

「指定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。
(北海道指定 第 0175800085 号)

当事業所はご契約者に対して指定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」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
2. 事業所の概要	2
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	4
5. サービス提供における事業者の義務	9
6. 施設・設備の使用上の注意	10
7. 苦情の受付について	10

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 迎光会
(2) 法人所在地 北海道夕張郡長沼町南町2丁目3番20号
(3) 電話番号 0123-88-3030
(4) 代表者氏名 理事長 駒谷 信幸
(5) 設立年月 昭和48年12月7日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定予防短期入所生活介護事業所・平成20年9月1日指定
北海道 第0175800085号
※当事業所は特別養護老人ホーム迎光園に併設されています。
- (2) 事業所の目的 事業の適正な運営を確保するために人員及び運営に関する事項を定め、各種職員が要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定短期入所介護を提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 迎光園予防短期入所生活介護事業所
- (4) 事業所の所在地 北海道夕張郡長沼町南町2丁目3番20号
- (5) 電話番号 0123-88-3030
- (6) 事業所長（管理者）氏名 施設長 杉本 雅人
- (7) 当事業所の運営方針 要支援になったご利用者が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日常生活上のお世話及び機能訓練を行うことによりご利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上に努めるものとする。
事業の実施にあたっては、福祉サービス等を提供する諸事業者との密接な連携により、指定短期入所生活介護の利用者が継続的に保健医療サービス又は福祉サービスを利用できるよう必要な援助に努めるものとする。
- (8) 開設年月 平成20年9月1日
- (9) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	月～金 9時～17時 土・日・祝日 9時～17時

- (10) 利用定員 空床型
- (11) 第三者評価の実施状況 未実施
- (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、多床室、従来型個室があります。居室の種類のご希望がある場合は、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。）（※各事業所における居室の決定方法を説明）

居室・設備の種類	室数	備考
従来型個室（1人部屋）	20室	
多床室（4人部屋）	30室	
合 計	50室	
食堂	6室	
機能訓練室	6室	
浴室	7室	機械浴・特殊浴槽
医務室	1室	
静養室	6室	

※上記は、厚生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と協議のうえ決定するものとします。

(13) 利用に当たって別途利用料金をご負担いただく施設・設備

--	--	--

※上記は、介護保険の給付対象とならないため、ご利用の際は、ご契約者に別途利用料金をご負担いただきます。

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。

令和7年4月1日現在

職種	職員配置数	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1	1名
2. 介護職員	58	43名
3. 生活相談員	2	2名
4. 看護職員	8	4名
5. 機能訓練指導員（兼務）	7	1名
6. 介護支援専門員	2	2名
7. 医師（非常勤）*1	3	必要数
8. 栄養士（管理栄養士）	1	1名

*1 医師は、2ヶ所の協力病院より、下記の勤務体制で内科医と精神科医の派遣を受け、医療業務を行っています。

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤務体制		
1. 医師	火・木曜日 金曜日 2回／月	午後 午前 午後	
2. 介護職員	早番 A 早番 B 早番 C 早番 D 中番 A 中番 B 中番 C 中番 D 遅番 夜勤	5：00～14：00 7：00～16：00 7：45～16：45 7：45～13：15 9：30～18：30 10：30～19：30 11：30～20：30 13：30～19：00 13：00～22：00 22：00～7：00	
3. 看護職員 (機能訓練指導員)	早番 中番 遅番	7：00～15：30 9：00～17：30 10：00～18：30	

※ 看護に係る責任者 健康管理室主任 遠藤 ちひろ

※上記勤務体制は、業務の都合により始業・終業時間の繰上げ・繰下げを臨時に行う場合があります。

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、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）

以下のサービスについては、居住費、食費を除き（通常9割、「一定以上の所得のある方」は8割、特に所得の高い方は7割）が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

① 居室の提供

- ・個室、4人部屋があります。部屋の空き状況等に応じて利用できます。
- ・ご契約者の状態や家族の事情により、指定介護予防支援事業者等の担当職員が緊急性を認めた場合は、居室以外の静養室にて利用が可能です。

②食事

- ・当事業所では、栄養士（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：11：30～12：30 夕食：17：30～18：30

