

「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」  
(ショートステイ)

重要事項説明書

社会福祉法人 北筑前福祉会

特別養護老人ホーム むなかた

むなかた短期入所生活介護サービス

# 「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」

## 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(福岡県指定 第4073300578)

当事業所はご契約者に対して指定短期入所生活介護サービス及び指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。

### 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 北筑前福祉会
- (2) 法人所在地 福岡県宗像市用山471番地5
- (3) 電話番号 0940-38-3910
- (4) 代表者氏名 理事長 高山 勲
- (5) 設立年月 昭和52年9月9日

### 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護事業所・平成16年11月1日指定  
指定介護予防短期入所生活介護事業所・平成18年4月1日指定  
福岡県第4073300578号

\*当事業所は特別養護老人ホームむなかたに併設されています。

- (2) 事業所の名称 むなかた短期入所生活介護サービス
- (3) 事業所の所在地 福岡県宗像市用山471番地5
- (4) 電話番号 0940-38-3910
- (5) 管理者氏名 麻生 功一
- (6) 開設年月 平成16年11月1日
- (7) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	月～金 9:00～17:30 土 9:00～12:30

(8) 利用定員 10人(1人部屋10室/ユニット)

(9) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は、全室個室となっております。

居室・設備の種類	室数	備考
1人部屋	10室	1室 16㎡
合計	10室	
食堂(ユニット)	1室	テレビ・談話スペース
機能訓練室	1室	
浴室	6室	機械浴・個浴・一般浴
医務室・静養室	1室	

☆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。

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定短期入所生活介護サービス及び指定介護予防短期入所生活介護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。

＜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	常勤換算	指定基準
1. 事業所長（施設兼務）	—	—
2. 介護職員又は看護職員	4	4名
3. 生活相談員	1	—
4. 機能訓練指導員（施設兼務）	0.5	—
5. 管理栄養士（施設兼務）	—	—

### 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所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<br>(2) 特定入所者介護サービス費が給付される場合<br>(3) 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（契約書第4条参照）

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

## ＜サービスの概要＞

### ①入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽やリフト浴を使用して入浴することができます。

### ②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。

### ③日常生活上の機能訓練

- ・機能訓練指導員（看護師等）により、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又はその減退を防止するための訓練を実施します。

### ④その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎ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、適切な整容が行われるよう援助します。

## ＜サービス利用料金（1日あたり）＞（契約書第7条参照）

別表1の料金表によって、ご契約者の要介護度及び状況に応じたサービス利用料金（1割または2割または3割の自己負担額）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。）

☆ご契約者がまだ「要介護度」・「介護保険負担限度額認定」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お支払いいただきます。「要介護度」・「介護保険負担限度額」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ます（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ります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆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、ご契約者の負担額を変更します。

### （2）「特定入所者介護サービス費給付」を受けられる場合

各市町村で「介護保険負担限度額認定証」（第1～第3段階までの方）の交付を受けた方が対象となります。

「特定入所者介護サービス費」の給付（国、市町村補助）は下記条件によって受けることができ、食費・居住費の負担が減額されます。

第1段階 ・ 本人および世帯全員が住民税非課税であって、老齢福祉年金の受給者、生活保護の受給者

第2段階 ・ 本人および世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額＋課税年金収入額が80万円以下の方

第3段階① ・ 本人および世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額＋課税年金収入額が80万円超120万円以下の方

第3段階②・本人および世帯全員が住民税非課税であって、合計所得金額＋課税年金収入額が120万円を超える方

第4段階 上記、第1段階～第3段階①、②以外の方

※第4段階で、高齢夫婦世帯などで一方が施設に入所し、居住費・食費を負担することで生計の維持が困難になるなどの一定の要件を満たし、申請により認定された人は利用者負担第3段階と同様の「特例減額措置」を受けることができますので、詳しくは各地域の介護保険課で問い合わせてご申請下さい。

### (3) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第7条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

※「特定入所者介護サービス費給付」を受ける方は除く。

#### ＜サービスの概要と利用料金＞

##### ① 食事の提供（食費）

・食費は、朝食、昼食、夕食ごとの請求になります。

朝食300円      昼食650円      夕食550円

・事業所では、管理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態および嗜好を考慮した食事を提供します。

・ご契約者の自立支援のため離床してリビングにて食事をとっていただくことを原則としていますが、ご希望により居室での食事も可能です。

##### （食事時間）

朝食：8：00～      昼食：12：00～      夕食：18：00～

※上記時間は目安です。ご希望の時間での食事提供もいたしております。

②個室ユニット利用の居住費    1日あたり2,006円です。

##### ③レクリエーション、クラブ活動

・ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：実費

##### ④複写物の交付

・ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。

1枚につき：10円

##### ⑤日常生活上必要となる諸費用

・日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる実費を負担いただきます。

利用料金：実費

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更すること

があります。その場合事前に変更の内容と変更する事由についてご説明します。

(4) 利用料金のお支払い方法 (契約書第7条参照)

前記(1)、(2)、(3)の料金・費用は、1ヶ月毎に計算しご請求しますので、翌月20日(休日の時は翌日)に指定口座からの預金口座振替でお支払い下さい。振替手数料はご契約者負担となります。

(5) 利用の中止、変更、追加 (契約書第8条参照)

