 佐土原 聖美<br/>生活相談員 山村 茉莉<br/>生活相談員 畑 智恵美<br/>生活相談員 柴田 晶子</li> <li>利用者の施設サービスが作成されるまでの間についても、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様に適切な各種介護サービスを提供します。</li> </ul> |
| 社会生活上の便宜 | <ul style="list-style-type: none"> <li>当施設では、必要な教養娯楽設備を備えると共に、施設内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。</li> <li>主な娯楽設備 地域交流センターにおける映写、カラオケ設備等</li> </ul>   |

(2) その他

|                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| サービス提供記録の保管期間   | この契約の終了後 5 年間保管します。      |
| サービス提供記録の閲覧時間   | 毎日午前 10 時から午後 5 時まで      |
| サービス提供記録の複写物の交付 | 複写に際しては、実費相当額をご負担いただきます。 |

10 利用者負担金

(1) お支払いいただく利用者負担金は次のとおりです。(法定給付サービス)

|                          |       | 算定根拠         |       | サービス費<br>(10割) | 利用者負担金<br>(円) |
|--------------------------|-------|--------------|-------|----------------|---------------|
|                          |       | (単 価)        |       |                |               |
|                          |       | 単 位          | 単 価   |                |               |
| 生活介護サービスⅠ<br>併設ユニット型短期入所 | 要支援 1 | 5 2 9        | 10.17 | 5, 3 7 9円      | 約 5 3 8円      |
|                          | 要支援 2 | 6 5 6        | 10.17 | 6, 6 7 1円      | 約 6 6 8円      |
|                          | 要介護 1 | 7 0 4        | 10.17 | 7, 1 5 9円      | 約 7 1 6円      |
|                          | 要介護 2 | 7 7 2        | 10.17 | 7, 8 5 1円      | 約 7 8 6円      |
|                          | 要介護 3 | 8 4 7        | 10.17 | 8, 6 1 3円      | 約 8 6 2円      |
|                          | 要介護 4 | 9 1 8        | 10.17 | 9, 3 3 6円      | 約 9 3 4円      |
|                          | 要介護 5 | 9 8 7        | 10.17 | 1 0, 0 3 7円    | 約 1, 0 0 4円   |
| 送迎加算 (片道に付)              |       | 1 8 4        | 10.17 | 1, 8 7 1円      | 約 1 8 8円      |
| サービス提供体制加算               |       | 1 8          | 10.17 | 1 8 3円         | 約 1 9円        |
| 夜勤職員配置加算                 |       | 1 8          | 10.17 | 1 8 3円         | 約 1 9円        |
| 介護職員処遇改善加算               |       | 各加算の累計の 8.3% |       |                |               |
| 介護職員等特定処遇改善加算            |       | 各加算の累計の 2.7% |       |                |               |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算         |       | 各加算の累計の 1.6% |       |                |               |

|                  |        |       |         |
|------------------|--------|-------|---------|
| 療養食加算            | 6単位(食) |       | 約 7円    |
| 認知症専門ケア加算(I)(II) | 3・4    | 10.17 | 約 3円・4円 |
| 若年性認知症利用者受入加算    | 120    | 10.17 | 約 122円  |

- ① サービスが介護保険の適用を受ける場合は、原則としてサービス費の1割をお支払いいただきます。※2割3割負担の方の利用者負担金は、概ね2倍3倍となります。
- ② 保険料の滞納などにより、上記「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額（10割）をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。
- ③ 認知症専門ケア加算(I)(II)につきましては、認知症自立度がⅢ以上の方が対象となります。

(法定給付外サービス)

| 種 類                   | 利 用 者 負 担 金  |  |
|-----------------------|--|--|
| 特別な送迎費                | 送迎に要する費用の実費  |  |
| 食 材 費                 | 1日 1,445円<br>(内訳) 朝食349円 昼食(おやつ含む)577円 夕食519円  |  |
| 理 容 費                 | 理 容 1回 実費  |  |
| 日常生活に要する費用で本人の負担となるもの | <ul style="list-style-type: none"> <li>・テレビ代金(ご希望の方のみ) 1日 110円</li> <li>・電気代(ご希望の方のみ) 1品目1日 60円</li> <li>・要した費用の実費</li> <li>日常生活品の購入代金(入所者の希望で施設が提供する物)</li> <li>買物等外出での職員の付添(交通費、入場料)</li> <li>職員付添費用は別途必要 実費(職員分を含む)</li> <li>レクリエーション費用</li> <li>クラブ活動費用(教養娯楽費)等</li> <li>・立替金管理費 500円(月額)</li> </ul> |  |

【 居住費(部屋代) 】

|                |     |        |
|----------------|-----|--------|
| 1日あたりの居住費(部屋代) | 日 額 | 2,006円 |
|----------------|-----|--------|

- ※ 居住費(部屋代)は、利用者負担金及び法定給付外サービス費とともに、請求書にその明細を記載し、請求いたします。
- ※ 上記の金額は、1日の基準費用額として、ご利用日数に応じてご利用開始日より退所される当日までの居住費をお支払いいただきます。

