

令和7年5月1日適用

社会福祉法人 學正会

第二おやさと

《指定短期入所生活介護》
《指定介護予防短期入所生活介護》

【重要事項説明書】

当施設は介護保険の指定を受けています。

(福岡県指定 第4072000187号)

◆◆目 次◆◆

1. 施設経営法人	2
2. ご利用施設	2
3. 居室の概要	3
4. 職員の配置状況	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	5
6. 苦情の受付について	10
7. サービス提供における事業者の義務	11
8. 施設利用の留意事項	12
9. 第三者評価の受審について	12

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 学正会
(2) 法人所在地 福岡県柳川市金納 425-1
(3) 電話番号 0944-74-3075
(4) 代表者氏名 理事長 金納 理一
(5) 設立年月 昭和 40 年 11 月 1 日

2. 利用施設

- (1) 施設の種類 指定短期入所生活介護
平成 12 年 4 月 1 日 福岡県指定 4072000187 号

- (2) 施設の概要
①建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上 3 階建
②建物の延べ床面積 2310 m²
③敷地面積 2537.12 m²

(3) 施設の目的

施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を展望し、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようすることを目指すものとする。

- (4) 施設の名称 特別養護老人ホーム 第二おやさと

- (5) 施設の所在地 福岡県柳川市東蒲池 225

- (6) 電話番号 0944-75-1888
FAX番号 0944-75-1889

- (7) 施設長氏名 田中 茂

(8) 当施設の運営方針

施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常にその人の立場に立って指定介護福祉施設サービスを提供するように努める。施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、他の介護保険施設その他の保険医療サービス、または福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

- (9) 開設年月 平成 12 年 3 月 1 日

- (10) 入所定員 ショートステイ 20 名

3. 居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として4人部屋ですが、個室など他の種類の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	6室	
2人部屋	8室	
4人部屋	12室	
合計	26室	
食堂・機能訓練室	1室	
デイルーム	2室	
浴室	1室	特殊浴槽
医務室	1室	

※ 上記は、厚生省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられる施設・設備です。

- 居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定短期入所サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。(指定介護福祉施設サービス兼務)

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	人員
1. 施設長(管理者)	1名
2. 事務員	2名
3. 介護支援専門員	1名
4. 生活相談員	2名
5. 介護職員	25名以上
6. 看護職員	4名以上
7. 機能訓練指導員(看護職員兼務の場合有)	1名
8. 管理栄養士	1名
9. 栄養士	1名
10. 調理員	4名以上
12. 医師(嘱託医)	1名

〈配置職員の職種〉

介護職員……ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

3名の利用者に対して1名以上の介護職員を配置しています。

生活相談員……ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

1名の生活相談員を配置しています。

看護職員……主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしていますが、日常生活上の介護、介助等も行います。看護主任は服薬管理責任者と医療に関する緊急時の責任者を兼務します。

夜間は24時間のオンコール体制で対応します。

3名以上の看護職員を配置しています。

介護支援専門員……ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。

1名の介護支援専門員を配置しています。

機能訓練指導員……ご契約者の機能訓練を担当します。

1名の機能訓練指導員を配置しています。

(※看護職員の兼務の場合あり)

医師……ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

1名の医師を配置しています。

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務時間
施設長	
生活相談員	① 8:00～17:00 ② 9:00～18:00
介護支援専門員	
管理栄養士	
栄養士	
介護職員	① 8:00～17:00
	② 9:00～18:00
	③夜勤 16:30～翌9:30
看護職員	① 8:00～17:00
	② 9:00～18:00
機能訓練指導員 (看護職員兼務の場合有)	① 8:00～17:00
調理員	① 6:00～15:00
	② 9:00～18:00
嘱託医	毎週火 12:45～13:45

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常 9 割～7 割）が介護保険から給付されます。

①食事支援（食費については利用者の方の収入に応じての負担額となります。7 ページ参照）

- 当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。（刻み食・ソフト食等）
- ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としていますが、希望により居室・2 階・3 階等でも食事をとっていただく事が出来ます。
- 食事時間について下記のとおりですが、利用者の方の希望により時間を前後する事ができます。