③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。

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

- ・機能訓練指導員により、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。

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、適切な整容が行なわれるよう援助します。

＜サービス利用料金＞（契約書第7条参照）

下記の料金表によって、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金額（自己負担額）をお支払い下さい。

多床室、従来型個室利用時の1日あたりの料金（介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）は1月あたり）

サービス利用に係る自己負担額（1割負担）	要支援1 451円	要支援2 561円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	（18円）	※1
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）イ	22円	※1
滞在費	915円（多床室）	1,231円（個室）
食費	1,445円	
自己負担額小計（多床室）	2,833円	2,943円
自己負担額小計（個室）	3,149円	3,259円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	食費・居住費を除いた1月当たりの総所定単位数に14%乗じた単位数で算定	

※ご契約者が連続して 30 日を超えて（全額自費利用等を挟み、実質連続 30 日を超える）利用される場合は、それ以降の利用につき、サービス利用に係る自己負担が要支援 1 は 442 円（介護福祉施設サービス費の要介護 1 の単位数の 100 分の 75 に相当する単位数）、要支援 2 は 548 円（介護福祉施設サービス費の要介護 1 の単位数の 100 分の 93 に相当する単位数）が自己負担となります。

加算料金

送迎加算	迎光園と自宅（町内）の送迎を実施した場合の加算	片道	184 円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ※1	介護職員の総数のうち、介護福祉士が 80%以上、もしくは、勤続 10 年以上の介護福祉士が 35%以上配置されている事への加算	1 日につき	22 円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）イ※1	介護職員の総数のうち、介護福祉士が 60%以上配置されている事への加算	1 日につき	18 円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護職員等の処遇改善をするため、厚生労働大臣が定める基準の、いずれにも適合している事への加算	1 月あたりの総所定単位数に 14%を乗じた単位数で算定	

※1 サービス提供体制強化加算（Ⅱ）はサービス提供体制強化加算（Ⅰ）の基準に満たなく算定にならない場合に算定されます。二つの加算が同時に加算になることはありません。

- ・上記の利用料金は負担割合 1 割負担の方の料金です。一定以上の所得のある 65 歳以上の方は、負担割合が 2 割、特に所得の高い方は 3 割負担となります。（介護保険負担割合証に記載の負担割合）

◇ 当施設の滞在費・食費の負担額

居室と食事に係る費用について、負担限度額認定をうけている場合には認定証に記載している次に掲げた負担限度額とします。1 日の負担額が負担限度額を超えることはありません。

1 日あたり

対 象 者		区分	滞在費 (多床室)	滞在費 (個室)	食費
市町村 民税非 課税世 帯全員	生活保護受給者・老齢福祉年金受給者等 ※ 1	第 1 段階	0 円	380 円	300 円
	課税年金収入額と非課税年金収入額と 合計所得金額の合計が年間 80.9 万円以下の方 ※ 2	第 2 段階	430 円	480 円	600 円

	本人および世帯全員が住民税非課税で、 合計所得金額＋課税年金収入額＋非課 税年金収入額が 80.9 万円超え 120 万円 以下の方 ※3	第3段階 ①	430 円	880 円	1,000 円
	本人および世帯全員が住民税非課税で、 合計所得金額＋課税年金収入額＋非課 税年金収入額が 120 万円超の方 ※4	第3段階 ②	430 円	880 円	1,300 円
・上記以外の方 ・上記に該当しても、別世帯に配偶者がいる場 合、その配偶者の方が課税の方、また、預貯金等 が単身で 1,000 万円、夫婦で 2,000 万円を超える 方		第4段階	915 円	1,231 円	1,445 円

※1 預貯金等が、第1段階：単身 1,000 万円、夫婦 2,000 万円を超えない場合

※2 預貯金等が、第2段階：単身 650 万円、夫婦 1,650 万円を超えない場合

※3 預貯金等が、第3段階①：単身 550 万円、夫婦 1,550 万円を超えない場合

※4 預貯金等が、第3段階②：単身 500 万円、夫婦 1,500 万円を超えない場合

・滞在費は介護度に関わらず、1日毎で計算し負担額となります。

・食費は介護度に関わらず、朝食 390 円 昼食 550 円 夕食 505 円を提供した合計額が負
担額となります。

・食事を欠食される場合は、前日までにお申し出ください。当日の欠食については、欠食分
の食費についても費用負担していただきます。

☆ 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つ
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、利用料金の全額が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特別な食事(ご契約者が要した費用の実費)

