

『指定短期入所生活介護』 樽前慈生園空床型介護予防短期入所生活介護事 業所

樽前慈生園空床型短期入所生活介護事業所 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
北海道指定 第0173602939号

あなたに対する短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護のサービス提供開始にあたり、施設の概要や提供されるサービスの内容、ご契約上ご注意頂きたい事を次のとおりご説明します。

※当施設への入所は、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。

◇ ◆ ◇ 目 次 ◇ ◆ ◇

1. 施設経営法人	2
2. 事業所の概要	2～3
3. 居室の概要	3
4. 職員の配置状況	4
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	4～9
6. 施設を退所して頂く場合（契約の終了について）	9～10
7. 事故報告及び連絡先氏名、住所	11
8. 苦情の受付について	12
9. 個人情報の取り扱いについて	13

説明と同意	・ ・ ・ ・ ・	14
契約終了及び解約申込書	・ ・ ・ ・ ・	15

1. 施設経営法人

①法人名	社会福祉法人 苫小牧慈光会
②法人所在地	北海道苫小牧市字樽前 2 1 6 番地 5
③連絡先	TEL. 0144-67-6308 FAX. 0144-67-4332
④代表者氏名	松神 繁俊
⑤法人設立年月日	昭和 5 4 年 6 月 2 6 日

2. 事業所の概要

①施設の種類	指定短期入所生活介護 令和 3 年 4 月 1 日指定 介護予防短期入所生活介護 令和 3 年 4 月 1 日指定 北海道知事指定 第 0173602939 号 ※当事業所は介護老人福祉施設に併設されています。
②施設の目的	・ 短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営む事ができる様に支援する事を目的とします。 ・ 利用者に日常生活を営む為に必要な居室及び共用施設等をご利用頂き、介護サービスを提供します。 ・ この施設は、身体上又は精神上に著しい障害がある為、常時介護を必要とし、且つ居宅に於いて介護を受ける事が困難な方がご利用頂けます。
③施設の名称	介護老人福祉施設樽前慈生園内 空床型介護予防短期入所生活介護事業所 空床型短期入所生活介護事業所
④施設の所在地	北海道苫小牧市美原町 3 丁目 9 番 1
⑤連絡先	TEL. 0144-67-5601 FAX. 0144-67-5602
⑥施設長（管理者）	郡司 靖治
⑦当施設の運営方針	事業所の短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護事業従事者は、利用者が可能な限り居宅生活と連続して生活が送れるよう配慮しつつ、その有する能力に応じて、利用者が相互に社会関係を築き、自立した日常生活を営むことができるよう食事、入浴、排泄等の介護、その他日常生活上の介護及び機能訓練等を支援し、利用者の生活機能の維持並びに向上を目指すとともに、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図れる

よう努めるものとする。

- ⑧開設年月日 指定短期入所生活介護 令和3年4月1日
介護予防短期入所生活介護 令和3年4月1日
- ⑨空所利用 施設利用者が入院等により自室を留守にしている間、居室利用者の了解を得られた場合に利用する。
- ⑩事業所の実施地域 苫小牧市
- ⑪営業日及び受付時間

営業日	年中無休
受付時間	9:00～17:30

3. 居室の概要

- ・短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護サービス利用にあたり、当事業所では、全室個室となります。
- 利用については、居室の空き状況及び利用者の身体、精神的状況、経済状況を加味して決めさせていただきます。

① その他の設備と内訳

設備の種類	設 備 数
共同生活室	各ユニット1室
浴室（一般浴・機械浴）	各階2室
医務室	1室

※上記設備の利用にあたって、ご負担して頂く費用はございません。

4. 職員の配置状況

- ①当施設では、利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種を配置しています。

令和7年3月1日 現在

職 種	常勤換算	指定基準
施設長（管理者）	1. 0	1. 0
介護支援専門員	1. 0	1. 0
生活相談員	1. 0	1. 0
看護職員	4. 7 4	3. 0
機能訓練指導員	1. 4 8	1. 0
介護職員	3 7. 0 7	2 4. 0
栄養士	2. 0	1. 0