（食事時間）

朝食 8:00～ 昼食 11:30～ 夕食 17:00～

②口腔ケア

- 毎食後の歯磨き・うがいの援助を行います。

③入浴

- 入浴または清拭を週 2 回行います。
- 寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

④排泄

- 排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤機能訓練

- ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑥健康管理

- 医師や看護職員が健康管理を行います。

⑦その他自立への支援

- 寝たきり防止のため、でき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うよう配慮します。
- 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

⑧サービス利用料金

ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から、介護保険給付費額を除いた自己負担額と食費・居住費の合計金額をお支払い下さい。(サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

■ 短期入所生活介護サービス利用料金

(※下記のサービス利用料金は、介護保険法改正及び介護報酬改定に変更がある場合は、料金の変更があります。)

※多床室・従来型個室ともに同じ自己負担額です

<1日あたり>※1割負担の場合

要介護度区分	介護サービス費	介護保険給付額	自己負担額
要介護度1	6, 030円	5, 427円	603円
要介護度2	6, 720円	6, 048円	672円
要介護度3	7, 450円	6, 705円	745円
要介護度4	8, 150円	7, 335円	815円
要介護度5	8, 840円	7, 956円	884円

<1日あたり>※2割負担の場合

要介護度区分	介護サービス費	介護保険給付額	自己負担額
要介護度1	6, 030円	4, 824円	1, 206円
要介護度2	6, 720円	5, 376円	1, 344円
要介護度3	7, 450円	5, 960円	1, 490円
要介護度4	8, 150円	6, 520円	1, 630円
要介護度5	8, 840円	7, 072円	1, 768円

<1日あたり>※3割負担の場合

要介護度区分	介護サービス費	介護保険給付額	自己負担額
要介護度1	6, 030円	4, 221円	1, 809円
要介護度2	6, 720円	4, 704円	2, 016円
要介護度3	7, 450円	5, 215円	2, 235円
要介護度4	8, 150円	5, 705円	2, 445円
要介護度5	8, 840円	6, 188円	2, 652円

■介護予防短期入所生活介護サービス利用料金

(※下記のサービス利用料金は、介護保険法改正及び介護報酬改定に変更がある場合は、料金の変更があります。) ※多床室・従来型個室ともに同じ自己負担額です

◆<1日あたり>※1割負担の場合

要介護度区分	介護サービス費	介護保険給付額	自己負担額
要支援1	4,510円	4,014円	451円
要支援2	5,610円	4,995円	561円

◆<1日あたり>※2割負担の場合

要介護度区分	介護サービス費	介護保険給付額	自己負担額
要支援1	4,510円	3,568円	902円
要支援2	5,610円	4,440円	1,122円

◆<1日あたり>※3割負担の場合

要介護度区分	介護サービス費	介護保険給付額	自己負担額
要支援1	4,510円	3,122円	1,353円
要支援2	5,610円	3,885円	1,683円

■その他の介護給付サービス加算（該当した場合に下記の金額が加算されます）

(※下記のサービス加算料金は、職員体制の変更、介護保険法改正及び介護報酬改定に変更がある場合は、料金の変更があります。) 現在は下記の○印を算定しています。

<1日当たり>

NO	加 算	金 額	基 準	加算の有無
1	看護体制加算（Ⅰ） (介護予防短期入所は算定しません)	4円 (8円・12円)	常勤の看護師を1名配置している場合	
2	看護体制加算（Ⅱ） (介護予防短期入所は算定しません)	8円 (16円・24円)	基準を上回る看護職員を配置しており、看護職員と24時間の連絡体制を確保している場合	
3	看護体制加算（Ⅲ）イ (介護予防短期入所は算定しません)	12円 (24円・36円)	常勤の看護師を1名配置し、要介護度3以上の利用者の割合が7割以上の場合	
4	看護体制加算（Ⅳ）イ (介護予防短期入所は算定しません)	23円 (46円・69円)	基準を上回る看護職員を配置しており、要介護度3以上の利用者の割合が7割以上の場合	
5	夜勤職員配置加算（Ⅰ） (介護予防短期入所は算定しません)	13円 (26円・39円)	夜勤を行う職員の数が基準を上回っている場合	○
6	サービス提供体制加算Ⅰ	22円 (44円・66円)	介護福祉士の資格を有する職員が、基準以上配置されている場合	
7	サービス提供体制加算Ⅱ	18円 (36円・54円)	介護福祉士の資格を有する職員が、基準以上配置されている場合	○
8	サービス提供体制加算Ⅲ	6円 (12円・18円)	常勤の介護職員が基準以上配置されている場合	
9	個別機能訓練加算	56円 (112円・168円)	常勤の機能訓練指導員を配置し、基準の機能訓練を行った場合	
10	送迎加算（片道）	184円 (368円・552円)	利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる場合	対象者のみ
11	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3円 (6円・9円)	認知症ケアに関する専門研修を修了した職員を基準以上配置し、認知症ケア推進の為の体制を整えている場合	
12	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4円 (8円・12円)	(Ⅰ)の条件を満たし、更に専門的な認知症に関する研修を修了した職員を配置し、認知症ケア推進の為の体制を整えている場合	
13	緊急短期入所受入加算	90円 (180円・270円)	利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が、緊急に短期入所生活介護を受けることが必要と認めた場合。最大10日間	対象者のみ

