

# 薔薇の樹苑 （介護予防）短期入所生活介護 重要事項説明書

## 1 事業所の概要

### (1) 運営に関する事項

|                         |                                       |       |              |
|-------------------------|---------------------------------------|-------|--------------|
| 事業所名                    | 社会福祉法人 徳和会 薔薇の樹苑 ショートステイサービス          |       |              |
| 所在地                     | 福岡市博多区元町2丁目1番7号                       |       |              |
| 介護保険事業所番号               | 福岡県指定第 4070902079 号                   |       |              |
| 管理者<br>及<br>連<br>絡<br>先 | サービス種類                                | 管理者氏名 | 連絡先          |
|                         | (介護予防)<br>短期入所生活介護                    | 大林 賢士 | 092-571-6500 |
| サービス提供地域                | 福岡市(南区・博多区・中央区)・春日市・大野城市・那珂川市及びその他の地域 |       |              |

### (2) 利用人員および設備の概要

|       |        |         |             |
|-------|--------|---------|-------------|
| 設備の概要 | 利用定員   | ～ 20 名  | 浴 室         |
|       | 居 室    | ～ 全室個室  | 一般浴槽・特殊浴槽完備 |
|       | 便所・洗面所 | ～ 全居室完備 |             |

## 2 事業所の職員体制

### 配置職員及び職務内容

|         |                                    |
|---------|------------------------------------|
| 生活相談員   | 利用者の日常生活上の相談に応じ、支援を行っていきます。        |
| 介護職員    | 送迎・入浴・食事・排泄・レクリエーションなどを業務としています。   |
| 看護職員    | その日一日の健康チェックから始まり、日常の健康管理を行っていきます。 |
| 機能訓練指導員 | 個別リハビリから集団リハビリなどを中心に行っています。        |
| 管理栄養士   | 食事の献立作成及び栄養ケアを担当します。               |

## 3 サービス提供時間及び事業実施地域

### (1) 通常の事業の実施地域

福岡市（南区・博多区・中央区）・春日市・大野城市・那珂川市及びその他の地域

### (2) 営業日及び営業時間

|          |              |
|----------|--------------|
| 営業日      | 年中無休         |
| 受付時間     | 8時30分～17時30分 |
| サービス提供時間 | 24 時間        |

### (3) 送迎時間【短期入所生活介護】

送迎コース及び居住地により送迎時間が異なりますので、担当職員と打ち合わせの上、お知らせいたします。

## 4 サービスの概要

### (1) 食事

食事準備、介助を行います。又、事業所では、管理栄養士の立てる献立により栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

朝食 8:00～

昼食 12:00～

間食 15:00～

夕食 18:00～

### (2) 介護

ご利用者の状態に応じ、食事・排泄・入浴等、日常生活全般において必要な介護を行います。

### (3) 機能訓練

機能訓練指導員によりご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るうえで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) 入浴

