

# 「指定短期入所生活介護」重要事項説明書

むつみ園短期入所生活介護事業所

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4071900452号)

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、契約上ご注意いただきた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。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

## ◆◆目次◆◆

1. 事業者.....	1
2. 事業所の概要.....	1
3. 職員の配置状況.....	3
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	3
5. 苦情の受付について.....	5
6. 個人情報の取り扱いについて.....	6
7. 介護サービス情報の公表.....	6

### 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 むつみ会
- (2) 法人所在地 福岡県田川市大字弓削田2838番地49
- (3) 電話番号 0947-44-3644
- (4) 代表者氏名 理事長 林田 憲昌
- (5) 設立年月 昭和60年12月6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12年3月10日指定  
福岡県4071900452号  
※当事業所は特別養護老人ホームむつみ園に併設されています。
- (2) 事業所の目的 社会福祉法人むつみ会が経営する指定短期入所生活介護事業所  
(以下「事業所」という。)が行う指定短期入所生活介護の事業  
(以下「事業」という。)の適正な運営を確保するために人員及び

管理運営に関する事項を定め、事業所の生活指導員、看護職員又は介護職員等の従業者（「従業者」という）が利用者の心身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るため、要介護又は要支援者に対し、適切な短期入所者生活介護を提供することを目的とする。

(3) 事業所の名称、 むつみ園短期入所生活介護事業所

(4) 事業所の実施形態 併設型、空床利用型

(5) 事業所の所在地 福岡県田川市大字弓削田 2 8 3 8 番地 4 9

(6) 電話番号 0 9 4 7 - 4 4 - 3 6 4 4

(7) 事業所長（管理者）氏名 伊藤 智則

(8) 当事業所の運営方針 事業所の従業者は、利用者が要介護状態になった場合においても、可能な限りその居宅において、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、入浴、排泄、食事等の介護その他必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行う。

(9) 開設年月 平成 1 2 年 4 月 1 日

(10) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	随時

(11) 利用定員

併設型 8 人

(12) 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、原則として

1 人部屋です。全ての居室に見守り機器（ビデオカメラを含む）を設置しています。

居室・設備の種類	室数	居室・設備の種類	室数
1 人部屋	5 8 室	浴室	1 室
談話室	1 室	医務室	1 室
機能訓練室	1 室	食堂	1 室

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆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に説明します。

☆居室に関する特記事項（※トイレの場所（居室内、居室外）等）

### 3. 職員の配置状況

### 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
- (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（契約書第4条参照）\*

利用料は介護保険負担割合証に基づき1割～3割をお支払いしていただきます。

また、滞在費・食費は、介護保険負担限度額認定書に基づきお支払いしていただきます。

#### <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、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金額（自己負担額）と食費、滞在費の合計金額をお支払い下さい。

（サービスの利用料金等は、ご契約者の要介護度・負担割合証・負担限度額認定に応じて異なります。）

☆滞在費、食費は、各入所者の介護保険負担限度額認定書に基づき、決定するものとする。

また、介護保険負担限度額認定書が無い場合、認定が下りてない場合は、基準費用額で支払いを受けるものとする。

☆ご契約者がまだ要介護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。要支援又は要介護の認定を受けた後、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) 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、利用料金の全額をご契約者の負担となります。

#### <サービスの概要と利用料金>

##### ①理髪・美容 [理髪サービス]

理容師・美容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、）をご利用いただけます。

##### ②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：材料代等は必要に応じて負担していただくこともあります。

##### ③日常生活上必要となる諸費用実費

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ついての費用は、負担していただきます。

#### ④事務管理料

病院自己負担金、散髪代、その他各個人の自己負担金の立て替え他、  
利用料金： 別表2参照

⑤介護保険負担限度額認定書が無い場合、滞在費、食費は全額ご契約者の負担となります。

☆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、変更を行う1か月前までにご説明します。

### (3) 食事時間

朝食	7：45～8：15	昼食	11：45～12：30	夕食	17：00～17：30
----	-----------	----	-------------	----	-------------

### (4) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、サービス利用終了時に、ご利用期間分の合計金額をお支払い下さい。

### (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へ申し出て下さい。
- 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。
- 利用者が利用の中止、変更、追加による手続きの料金はいただきません。

### (6) 非常災害時の対策

当施設は、非常防止と利用者の安全を図る為、常に利用者の安全確保に努めるとともに非常災害に備える為、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っています。

### (7) 事故発生時の対応

当施設は、利用者に対する指定短期入所生活介護事業サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとする。