14	短期生活生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100円（200円・300円） (1ヶ月当り)	加算（Ⅱ）の要件を満たしている テクノロジー機器を複数導入している 介護職員が介護に集中できる時間帯を設けること や介護助手の活用などにより、役割分担を行う	
15	短期生活生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10円（20円・30円） (1ヶ月当り)	委員会の開催や安全対策を実施する 1つ以上のテクノロジー機器を導入する 生産性向上ガイドラインにもとづいた業務改善 事業年度ごとに実績データを厚生労働省に提出	○
	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	7ページの要介護度の自己 負担額及び加算によって 変更が有ります	7ページの要介護度自己負担額及び上記のサービ ス加算の 1~13まで算定した額との合計金額の14.0%を乗 じた金額	○

■ 食費・居住費

※所得の低い利用者には食費・居住費の負担が低く抑えられています。

利用者負担段階	主な対象者	預貯金額
第1段階	生活保護受給者 世帯（世帯を分離している配偶者含む。以下同じ） 全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	要件無し 単身 1,000万円 夫婦 2,000万円
第2段階	本人及び世帯全員が住民税非課税で、 合計所得金額十年金収入額が80万円以下の方	単身 650万円 夫婦 1,650万円
第3段階①	本人及び世帯全員が住民税非課税で、 合計所得金額十年金収入額が80万円超120万円以下の方	単身 550万円 夫婦 1,550万円
第3段階②	本人及び世帯全員が住民税非課税で、 合計所得金額十年金収入額が120万円超の方	単身 500万円 夫婦 1,500万円
第4段階	世帯に課税者がいる方・市町村民税本人課税者	



	食費	多床室居住費	従来型個室
第1段階	300円	0円	380円
第2段階	600円	430円	480円
第3段階①	1,000円	430円	880円
第3段階②	1,300円	430円	880円
第4段階	1,445円	915円	1,231円

※契約者まだ要介護度認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったん支払い、要支援又は要介護度の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻される。（償還払い）また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなる。

※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、契約者の負担額を変更するものとする。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

①理髪サービス（月に1回、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。）

利用料金 1,200円

②個人の要望に応じた物品（実費となります。）

③インフルエンザ予防接種（実費となります。）

(3) 利用の中止、変更、追加

■ 利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護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を追加することができます。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者に申し出てください。

■ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

■ ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

※ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から、介護保険給付費額を除いた自己負担額と食費・居住費の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

(4) サービス利用料金の支払い方法

① サービス利用終了時（退所日）での支払い（現金支払い）

② 当月末締めの翌月 25 日までの支払い（⑦・①のいずれか）

⑦. 金融機関からの振込

金融機関名	ニシニホンシティギンコウ ヤナガワシテン 西日本シティ銀行 柳川支店
口座番号	普通 801408
名 義	シャカイフクシホウジン ガクセイカイ ダイニオ ヤサト リジショウ カンノウ リイチ 社会福祉法人 学正会 第二おやさと 理事長 金納 理一

※振り込みの際は、振込手数料のご負担をお願い致します。

①. 利用者ご本人の通帳からの引き落とし。

※大牟田柳川信用金庫 蒲池支店に、利用者ご本人の普通口座を開設させていただきます。

6. 苦情の受付について (契約書第22条参照)