## 【 食 費 】

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 1日あたりの食費 | 日 額   | 1, 4 4 5 円 |
|          | (内訳) 朝食 (8 : 00)                                    | 3 4 9 円    |
|          | 昼食 (12 : 00)  | 5 7 7 円    |
|          | (おやつ含む)   |            |
|          | 夕食 (17 : 30)  | 5 1 9 円    |
|          | ・ 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ーに富んだ食事を提供します。 |            |
|          | ・ 食事はできるだけ離床して食堂で食べて頂ける様に配慮します。                     |            |

- ※ 食費は、利用者負担金及び法定給付外サービス費とともに、請求書にその明細を記載し、請求いたします。
- ※ 上記金額は、1日の基準費用額として、喫食数に応じて食費をお支払いいただきます。
- ※ 食事のキャンセルは前日の午後1時を締切りとし、締切り後は料金が発生します。

### (2) 利用者負担金のお支払方法

事業者は、当月利用者負担金の請求書に明細を付して、翌月15日までに利用者に対して請求し、利用者は、翌月25日までに次のいずれかの方法により支払います。  
 ※原則自動口座引き落としとします。振込支払いの際は事前に申し付けください。

### (3) 事業者は、利用者から利用者負担金の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

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。  
 ただし、利用者の病状の急変など、緊急止むを得ない事情がある場合は不要です。

|                       |             |
|-----------------------|-------------|
| 利用日の2営業日前までに連絡があった場合  | 無 料         |
| 利用日の1営業日前までに連絡があった場合  | 利用者負担金の 20% |
| 利用日の1営業日前までに連絡がなかった場合 | 利用者負担金の 50% |

キャンセルが必要になった時は至急ご連絡ください。

|       |   |
|-------|---|
| 連 絡 先 | 北九州市小倉北区江南町2番20号<br>特別養護老人ホーム かざはな園<br>093-951-4165 |
|-------|---|

## 12 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かざはな園消防計画」にのっとり対応を行ないます。                           |      |           |      |
| 非常時の訓練等<br>防火設備 | 別途定める「特別養護老人ホームかざはな園消防計画」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者の方も参加して実施します。 |      |           |      |
|                 | 設 備 の 名 称   | 個数等  | 設 備 の 名 称 | 個数等  |
|                 | スプリンクラー   | あり   | 防火扉・シャッター | 88箇所 |
|                 | 避 難 階 段   | 1箇所  | 屋 内 消 火 栓 | あり   |
|                 | 自動火災報知器   | あり   | 非常通報装置    | あり   |
|                 | 誘 導 灯   | 73箇所 | 漏電火災報器    | あり   |
|                 | ガス漏れ報知器   | 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23年8月10日<br>防火管理者 : 石橋 慶一郎                           |      |           |      |

## 13 事故発生時の対応

- ① 施設は、入所者に対する指定短期入所生活介護の提供により事故が発生した場合、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。
- ② 施設は、事故の状況及び事故に際して採った処置について、記録をいたします。
- ③ 施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により、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なうものとします。  
ただし、事業者が故意過失がなかった事を証明した場合は、この限りではありません。

## 14 協力医療機関

|         |                      |
|---------|----------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人太白会 シーサイド病院      |
| 医 師 名   | 延谷 英三朗               |
| 所 在 地   | 山口県宇部市大字東岐波字丸尾4322-1 |
| 電 話 番 号 | 0836-58-5360         |
| 診 療 科 目 | 内科・呼吸器科・アレルギー科・循環器内科 |

|         |   |
|---------|---|
| 医療機関の名称 | シーサイド病院<br>山口県宇部市東岐波 4 3 2 2 - 1<br>0 8 3 6 - 5 8 - 2 3 6 0         |
| 医療機関の名称 | さがら内科クリニック<br>北九州市小倉北区大畠 3 - 3 - 5 0 - 1<br>0 9 3 - 5 1 2 - 5 0 6 8 |
| 医療機関の名称 | 新小文字病院<br>北九州市門司区大里新町 2 - 5<br>0 9 3 - 3 9 1 - 1 0 0 1              |
| 医療機関の名称 | 北九州総合病院<br>北九州市小倉北区東城野町 1 - 1<br>0 9 3 - 9 2 1 - 0 5 6 0            |
| 医療機関の名称 | 健和会 大手町病院<br>北九州市小倉北区大手町 1 5 - 1<br>0 9 3 - 5 9 2 - 5 5 1 1         |
| 医療機関の名称 | 戸畑総合病院<br>北九州市戸畑区福柳木 1 - 3 - 3 3<br>0 9 3 - 8 7 1 - 2 7 6 0         |
| 医療機関の名称 | 北九州中央病院<br>北九州市小倉北区香春口 1 - 1 3 - 1<br>0 9 3 - 9 3 1 - 1 0 8 5       |
| 医療機関の名称 | 北九州小倉病院<br>北九州市小倉北区上富野 3 - 1 9 - 1<br>0 9 3 - 5 1 1 - 7 3 8 1       |
| 医療機関の名称 | 北九州湯川病院<br>北九州市小倉南区湯川 5 - 1 0 - 1 0<br>0 9 3 - 9 2 3 - 8 8 3 3      |