②理 髪

[理髪サービス]

月に2回、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪）をご利用いただけま
す。 利用料金：1回あたり、実費をご負担いただきます。

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：材料代等の実費をいただきます。

④証明書の交付

ご契約者が、各種証明書を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

⑤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。

⑥介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合等

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合、及びご契約者が連続して 30 日を越えて指定短期入所生活介護等を受け、それ以降サービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者のご負担となります。(介護保険 10 割分及び第 4 段階相当の食費・滞在費)

⑦通常の実施区域外（長沼町外）への送迎

通常の事業実施区域外（長沼町外）にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、送迎加算の他に、下記料金をいただきます。

送迎距離片道 10 km以上 15 km未満 300 円

〃 15 km以上 500 円

（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、1 か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月の 20 日までに、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、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。但しご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。

○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。

（５）入院必要時の対応について

速やかに対応すると共に、予めお知らせいただいている緊急連絡先へご連絡します。

（６）事故発生時の対応について

- ① 事故が発生した場合、予めお知らせ頂いている緊急連絡先へ速やかに連絡します。また、必要に応じて地方公共団体など関係機関にも連絡します。
- ② 事故を調査した結果に基づいて、ご家族等にその発生状況やその後の対応について事実を十分に説明します。
- ③ 事故後の対応にあたっては、ご利用者本人やご家族等の気持ちを考え、誠意ある態度で対応します。

５．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）

当施設は、ご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 ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全・確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態等の必要な事項について、医師、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、ご契約者又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。
- 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。
- ⑤ サービス提供時において、利用者に病状の急変が生じた場合等、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の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ご契約者又は代理人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 感染症の予防及びまん延防止の為の対策を検討する委員会の開催と、研修・訓練を行います。
- ⑧ 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、その結果について介護従業者に周知徹底を図ります。また、研修を定期的の実施します。
- ⑨ 勤務体制の確保として、すべての介護従業者（看護師、介護福祉士を除く）に対し、認知症基礎研修を受講させるために必要な措置を講じます。
- ⑩ 感染症や非常災害の発生時において、ご契約者に対するサービスの提供を継続的に実施できるよう業務継続計画を策定し周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施します。
- ⑪ ご契約者の口腔の健康の保持を図るため、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護従業者に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年２回以上行い、助言に基づき口腔衛生の管理体制に係る計画を作成し、定期的に見直します。

6. 施設・設備の使用上の注意（契約書第 12 条、第 13 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、ご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。
- ご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、ご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。
- 当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動、又はハラスメント等を行うことはできません。
- 喫煙 指定の場所以外での喫煙はできません。

7. 苦情の受付について（契約書第 23 条参照）

当施設における苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員を下記により設置し苦情解決に努めます。

（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	相談室主任	高 橋 し の ぶ
	責任者	施設長	杉 本 雅 人