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

■ 苦情受付担当者

[職名] 生活相談員 川村 聖子・川野 博之

■ 苦情解決責任者

[職名] 施設長 田中 茂

■ 受付時間 毎週月曜日～日曜日 9:00～16:30

■ 電話番号 0944-75-1888

■ FAX番号 0944-75-1889

(2) 行政機関その他苦情受付機関

柳川市介護保険担当課	所在地 柳川市本町 87-1 電話番号 0944-73-8111 受付時間 9:00～17:00
国民健康保険団体連合会	所在地 福岡市博多区千代1丁目 17-1 電話番号 092-643-7055 FAX 092-641-2432 受付時間 9:00～17:00
福岡県社会福祉協議会	所在地 春日市原町3丁目 1-7 電話番号 092-584-3377 FAX 092-584-3369 受付時間 9:00～17:00
福岡県介護保険広域連合	所在地 柳川市三橋町正行 431 電話番号 0944-75-6301 FAX 0944-75-6340 受付時間 9:00～17:00

(3) 社会福祉法人 学正会 第二おやさと 苦情解決第三者委員会

苦情解決第三者委員会は、社会福祉法第82条に基づき、施設利用者及びその関係人が施設運営に対して不満並びに苦情を有する場合、その不満並びに苦情に適切に対応するとともに円滑、円満な解決を図り、以って利用者等の権利を擁護する為を目的に設置された委員会です。

■ 第二おやさと施設適性化委員（第三者委員会名簿）

氏名	職業	住所	TEL
大淵 知代	蒲池地区婦人会 会長	柳川市西蒲池 957	72-9648
野間口 美奈子	蒲池小学校 校長	柳川市金納 455	72-6145
田中 善久	蒲池中学校 校長	柳川市金納 455	72-3840

7. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するに当たって、次のことを守ります。

- (1) ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- (2) ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- (3) ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の 30 日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- (4) ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2 年間保管するとともに、ご契約者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- (5) ご契約者に対する身体的拘束、その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- (6) 事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するに当たって知り得たご契約者またはご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。（守秘義務）
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

(7) 緊急時の対応

サービス提供時に入所者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

(8) 事故発生時の対応

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、損害賠償を速やかに行います。

(9) 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。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、契約者に故意または過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

(10) 個人情報の開示・訂正・更新・利用停止・削除、第三者提供の停止等への対応

当施設は、本人が自己の個人情報について、開示・訂正・更新・利用停止・削除、第三者提供の停止等の申し出がある場合には、速やかに対応します。

これらを希望される場合には、個人情報相談窓口（電話 0944-75-1888）までお問い合わせください。

(11) 高齢者虐待防止

事業者は、ご入所者等の人権擁護並びに虐待防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上を図り、虐待の未然防止に努めます。
- ② 従業者の悩みや苦労の相談体制を整え、従業者がご入所者の権利擁護に取り組める環境の設備に努めます。

8. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 面会

防犯の関係上、面会時間は下記の時間となります。

面会時間 10:00～17:00

■来訪者は、面会簿に記入してください。

■なお、来訪される場合、飲食物の持ち込みは職員までご連絡ください。

(2) 外出・外泊

外出・外泊をされる場合は、事前にお申し出ください。

(3) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。

(4) 施設・設備の使用上の注意

■居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

■故意に、またはわざかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

(5) 喫煙

館内は全面禁煙です。

9. 第三者評価の受審について

(1) サービスの第三者評価に関する受審議の有無 有 無

令和 年 月 日

サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 学正会 特別養護老人ホーム 第二おやさと

説明者職名.....

氏 名.....

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、全ての項目に同意し、署名を行いました。
指定介護福祉施設サービスの提供開始をお願いします。

本 人 〒 TEL
(利用者) 住 所.....

氏 名.....

身元引受人 〒 TEL
(家族代表) 住 所.....

氏 名.....

続 柄 (利用者との関係).....

連帯保証人

(利用者又は家族代表が利用料金滞納・施設に対する損害が発生した場合の連帯保証)

〒 TEL
住 所.....

氏 名.....

続 柄 (利用者との関係).....

代理 人

(利用者又は家族代表が選任した場合)

〒 TEL
住 所.....

氏 名.....

続 柄 (利用者との関係).....