医 師	—	必要数
-----	---	-----

※常勤換算とは、直接処遇職員（看護職員、介護職員）に対して、週あたりの勤務延時間数（36.25h）で除した値です。

②主な職種の勤務体制

短期入所及び介護予防短期入所勤務体制は、標準的な時間帯における最低配置人員で反対を含めて積算しております。

職 種	勤務体制	勤務時間	配置人数
介護職員	早朝	06:30～15:00	4 名
	日中	09:00～17:30	若干名
	遅番	10:00～18:30 12:00～20:30	8 名
	夜間	17:00～10:00	4 名
看護職員	日中	09:00～17:30	1 ～ 2 名
	遅番	10:00～18:30	1 名
機能訓練指導員	日中	09:00～17:30	1 名
医 師	木曜日	10:00～12:00	1 名

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

◎短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護サービス

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して頂く場合があります。

（1）介護保険給付の対象サービス（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7割～9割）が介護保険から給付されます。

【サービスの概要】

①食 事

- ・当施設では、選任の栄養士が立てる献立により、栄養並びに利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・自立支援の為、離床してホールにて食事を摂って頂きますが、心身の状況によっては、お部屋で摂って頂く事もあります。

◇食事時間・・・朝食（7時30分～）、昼食（12時00分～）、夕食（17時30分～）

②入 浴

- ・入浴又は、清拭を週 2 回行い、身体の保清に努めます。
- ・入浴設備として一般浴槽と機械浴槽（特殊浴槽）の 2 種類があります。

③排 泄

- ・利用者の身体状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な支援を行います。

④機能訓練（生活機能訓練）

- ・利用者の身体状況に合わせて訓練を行い、身体機能の維持並びに機能低下防止に努めます。尚、訓練は機能訓練指導員が実施します。

⑤健康管理

- ・協力医療機関の医師や看護職員が健康管理を行います。
- ・医療機関への受診はご家族で対応いただきます。
- ・緊急時等の必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関に責任を持って引き継ぎます。

⑥その他の自立支援

- ・寝たきり防止の為、心身の状況等を勘案し、できる限り離床に努めます。
- ・生活のリズムを考え、毎朝晩の着替えを行うように配慮します。
- ・清潔で快適な生活を送れるよう、適切な整容を支援します。

【サービスの利用料金】（契約書 第 8 条 参照）

- ・下記の利用料金表によって、利用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の額を除いた金額と食事・居住費に係わる標準自己負担額の合計金額をお支払い頂きます。
- ・平成 27 年 8 月から負担能力のある一定以上の所得の方については、自己負担が 2 割・3 割となります。（下表参照）

尚、当施設は、社会福祉法人による利用者負担の軽減施設です。制度の利用にあたっては、ご利用者から住所地の介護保険担当窓口へご相談申請願います。

但し、要支援・要介護認定を受けている第 2 号被保険者の方は一律 1 割負担となります。

◇利用者負担割合の要件

要介護認定を受けている第1号被保険者（65歳以上）	本人の合計所得金額	年金収入+その他の合計所得金額の合計金額	負担割合
	220万円以上	単身世帯で340万円以上 または2人以上世帯で463万円以上	3割負担
		単身世帯で280万円～340万円未満 または2人以上世帯で346万円～463万円未満	2割負担
	160万円以上 220万円未満	単身世帯で280万円以上 または2人以上世帯で346万円以上	2割負担
	220万円以上	単身世帯で280万円未満 または2人以上世帯で346万円未満	1割負担
	160万円以上 220万円未満		
	160万円未満		1割負担

※第2号被保険者（40歳以上65歳未満の方）、市区町村民税非課税の方、生活保護受給者は上記にかかわらず1割負担

《要支援の方》令和6年4月施行

◇1日当たりの介護保険一部自己負担額

項 目		要支援 1			要支援 2		
		1割	2割	3割	1割	2割	3割
基本料金	ユニット型 個室	529円	1,058円	1,587円	656円	1,312円	1,968円

◇1日単位の加算利用料金（要支援の共通項目） 自己負担額（令和8年6月施行）

加算項目	1割負担	2割負担	3割負担
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18円	36円	54円
夜勤職員配置加算Ⅱ	18円	36円	56円
送迎加算（片道）	184円	368円	552円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	単位数合計 ×17.6%	単位数合計 ×17.6%	単位数合計 ×17.6%