- 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及び介護予防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出してください。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な理由がある場合は、この限りではありません。

## 5. 利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、医師の判断によって治療を受けることができます。入院が必要な場合できる限り、ご契約者の希望される医療機関を利用いただきます。又当事業所の協力医療機関の利用もできます。

協力医療機関	名 称	宗像医師会病院
	所在地	宗像市田熊5丁目5番5号

嘱託医	名 称	医療法人社団原道会 摩利支病院
	所在地	宗像市東郷6丁目2-10

協力歯科医	名 称	医療法人きしぼ心会和会 大林歯科小児歯科医院
	所在地	宗像市日の里6-16-7

## 6. 苦情の受付について（契約書第 21 条参照）

### （１）当事業所における苦情の受付

当事業所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。

○苦情受付窓口（担当者）

○苦情解決責任者

〔相談員〕 久郷 智広

〔施設長〕 麻生 功一

＜連絡先＞

（市外局番：0940） 38-3910

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

9：00～17：30

○第 3 者委員

森 米子

中村 益子

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

### （２）行政機関その他苦情受付機関

宗像市介護保険担当課	所在地	宗像市東郷 1－1－1	
	電話番号	0940-36-4877	F A X 0940-36-2410
	受付時間	月～金 8：30～17：00	
国民健康保険団体連合会	所在地	福岡市博多区吉塚本町 13－47	
	電話番号	092-642-7859	F A X 092-642-7857
	受付時間	月～金 8：30～17：00	
福岡県運営適正化委員会 福岡県社会福祉協議会 福祉振興部 相談課	所在地	春日市原町 3－1－7 クローバープラザ 4 階	
	電話番号	092-915-3511	F A X 092-584-3354
	受付時間	月～金 8：30～17：00	

## 7. 顧問弁護士

吉田 徹二 弁護士

住 所 福岡市中央区大名 1 丁目 8 番 10 号

T E L 092-724-1126

別表 1

介護度・段階別利用料金表

(1日あたり)

R6.8～ (単位:円)

介護度	段階別	割合 負担	基本 サービス 費	夜勤職員 配置 加算	サービス 提供 体制加 算	介護職員処遇改善加 算	居住費	食費	合計
要支援1	第1段階	1割	529		18	77	880	300	1,804
	第2段階						880	600	2,104
	第3段階①						1370	1000	2,994
	第3段階②						1370	1300	3,294
	第4段階						2066	1500	4,190
	第4段階	2割	1058		36	153	2066	1500	4,813
	第4段階	3割	1587		54	230	2066	1500	5,437
要支援2	第1段階	1割	656		18	94	880	300	1,948
	第2段階						880	600	2,248
	第3段階①						1370	1000	3,138
	第3段階②						1370	1300	3,438
	第4段階						2066	1500	4,334
	第4段階	2割	1312		36	189	2066	1500	5,103
	第4段階	3割	1968		54	283	2066	1500	5,871
介護度1	第1段階	1割	704	18	18	104	880	300	2,024
	第2段階						880	600	2,324
	第3段階①						1370	1000	3,214
	第3段階②						1370	1300	3,514
	第4段階						2066	1500	4,410
	第4段階	2割	1408	36	36	2066	1500	5,253	
	第4段階	3割	2112	54	54	2066	1500	6,097	
介護度2	第1段階	1割	772	18	18	113	880	300	2,101
	第2段階						880	600	2,401
	第3段階①						1370	1000	3,291
	第3段階②						1370	1300	3,591
	第4段階						2066	1500	4,487
	第4段階	2割	1544	36	36	2066	1500	5,408	
	第4段階	3割	2316	54	54	2066	1500	6,329	
介護度3	第1段階	1割	847	18	18	124	880	300	2,187
	第2段階						880	600	2,487
	第3段階①						1370	1000	3,377
	第3段階②						1370	1300	3,677
	第4段階						2066	1500	4,573
	第4段階	2割	1694	36	36	2066	1500	5,579	
	第4段階	3割	2541	54	54	2066	1500	6,586	
介護度4	第1段階	1割	918	18	18	143	880	300	2,277
	第2段階						880	600	2,577
	第3段階①						1370	1000	3,467
	第3段階②						1370	1300	3,767
	第4段階						2066	1500	4,663
	第4段階	2割	1836	36	36	2066	1500	5,741	
	第4段階	3割	2754	54	54	2066	1500	6,829	
介護度5	第1段階	1割	987	18	18	134	880	300	2,337
	第2段階						880	600	2,637
	第3段階①						1370	1000	3,527
	第3段階②						1370	1300	3,827
	第4段階						2066	1500	4,723
	第4段階	2割	1974	36	36	2066	1500	5,898	
	第4段階	3割	2961	54	54	2066	1500	7,065	

※送迎1回(片道)当り184円が加算されます。

※介護職員処遇改善加算として(介護報酬部分)に14%を乗じた金額が加算されます。

※若年性認知症受入加算 1日あたり120円(対象者のみ)

※朝食300円 昼食650円 夕食550円



令和 年 月 日

指定短期入所生活介護サービス及び指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

むなかた短期入所生活介護サービス

説明者職名 生活相談員 氏 名 印

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、指定短期入所生活介護サービス及び指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住所

氏 名 印

契約代理人 住所

氏 名 印