## 5. 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）[職名] 生活指導員 千々和 陽子

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8：30～17：30

また、苦情受付ボックス（希望箱）を玄関に設置しています。

### （2）体制 ・ 責任者 施設長

・ 第三者委員 山本 正博

電 話 0949-32-2742

田沖 政美

電 話 0947-32-4323

### （2）行政機関その他苦情受付機関

田川市介護保険課	電話番号 0947-44-2000 FAX 0947-46-0124 住所 田川市中央町1番1号
福岡県介護保険広域連合 田川支部	電話番号 0947-49-1093 FAX 0947-49-1097 住所 田川市新町18番地7号
福岡県国民健康保険団体 連合会	電話番号 092-642-7859 FAX 092-642-7856 住所 福岡市博多区千代4丁目1番27号 福岡県自治会館3階
福岡県運営適正化委員会	電話番号 092-915-3511 FAX 092-584-3790 住所 春日市原町3丁目1番地7号

## 6. 個人情報の取り扱いについて

（1）個人情報の利用は、予め開示した利用目的の範囲内で、その範囲を超えて利用を行わない。

但し法令の定めに基づく場合を除きます。

（2）データ入力等の為、個人情報の取り扱いを外部業者に委託する場合は、委託先の個人情報取り扱いが適切かどうか確認した上、業務委託契約に、委託業務遂行以外の目的での利用の禁止、業務終了後の情報の変換または破棄、違反時の損害賠償等の条項を設けるものとします。

（3）長期間継続して業務を委託する場合には、委託先の個人情報取り扱い状況について確認を行い、必要に応じて指導・契約の見直し等を行うものとする。

（4）写真を掲示、及び掲載をする場合は許可を頂くものとする。

(5) 利用目的の範囲

- ① サービス担当者会議
- ② 介護サービス計画書作成
- ③ 介護保険に関する開示
- ④ 医療機関の提供
- ⑤ その他緊急時、必要と認められる時
- ⑥ その他公的機関への提供

7. 介護サービス情報の公表

「介護サービス情報の公表」制度とは、利用者の権利擁護、サービスの質の向上等に資する情報提供の環境整備を図るため、介護保険法第115条の35第1項規定に基づいて、事業者介護サービスの公表が義務付けられるものである。

- (1) 第三者評価機関名 福岡県庁介護保険課監査指導第二係
- (2) 調査実施日 令和5年 10月 10日

# 利 用 料

別 表 1

ご契約者の要介護度 とサービス利用料金	要支援 1 4,510 円	要支援 2 5,610 円	要介護 1 6,030 円	要介護 2 6,720 円	要介護 3 7,450 円	要介護 4 8,150 円	要介護 5 8,840 円
サービス利用に係る 自己負担額(1割の方)	451 円	561 円	603 円	672 円	745 円	815 円	884 円
サービス利用に係る 自己負担額(2割の方)	902 円	1,122 円	1,206 円	1,344 円	1,490 円	1,630 円	1,768 円
サービス利用に係る 自己負担額(3割の方)	1,353 円	1,683 円	1,809 円	2,016 円	2,235 円	2,445 円	2,652 円

上記のサービス利用料金に、下記の金額を加算した金額を、お支払いしていただきます。

	自己負担額	
サービス提供体制強化加算Ⅰイ／1日 220 円	1割の方	22 円
	2割の方	44 円
	3割の方	66 円
看護体制加算Ⅱ／1日 80 円	1割の方	8 円
	2割の方	16 円
	3割の方	24 円
夜勤職員配置加算Ⅰ／1日 130 円	1割の方	13 円
	2割の方	26 円
	3割の方	39 円
生産性向上推進体制加算Ⅱ／月 100 円	1割の方	10 円
	2割の方	20 円
	3割の方	30 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	(全利用料×(14/100))	

\*下記の加算は、対象者の方だけです。

	自己負担額	
若年性認知症入所者受入加算／1日 (対象者のみの加算です) 1200 円	1割の方	120 円
	2割の方	240 円
	3割の方	360 円
療養食加算／1食 (対象者のみの加算です) 80 円	1割の方	8 円
	2割の方	16 円
	3割の方	24 円
送迎加算／1回 (対象者のみの加算です) 1840 円	1割の方	184 円
	2割の方	368 円
	3割の方	552 円

医療連携強化加算／1日 (対象者のみの加算です)	580円	1割の方	58円
		2割の方	116円
		3割の方	174円

食 費 ・ 滞 在 費 (基準費用額)

基本滞在費	1,231円
各基本食費 (合計1,445円)	朝食 289円、 昼食 578円、 夕食 578円 <u>欠食される場合は前日までに申し出てください。</u> <u>欠食分の食費は頂きません。</u>

(注) 他、介護給付費算定に係る体制等に関する届出書に基づき、設定するものとします。

別表2 (事務管理費)

1日あたり	40円
-------	-----