○第三者委員	菊 澤 政 則	TEL 0123-84-2053
	十 河 義 博	TEL 0123-88-3813

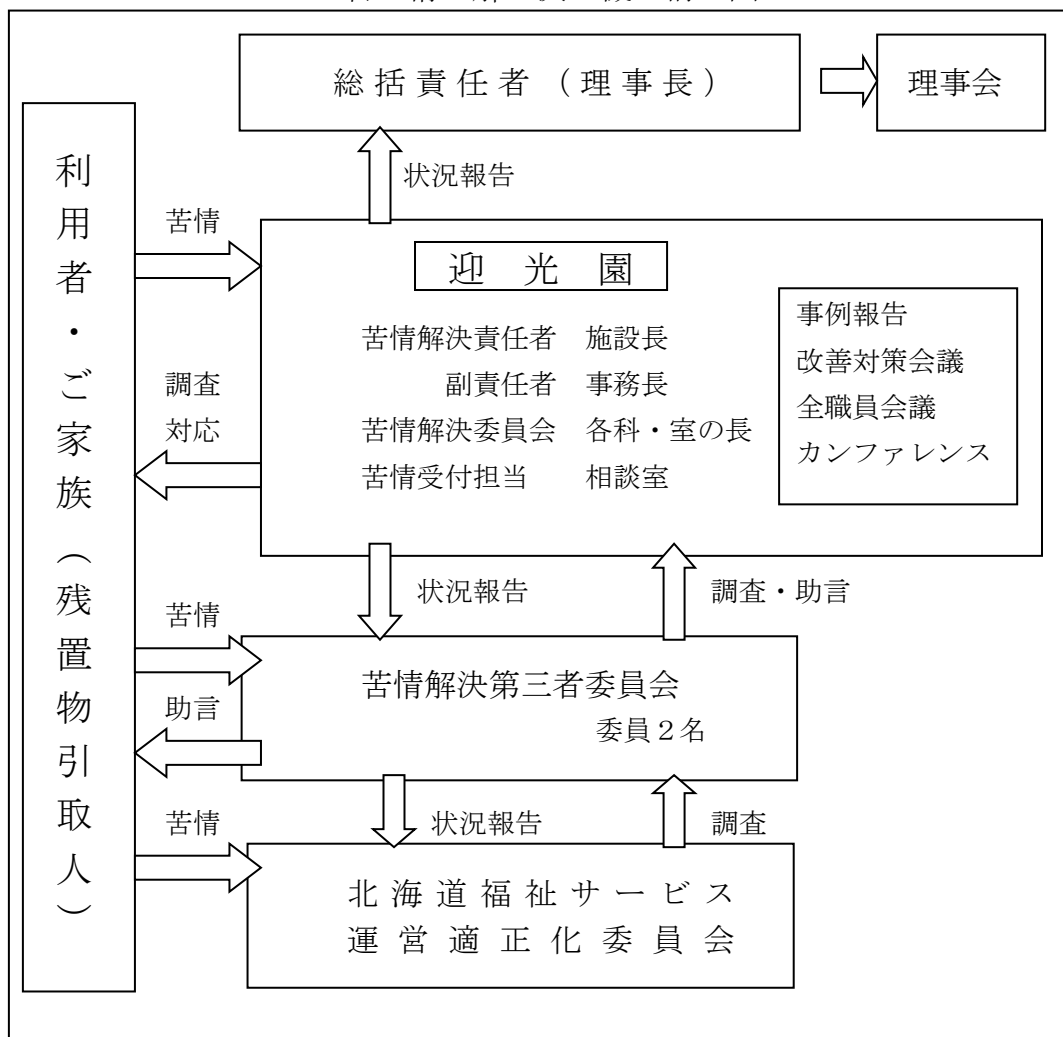
○受付時間 毎週月曜日～金曜日 9：00～17：00

※苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

「迎光園」 電話番号 0123-88-3030
FAX番号 0123-88-4138

- ①苦情は、面接・電話・書面等により苦情受付担当者が随時受け付けます。
尚、第三者委員に直接苦情を申出することもできます。
- ②苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い解決に努めます。
その際苦情申出人は、第三者委員への助言や立会いを求めることができます。

苦 情 解 決 機 構 図



（２）行政機関その他苦情受付機関

長沼町・保健福祉課 介護支援係	所在地	夕張郡長沼町南町 2 丁目 3 番 1 号
	電話番号	0123-82-5555 FAX 番号 0123-82-5070
	受付時間	9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
北海道社会福祉協議会 （北海道福祉サービス 運営適正化委員会）	所在地	札幌市中央区北 2 条西 7 丁目
	電話番号	011-204-6310 FAX 番号 011-204-6311
	受付時間	9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
国民健康保険団体連合会	所在地	札幌市中央区南 2 条西 14 丁目
	電話番号	011-231-5161 FAX 番号 011-231-5178
	受付時間	9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0

令和 年 月 日

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

指定予防短期入所生活介護 社会福祉法人 迎光会

説明者職名 相談室主任 氏名 高 橋 し の ぶ 印
相談室 氏名 木 村 鉄 也 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ました。

契 約 者 住所 _____
氏名 _____ 印

代理人及び署名代行人 住所 _____
氏名 _____ 印
続柄 _____

筆記困難であるため署名代行した理由

要介護状態・視力の低下・手指の麻痺・その他()

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第125条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。