

さわやか鳴水館  
「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4070703030)

当事業所は契約者に対して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（以下「指定短期入所生活介護」という。）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
- 2、事業所の概要
- 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
- 5、苦情の受付について
- 6、虐待防止のための措置に関する事項
- 7、サービス提供における事業者の義務
- 8、サービスの利用に関する留意事項
- 9、損害賠償について
- 10、提供するサービスの第三者による評価の実施状況について
- 11、サービス利用をやめる場合（契約終了について）

1. 事業者

- |           |                     |
|-----------|---------------------|
| (1) 法人名   | (株) さわやか倶楽部         |
| (2) 法人所在地 | 北九州市小倉北区熊本2丁目10番10号 |
| (3) 電話番号  | 093-551-5555        |
| (4) 代表者氏名 | 山本 武博               |
| (5) 設立年月  | 2004年12月1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17年4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4070703030号  
※当事業所は有料老人ホームさわやか鳴水館に併設されています。
- (2) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上6階
- (3) 建物の延べ床面積 5472.80㎡
- (4) 交通の便 西鉄バス東鳴水3丁目より徒歩10分
- (5) 事業所の目的 指定短期入所生活介護事業の実施
- (6) 事業所の名称 さわやか鳴水館
- (7) 事業所の所在地 福岡県北九州市八幡西区東鳴水5丁目7番6号
- (8) 電話番号 093-644-0010
- (9) 事業所長（管理者）氏名 櫻木 良太
- (10) 開設年月 平成17年4月1日
- (11) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	月～金 8:30～17:30 土・日・祝日 8:30～17:30

- (12) 利用定員 5名
- (13) 通常の事業実施地域 八幡西区 八幡東区 戸畑区 若松区 中間市 遠賀郡  
小倉北区
- (14) 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。

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	5室	
個室（2人部屋）	0室	
合 計	5室	
食堂、機能訓練室	1室	
医務室	1室	
浴室	2室	特殊浴室、一般浴室
相談室	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設置が義務づけられている施設・設備です。

☆居室の変更：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、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、契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して指定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	兼務状況
1. 管理者	1.0 名	1 名	SS 生活相談員
2. 介護職員	27.0 名	1 名	特定介護職
3. 生活相談員	1.0 名	1 名	SS 管理者・特定計画作成
4. 看護職員	3.0 名	1 名	特定看護職・短期入所機能訓練指導員
5. 機能訓練指導員	0.2 名	1 名	特定看護職
6. 栄養士	0.1 名	1 名	
7. 医師	0.1 名	1 名	

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、  
1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤 務 体 制
1. 医師	隔週 金曜日
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員
	早朝：07：00～16：00 1 名
	日中：08：30～17：30 1 名
	遅出：10：00～19：00 1 名
	夜間：17：00～09：00 1 名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員
	日中：08：30～17：30 1 名
4. 機能訓練指導員	日中：08：30～17：30 1 名

☆土日は上記と異なります。

#### 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、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。ただし、一定以上の所得がある方については「介護保険負担割合証」の記載の割合にそって介護保険から給付されます。

#### <サービスの概要>

##### ①食事（但し、食材料費は別途いただきます。）

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びに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。
- ・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。

（食事時間）

朝食： 7：30～ 8：30

昼食： 12：00～13：00

夕食： 17：30～18：30

##### ②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

##### ③排泄

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

##### ④機能訓練

- ・機能訓練指導員により、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。

##### ⑤送迎サービス

- ・契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

##### ⑥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＞

☆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、又は介護予防サービス計画（以下「居宅サービス計画等」という。）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、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。

☆短期入所の利用限度日数を超える場合もサービス利用料金の全額をお支払いいただきます。

☆契約者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。（下記（２）①参照）

☆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、利用料金の全額が契約者の負担となります。

#### ＜サービスの概要と利用料金＞

① 住費 1日 1,300円（光熱費を含む）

② 食事の材料の提供（食材料費）1食あたり 514円

契約者に提供する食事の材料にかかる費用です。

※食事の提供に要する費用食材料費1食あたり514円、但し、「介護保険負担限度額認定者証」を持たれている方は費用が異なります。必ず介護保険負担限度額認定証の提示をお願いします。

第一段階	第二段階	第三段階①	第三段階②
300円	600円	1000円	1300円

※一日あたり

#### ③理美容サービス

月に1回、美容師等の出張による理美容サービス（調髪、顔剃、洗髪、パーマ）をご利用いただけます。

利用料金：実費負担

#### ④レクリエーション、クラブ活動

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：材料代等の実費をいただきます。

#### ⑤複写物の交付

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。

⑥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契約者の日常生活に要する費用で契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

⑦介護保険の給付の対象となるサービス

「介護保険負担割合証」の内容にそって介護保険から給付されます。

加算対象サービスについては居宅サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで短期入所生活介護計画書(4日以上連続利用の場合)に定めます。

(1) 短期入所生活介護費

区分	介護給付費 の単位	1割負担金	2割負担金	3割負担金
要支援1	446単位/日	454円/日	907円/日	1,361円/日
要支援2	555単位/日	565円/日	1,129円/日	1,693円/日
要介護1	596単位/日	607円/日	1,213円/日	1,819円/日
要介護2	665単位/日	677円/日	1,353円/日	2,029円/日
要介護3	737単位/日	750円/日	1,499円/日	2,249円/日
要介護4	806単位/日	820円/日	1,640円/日	2,460円/日
要介護5	874単位/日	889円/日	1,778円/日	2,667円/日