入浴又は清拭を行います。寝たきりの方でも機械浴を使用しての入浴が出来ます。

週2回を基本としています。身体状況に応じて特別浴または清拭となる場合があります。

### (5) レクリエーション

身体状況に応じてその方にあったグループレクリエーションや季節に応じた行事・催事を実施しています。

### (6) その他

#### ▶面会時間

9:00 ～ 17:00 ※

#### ▶金銭・貴重品の管理

紛失等の恐れがある為、基本的にお持ち頂かないようお願いします。ご事情がある場合には随時ご相談ください。

#### ▶外出

希望の場合、ショートステイ担当者へご連絡をお願いします。※

#### ▶飲酒・喫煙

飲酒・喫煙については、原則全館禁止となっております。

#### ▶所持品の持ち込み

入所時に荷物の確認をさせていただきます。

利用時の準備品については別紙「ショートステイ（短期入所事業）利用のご案内」を参照ください。

※ 面会時間及び外出については、感染症の発生状況等によって変更となる場合があります。

## 5 利用料

(1) 利用料金は、次表のとおりです。

### 1. 介護報酬に係る利用者負担金

| 区 分    | 要介護度             | 利用者負担金<br>(1 割) | 内容の説明                                                                                                                   |
|--------|------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) 基本額 | 要支援 1            | 558 円           | サービスご利用時の一日<br>当たりの基本料金です。<br>※利用日数が連続して<br>30 日を超えた場合には<br>概ね 30 円弱、連続して<br>60 日を超えた場合には<br>概ね 80 円弱が左記金額<br>より減額されます。 |
|        | 要支援 2            | 692 円           |                                                                                                                         |
|        | 要介護 1            | 742 円           |                                                                                                                         |
|        | 要介護 2            | 814 円           |                                                                                                                         |
|        | 要介護 3            | 893 円           |                                                                                                                         |
|        | 要介護 4            | 968 円           |                                                                                                                         |
|        | 要介護 5            | 1,041 円         |                                                                                                                         |
| 2) 加算額 | 機能訓練体制加算         | 13 円／日          | 左記の加算は、要件を満<br>たした際、上記 1) の基<br>本額と併せて加算されま<br>す。                                                                       |
|        | 看護体制加算Ⅰ          | 5 円／日           |                                                                                                                         |
|        | 看護体制加算Ⅱ          | 9 円／日           |                                                                                                                         |
|        | 看護体制加算Ⅲ          | 13 円／日          |                                                                                                                         |
|        | 看護体制加算Ⅳ          | 25 円／日          |                                                                                                                         |
|        | 夜勤職員配置加算Ⅱ        | 14 円／日          |                                                                                                                         |
|        | 夜勤職員配置加算Ⅳ        | 16 円／日          |                                                                                                                         |
|        | サービス提供体制強化加算Ⅰ    | 24 円／日          |                                                                                                                         |
|        | サービス提供体制強化加算Ⅱ    | 19 円／日          |                                                                                                                         |
|        | サービス提供体制強化加算Ⅲ    | 7 円／日           |                                                                                                                         |
|        | 生活機能向上連携加算Ⅰ      | 106 円／月         |                                                                                                                         |
|        | 生活機能向上連携加算Ⅱ      | 211 円／月         |                                                                                                                         |
|        | 個別機能訓練加算         | 59 円／日          |                                                                                                                         |
|        | 口腔連携強化加算         | 53 円／月          |                                                                                                                         |
|        | 療養食加算            | 9 円／回           |                                                                                                                         |
|        | 在宅中重度者受入加算※1     | 445 円／日         |                                                                                                                         |
|        | 在宅中重度者受入加算※2     | 440 円／日         |                                                                                                                         |
|        | 在宅中重度者受入加算※3     | 436 円／日         |                                                                                                                         |
|        | 在宅中重度者受入加算※4     | 449 円／日         |                                                                                                                         |
|        | 認知症専門ケア加算Ⅰ       | 4 円／日           |                                                                                                                         |
|        | 認知症専門ケア加算Ⅱ       | 5 円／日           |                                                                                                                         |
|        | 医療連携強化加算         | 62 円／日          |                                                                                                                         |
|        | 看取り連携体制加算        | 68 円／日          |                                                                                                                         |
|        | 生産性向上推進体制加算Ⅰ     | 106 円／月         |                                                                                                                         |
|        | 生産性向上推進体制加算Ⅱ     | 11 円／月          |                                                                                                                         |
|        | 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 211 円／日         |                                                                                                                         |
|        | 若年性認知症利用者受入加算    | 127 円／日         |                                                                                                                         |
|        | 緊急短期入所受入加算       | 95 円／日          |                                                                                                                         |
|        | 送迎加算             | 195 円／片道        |                                                                                                                         |

- ※ 介護職員処遇改善加算として、前頁加算に 14.0%を乗じた単位が加算されています。
- ※ 負担割合が 2 割の場合は前頁料金×2、 3 割の場合は前頁料金×3 となります。
- ※ 当施設は社会福祉法人による利用者負担軽減制度の適用施設です。減免証をお持ちの場合には、ご提示いただくことで負担額が軽減されます。

## 2. 運営基準（厚生労働省令）で定められた「その他の費用」（全額・自己負担）

| 区 分            | 金 額（円）                                        | 内容説明          |
|----------------|-----------------------------------------------|---------------|
| 1) 食事の提供に要する費用 | 朝食 300 円<br>昼食 500 円<br>オヤツ 100 円<br>夕食 600 円 | 1 食あたりの負担額です。 |
| 2) 滞在に要する費用    | 2,066 円                                       | 1 日あたりの負担額です。 |
| 3) 貸テレビ        | 100 円                                         | 1 日あたりの負担額です。 |
| 4) 電気器具持込料     | 50 円                                          | 1 日あたりの負担額です。 |