## 15 協力歯科医療機関

|         |                                      |
|---------|--------------------------------------|
| 名 称     | 小倉デンタルクリニック                          |
| 院 長 名   | 中村 英生                                |
| 所 在 地   | 北九州市小倉北区香春口 2 - 1 0 - 8 足立興産ビル 1 0 2 |
| 電 話 番 号 | 0 9 3 - 9 3 2 - 1 7 1 8              |



## 16 相談窓口 ・ 苦情相談

- ★ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

|                |       |  |
|----------------|-------|--|
| 当事業所<br>ご利用相談室 | 窓口担当者 | 石橋 慶一郎 (生活相談員)<br>田中 浩子 (生活相談員)<br>山村 茉莉 (生活相談員) |
|                | ご利用時間 | 毎日午前9時～午後5時                                      |
|                | ご利用方法 | 電話 093-951-4165<br>面談 電話連絡後にお願い致します              |
|                | 苦情投書箱 | かざはな園1階エレベータ前に設置                                 |

- ★ 公的機関においても、次の機関にて苦情申し出ができます。

|                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| 保健福祉課<br>介護保険担当          | 小倉北区役所   | 所在地 北九州市小倉北区大手町1番1号<br>電話番号 093-582-3433    |
|                          | 小倉南区役所   | 所在地 北九州市小倉南区若園5丁目<br>電話番号 093-951-4111      |
|                          | 門司区役所  | 所在地 北九州市門司区清滝1丁目1番1号<br>電話番号 093-331-1881   |
|                          | 若松区役所  | 所在地 北九州市若松区浜町1丁目1番1号<br>電話番号 093-761-5321   |
|                          | 八幡東区役所   | 所在地 北九州市八幡東区中央町1丁目1番1号<br>電話番号 093-671-0801 |
|                          | 八幡西区役所   | 所在地 北九州市八幡西区3丁目15番3号<br>電話番号 093-642-1441   |
|                          | 戸畑区役所  | 所在地 北九州市戸畑区千防1丁目1番1号<br>電話番号 093-871-1501   |
| 福岡県国民健康保険<br>団体連合会 (国保連) | 所在地 福岡県博多区吉塚本町13-47<br>電話番号 092-642-7859<br>FAX 番号 092-642-7856<br>対応時間 平日午前8時30分～午後5時 |   |
| 福岡県<br>運営適正化委員会          | 所在地 春日市原町3-1-7クローバプラザ4階<br>電話番号 092-915-3511<br>対応時間 火曜～日曜 午前9時～午後5時30分                |   |

## 17 損害賠償責任保険

|         |                |
|---------|----------------|
| 保 険 会 社 | 日本興亜損害保険株式会社   |
| 保 険 内 容 | 社会福祉施設総合賠償責任保険 |

## 18 当施設ご利用の際に留意いただく事項

|             |   |
|-------------|---|
| 来訪・面会       | <p>来訪者は、面会時間（8：30～19：00）を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。</p> <p>受付窓口に専用の記入簿が常備してありますので、それにご記入ください。</p> <p>来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。</p> |
| 外 出         | <p>外出の際には、必ず行き先と帰園時間を職員に申し出てください。</p> <p>事前に所定の用紙（外出届出書）へご記入をお願いします。</p>  |
| 居室・設備・器具の利用 | <p>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ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合は賠償して頂くことがございます。</p>  |
| 喫煙・飲酒       | <p>喫煙は決められた場所以外ではお断りいたします。</p> <p>酒類は詰所でお預かりさせていただきます。</p>  |
| 迷惑行為等       | <p>騒音等他入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。</p> <p>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。</p>  |
| 所持品の管理      | <p>介護・看護職員が管理いたします。</p>   |
| 現金等の管理      | <p>保安上の観点から原則持ち込みはご遠慮頂いております。</p> <p>購入する物については、こちらで一度立替行い請求書に合算して請求させていただきます。その際は立替金管理料として¥500を別途頂戴いたします。</p>                  |
| 宗教活動・政治活動   | <p>施設内で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。</p>   |
| 動物飼育        | <p>施設内へペットの持ち込み及び飼育はお断りいたします。</p>   |

## 19 第三者評価の実施の有無

未実施

令和 年 月 日

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の説明をいたしました。

<事業者>

所在地 北九州市小倉北区江南町2番20号

事業署名 社会福祉法人 風花会

代表者名 理事長 新田 昭仁

(指定事業者番号 4070401544)

<説明者>

所属 特別養護老人ホーム かざはな園

氏名

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サービスについて  
重要事項の説明を受けました。

<利用者>

住所

氏名

<利用者代理人（選任した場合）>

住所

氏名