(2) 加算対象サービス

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、加算額に対して、負担割合証に記載されている負担額を追加料金としてご負担いただきます。

① 送迎加算 184単位/回

- ・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利用者に対して、その居宅と当該事業所との間の送迎を行う場合。

② 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

- ・所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定します。

③ 介護職員等ベースアップ等支援加算

- ・介護保険サービス利用料に対して1.6%の金額が加算されます。

☆長期利用者に対する短期入所生活介護 △30単位/日

連続して30日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している場合であって、指定短期入所生活介護を受けている利用者に対して、指定短期入所生活介護を行った場合、所定単位数から減算を行う。

☆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２ヶ月前までにご説明します。

(3) 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。

(4) 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、契約者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用中止又は変更、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申し出て下さい。

○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、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の１０％ (自己負担相当額)

○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。

○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。

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

所在地：〒806-0051 福岡県北九州市八幡西区東鳴水5丁目7番6号

電話番号：093-644-0010 FAX：093-644-0015

(担当者) 橋村 岳

〔職名〕 生活相談員

○受付時間 毎週月曜日～日曜日 8：30～17：30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

八幡西区役所 保健福祉課介護保険係	所在地：〒806-0032 八幡西区黒崎3-15-3 電話番号：093-642-1441 FAX：093-621-0862 受付時間：午前8時30分～午後5時まで
----------------------	---

八幡東区役所 高齢者・障がい者相談コーナー	所在地：〒805-8510 八幡東区中央1-1-1 電話番号：093-671-0801 FAX：093-681-8329 受付時間：午前8時30分～午後5時まで
戸畑区役所 高齢者 障がい者相談コーナー	所在地：〒804-8510 戸畑区千防1-1-1 電話番号：093-871-1501 FAX：093-871-4807 受付時間：午前8時30分～午後5時まで
若松区役所 高齢者 障がい者相談コーナー	所在地：〒808-8510 若松区浜町1-1-1 電話番号：093-761-5321 FAX：093-751-6274 受付時間：午前8時30分～午後5時まで
中間市役所 介護保険課	所在地：〒809-8501 中間市中間1-1-1 電話番号：093-246-6283 FAX：093-245-5598 受付時間：午前8時30分～午後5時まで
福岡県介護保険課広域連合 遠賀支部	所在地：〒811-4303 遠賀郡遠賀町大字今古賀513 電話番号：093-291-5266 FAX：093-291-5281 受付時間：午前8時30分～午後5時まで
国民健康保険団体連合会	所在地：〒815-8501 福岡市南区塩原3-25-3 電話番号：092-559-5121 FAX：092-512-8811 受付時間：午前8時45分～午後5時15分まで

## 6. 虐待防止のための措置に関する事項

(虐待の防止のための措置に関する事項)

第10条 入所者・利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じる。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備すること。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を年2回実施する。
- (4) 上記措置を適切に実施するための担当者を配置する。

## 7. サービス提供における事業者の義務（契約書第10条、第11条参照）

当事業所では、契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②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、契約者から聴取、確認します。
- ③契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。



- ④契約者に対する身体的拘束その他の行動を制限する行為を行いません。
- ただし、契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するため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。
- ⑤契約者へのサービス提供時において、契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た契約者又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、契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に契約者の心身等の情報を提供します。
- ⑦指定通所介護サービスの提供中に、火災等の非常災害が発生した場合、介護職員等は管理者の指揮のもとご契約者の非難誘導等適切な処置を講じます。また、管理者は非常災害に対する具体的な計画を立て、定期的に非難、救出その他必要な訓練を行うものとします。

## 8. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

### （１）持ち込みの制限

利用にあたり、指定短期入所生活介護サービスを利用するために必要と認められるもの以外は原則として持ち込むことができません。

### （２）施設・設備の使用上の注意（契約書第 12 条参照）

- 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、又はわず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、契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(3) 喫煙

館内は全館禁煙です。喫煙については決められた場所にてお願いいたします。

(4) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

①協力医療機関

医療機関の名称	東筑病院
所在地	〒807-0856 八幡西区八枝1丁目7-20
医療機関の名称	さかいメディカルクリニック
所在地	〒806-0030 八幡西区山寺町11-8

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	かじわら歯科医院
所在地	〒808-0005 若松区下原1-1

(5) その他

利用中のご様子を弊社ブログや広報誌に掲載することがあります。

9. 損害賠償について(契約書第13条、第14条参照)

当事業所において、事業者の責任により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、契約者に故意又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斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償を減じる場合があります。

10. 提供するサービスの第三者による評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	-
実施した評価機関の名称	-
評価結果の開示状況	-

11. サービス利用をやめる場合(契約終了について)

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までです

が、契約期間満了の7日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。(契約書第16条参照)

- ①契約者が死亡した場合
- ②要介護認定により契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の減失や重大な毀損により、契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照ください）

(1) 契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第17条、第18条参照）

契約の有効期間であっても、契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の一週間前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②契約者が入院された場合
- ③契約者の「居宅サービス計画等」が変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める短期入所生活介護サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他の利用者が契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第19条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

②契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合

③契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第16条参照）

契約が終了する場合には、事業者は契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

年 月 日

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

指定短期入所生活介護 さわやか鳴水館

説明者職名

説明者氏名

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の提供開始に同意しました。

契約者住所

契約者氏名

印