※上表の 1) 食事の提供に要する費用、2) 滞在に要する費用については、「介護保険負担限度額認定証」をお持ちの場合、認定段階に応じた費用に減額されます。

※上表で定められている内容以外のサービス提供を受けた場合又は制度上の支給限度額を超えてサービス提供を受けた場合には、通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用（全額、自己負担）費用となります。（保険外のサービスを受ける場合は、居宅サービス計画を作成する際に、介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることになります。）

なお、保険外サービスが必要となる場合には、事前に詳細な説明の上、ご利用者の同意を得なければならないとされています。疑問点がありましたらお尋ねください。

## 3. 支払い

（１）利用料金は、1 ヶ月ごとにお支払いいただきます。

お支払いいただく利用料金は、「利用者負担金一覧表」のとおりです。

（２）事業者は、利用料金の請求書を作成し、利用者に請求するものとします。

利用者は、次のいずれかの方法により支払います。

☐ 現金支払い

☐ 銀行振込み

### 【振込先】

|      |                            |
|------|----------------------------|
| 銀行名  | 西日本シティ銀行 雑餉隈支店             |
| 口座番号 | 普通預金 1772656               |
| 名 義  | 社会福祉法人 徳和会 特別養護老人ホーム 薔薇の樹苑 |

※振り込み手数料はお客様負担となりますのでご了承ください。

（３）事業者は、利用者から利用料金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

#### 4. キャンセル規程

- (1) 利用者の都合によりサービスを中止する場合には、キャンセル料を支払うものとします。  
ただし、病気の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

| 時 期                      | キャンセル料     |
|--------------------------|------------|
| サービス利用日の前日まで             | 無 料        |
| サービス利用日の当日(8:30以降の連絡の場合) | 利用者負担金の50% |

- (2) キャンセル料は、利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

#### 6 事業者のサービスの方針等

- (1) お客様の人権とプライバシーを尊重した福祉サービスの提供と質の向上に努める。  
(2) 地域ニーズにあった選ばれる施設として安心して快適な生活を提供する。  
(3) 福祉の拠点として教育研修も出来る質の高い人材育成を目指す。

#### 7 非常災害時対策

施設は利用者の安全を図る為、常に入所者・利用者の安全確保に努めるとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行うものとする。

(災害時の対応)

別途定める「特別養護老人ホーム薔薇の樹苑 消防計画」にのっとり迅速に対応いたします。

(近隣との協力関係)

福岡市博多区自衛消防隊連絡協議会と連絡・情報交換等を行っています。当苑理事、評議員(地域住民)により、消防計画等を地域住民の皆様へ周知・啓蒙を図っていただいております。

(平常時の訓練)

別途定める「特別養護老人ホーム薔薇の樹苑 消防計画」にのっとり、毎月定期的に行う職員消防自主防災訓練や入所者・在宅利用者の方々に参加していただき年2回以上所轄消防署指導による日昼・夜間の火災や非常事態を想定した総合防火訓練を実施しています。

#### 8 相談窓口・苦情対応

- (1) 当施設における相談や苦情は以下の窓口で対応いたします。また、何か言えないこと等がありましたら相談(苦情)箱を下記の場所に設置しておりますので投函して下さい。

|             |                     |
|-------------|---------------------|
| 当施設のお客様相談窓口 | 相談(苦情)解決責任者         |
|             | 施 設 長 大林 賢士         |
|             | 相談(苦情)受付担当者         |
|             | 生活相談員 山尾 拓巳         |
|             | 電話番号 : 092-571-6500 |
|             | 第三者委員               |
|             | (油山緑寿園) 廣田 一幸       |
|             | 092-861-3111        |
|             | (油山福祉の里) 草場 猛       |
|             | 092-861-8788        |

|             |          |
|-------------|----------|
| 相談（苦情）箱設置場所 | 1 階玄関入口横 |
|-------------|----------|

（２） 公的機関においても、相談（苦情）申出等ができます。

|                                |                                                                 |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 博多区保健福祉センター<br>福祉・介護保険課        | 所在地 : 福岡市博多区博多駅前 2-8-1<br>電話番号 : 092-419-1078                   |
| 国民健康保険団体連合会<br>介護サービス苦情相談窓口    | 所在地 : 福岡市東区吉塚本町 3 丁目 4 7 号<br>電話番号 : 092-642-7859               |
| 福岡県社会福祉協議会<br>(福岡県運営適正化委員会事務局) | 所在地 : 春日市原町 3 丁目 1 番 7 号<br>クローバープラザ 6 階<br>電話番号 : 092-915-3511 |
| 福岡市福祉局高齢社会部<br>事業者指導課          | 所在地 : 福岡市中央区天神 1 丁目 8 の 1<br>電話番号 : 092-711-4319                |

（３） 養介護施設における虐待に関する行政の相談窓口

|                       |                                                  |
|-----------------------|--------------------------------------------------|
| 福岡市福祉局高齢社会部<br>事業者指導課 | 所在地 : 福岡市中央区天神 1 丁目 8 の 1<br>電話番号 : 092-711-4319 |
|-----------------------|--------------------------------------------------|

## 9 当法人・事業所の概要

（１）法人（事業者）概要

|       |                           |
|-------|---------------------------|
| 法人名   | 社会福祉法人 徳和会                |
| 法人所在地 | 福岡県福岡市南区和田 4 丁目 1 6 番 1 号 |
| 電話番号  | 0 9 2 - 5 1 2 - 0 6 6 8   |
| 代表者氏名 | 理事長 村松 和彦                 |
| 設立年月  | 平成 3 年 1 0 月 1 8 日        |

（２）事業所

|             |                              |
|-------------|------------------------------|
| 事業所名        | 特別養護老人ホーム 薔薇の樹苑              |
| 事業所の所在地     | 福岡県福岡市博多区元町 2 丁目 1 番 7 号     |
| 電話番号        | 0 9 2 - 5 7 1 - 6 5 0 0      |
| 事業所長（管理者）氏名 | 施設長 大林 賢士                    |
| 開設年月        | 平成 18 年 10 月 1 日             |
| その他の事業      | 居宅介護支援事業所<br>介護老人福祉施設・指定通所介護 |

## 10 緊急時の対応

- (1) サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、施設配置医、在宅かかりつけ医、居宅介護支援事業者・市町村等に連絡します。

|             |      |                            |
|-------------|------|----------------------------|
| 医療機関等       | 病院名  |                            |
|             | 主治医  |                            |
|             | 電話番号 | (        )        —        |
| 緊急時<br>連絡先① | 氏名   | 【続柄                      】 |
|             | 住所   |                            |
|             | 電話番号 | (        )        —        |
| 緊急時<br>連絡先② | 氏名   | 【続柄                      】 |
|             | 住所   |                            |
|             | 電話番号 | (        )        —        |

- (1) 緊急を要した時、家族又は上記の機関に連絡が取れなかった場合は、以下の協力病院に連絡を行い対応させていただきます。

|      |      |                 |
|------|------|-----------------|
| 医療機関 | 病院名  | 福岡徳洲会病院         |
|      | 所在地  | 福岡県春日市須玖北4丁目5番地 |
|      | 電話番号 | 092-573-6622    |

## 11 その他

- (1) この契約及び介護保険法などの関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重して、利用者と事業者・事業所の協議により定めます。
- (2) この契約書は、介護保険法に基づくサービス及び同一種類の介護保険外サービス(利用限度額を超えるサービス)を対象としたものであるため、利用者がこれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約するものとします。

- 《附則》 1.この契約書・重要事項説明書は、平成18年10月1日から適用する。
- 2.この契約書・重要事項説明書は、平成19年4月1日から適用する。
- 3.この契約書・重要事項説明書は、平成19年12月1日から適用する。
- 4.この契約書・重要事項説明書は、平成20年11月1日から適用する。
- 5.この契約書・重要事項説明書は、平成21年9月1日から適用する。
- 6.この契約書・重要事項説明書は、平成22年4月1日から適用する。
- 7.この契約書・重要事項説明書は、平成22年5月1日から適用する。
- 8.この契約書・重要事項説明書は、平成23年4月1日から適用する。
- 9.この契約書・重要事項説明書は、平成24年4月1日から適用する。
- 10.この契約書・重要事項説明書は、平成25年10月18日から適用する。
- 11.この契約書・重要事項説明書は、平成26年3月1日から適用する。
- 12.この契約書・重要事項説明書は、平成26年8月1日から適用する。
- 13.この契約書・重要事項説明書は、平成27年8月1日から適用する。
- 14.この契約書・重要事項説明書は、平成29年4月1日から適用する。
- 15.この契約書・重要事項説明書は、平成29年8月1日から適用する。
- 16.この契約書・重要事項説明書は、平成30年1月1日から適用する。
- 17.この契約書・重要事項説明書は、平成30年4月1日から適用する。
- 18.この契約書・重要事項説明書は、令和元年5月1日から適用する。
- 19.この契約書・重要事項説明書は、令和元年8月1日から適用する。
- 20.この契約書・重要事項説明書は、令和元年10月1日から適用する。
- 21.この契約書・重要事項説明書は、令和2年7月1日から適用する。
- 22.この契約書・重要事項説明書は、令和3年1月1日から適用する。
- 23.この契約書・重要事項説明書は、令和3年4月1日から適用する。
- 24.この契約書・重要事項説明書は、令和4年2月18日から適用する。
- 25.この契約書・重要事項説明書は、令和4年4月1日から適用する。
- 26.この契約書・重要事項説明書は、令和4年10月1日から適用する。
- 27.この契約書・重要事項説明書は、令和4年12月1日から適用する。
- 28.この契約書・重要事項説明書は、令和6年4月1日から適用する。
- 29.この契約書・重要事項説明書は、令和6年6月1日から適用する。

【別紙】

## 個人情報の利用目的

薔薇の樹苑（介護予防）短期入所生活介護では、ご利用者の個人情報を下記に記載する内容で、必要最小限の範囲で使用します。

### 記

#### 1 使用する目的

- ・ ご利用者にかかわる居宅サービス計画ならびに介護サービスを円滑に提供するために実施されるサービス担当者会議に必要となる場合。
- ・ 担当ケアマネージャーと他の介護サービス事業者との連携調整に必要となる場合。
- ・ ご利用者が医療機関を利用する場合、該当する医療機関との連携をとる場合。
- ・ ご利用者の心身の状況などを家族に説明する場合。
- ・ 介護保険事務に関する情報提供の場合。（請求関係・保険者からの照会への回答等）
- ・ 事故が発生した時に保険者へ報告する場合。
- ・ 事業所における学生への実習の場合。
- ・ 事業所の機関誌（薔薇だより）やホームページへの写真等の掲載。  
☐ 可 ☐ 不可 ☐ 写真のみ可 ☐ 名前のみ可
- ・ 事業所内において、行事等へ参加した時の写真を掲示する場合。  
☐ 可 ☐ 不可
- ・ 損害賠償保険等にかかる保険会社への相談または届出等。

#### 2 使用する期間 契約締結日から契約満了の日まで

#### 3 使用する条件

個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に係る目的以外には使用しません。  
また、契約期間外においても第三者には漏らしません。

以上



## 薔薇の樹苑 （介護予防）短期入所生活介護利用同意書

薔薇の樹苑 （介護予防）短期入所生活介護を利用するにあたり、契約書・サービスの説明書・重要事項説明書・個人情報の利用目的の説明を受け、これらを十分理解した上で同意し、利用を申し込みます。

なお、契約を証する為、本書 2 通を作成し利用者（代理人【代筆者】）及び事業者が署名捺印の上、各 1 通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

（利用者）

|          |                       |                             |
|----------|-----------------------|-----------------------------|
| 利用<br>者  | 住 所                   |                             |
|          | お 名 前                 | 印                           |
|          | 電 話                   | 【 】 —                       |
| 代理人【代筆者】 | 住 所                   | <input type="checkbox"/> 同居 |
|          | お 名 前                 | 印 【続柄 】                     |
|          | 電 話                   | 【 】 —                       |
|          | 代理人【代筆者】<br>代 筆 の 理 由 |                             |

（事業所）

|                         |           |                       |
|-------------------------|-----------|-----------------------|
| 事業<br>者<br>・<br>事業<br>所 | 住 所       | 福岡市博多区元町 2 丁目 1 番 7 号 |
|                         | 電 話       | 【 092 】 571 — 6500    |
|                         | 法 人 名     | 社会福祉法人 徳和会            |
|                         | 代 表 者 名   | 理事長 村松 和彦 印           |
|                         | 事 業 所 名   | 薔薇の樹苑 短期入所生活介護        |
|                         | 管 理 者     | 大林 賢士                 |
|                         | 福 岡 県 指 定 | 第 4070902079 号        |
|                         | 説 明 者 所 属 | 薔薇の樹苑 （介護予防）短期入所生活介護  |
|                         | 説 明 者     |                       |