《要介護1～5の方》令和6年4月施行

◇1日当たりの介護保険一部自己負担額（1割）

項 目		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本 料金	ユニット型 個室	704 円	772 円	847 円	918 円	987 円

◇1日当たりの介護保険一部自己負担額（2割）

項 目		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本 料金	ユニット型 個室	1,408 円	1,544 円	1,694 円	1,836 円	1,974 円

◇1日当たりの介護保険一部自己負担額（3割）

項 目		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本 料金	ユニット型 個室	2,112 円	2,316 円	2,541 円	2,754 円	2,961 円

◇1日単位の加算利用料金（要介護の共通項目） 自己負担額（令和8年6月施行）

加算項目	1割負担	2割負担	3割負担
夜勤職員配置加算Ⅰ	18 円	36 円	54 円
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	18 円	36 円	54 円
送迎加算（片道）	184 円	368 円	552 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	単位数合計 ×17.6%	単位数合計 ×17.6%	単位数合計 ×17.6%

- ①利用者が要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払い頂きます。
- ②要介護認定を受けた後、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）
- ③償還払いとなった場合、利用者が保険給付の申請を行う為に必要となる「サービス提供証明書」を交付致します。
- ④介護保険の給付変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額も変更になります。

(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8条 参照）

下記のサービスは、利用料金の全額が利用者負担となります。

◇介護保険負担限度額について

平成17年10月から施設サービスやショートステイでの居住費・食費が全額自己負担になりました。このため、所得の低い方の負担が重くなり過ぎないように、負担限度額が設けられました。限度額は下表の通りとなっております。

【サービスの概要と利用料金】

①食事の提供に要する費用（食事材料費及び調理費）

利用者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。食べた実食数に応じてご負担して頂きます。但し、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1日当たり）のご負担が上限となります。

②滞在費（光熱水費及び室料）

この施設及び設備を利用し、居住されるにあたり光熱水費及び室料をご負担して頂きます。但し、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1日当たり）のご負担が上限となります。

令和8年8月施行

食材費及び調理費	朝食	昼食	夕食		1日合計
	361円	506円	578円		1,445円
項 目	第1段階	第2段階	第3段階		第4段階
食事代	300円	600円	1,030円	1,360円	1,545円
ユニット型個室居住費	880円	880円	1,370円	1,470円	2,066円

※介護保険負担限度額認定証に記載された金額となっております。

③特別な食事サービス・・・利用者が選定する特別な食事に要する費用。

（外食、出前、酒類等の特別な食事を提供した場合）

④理容・美容サービス

・理容サービス・・・1ヶ月に1回、理容師の出張による理容サービス

⑤サービスに係わる記録等の複写物の交付

契約者又は利用者は、サービス提供記録をいつでも閲覧することが出来ますが、複写物を必要とする場合は、実費を負担して頂きます。（1枚につき10円）

⑥教養娯楽の提供、外出行事での諸費用

レクリエーション等に係わる諸費用で、利用者に負担して頂く事が適当である物については、実費負担して頂きます。

⑦契約者及び利用者が希望された飲料水、おやつを提供

利用者が専ら個人で飲食される嗜好性の高い飲料水、おやつ類の費用については実費負担して頂きます。(トロミ剤や補助食品を含む)

※尚、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致します。

(3) 利用料金の支払い方法 (契約書 第8条 参照)

前記の料金及び費用は、サービス終了時にお支払い下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書 第9条 参照)

- ・利用予定の前に、契約者、利用者の都合により、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出来ます。この場合、利用予定日の前日午後5時までに申し出て下さい。
- ・サービス利用の変更、追加の申し出に対して、事業所の稼動状況により契約者及び利用者の希望期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能期間又は日時を契約者、利用者に提示して協議します。
- ・利用予定の前日まで申し出なく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合であっても、キャンセル料は頂戴いたしません。

6. 施設を退所して頂く場合 (契約の終了について)

当施設との契約では、契約が終了する期日を定めておりません。但し、以下の事項に該当した場合には、当施設との契約が終了し、退所して頂く事がありますので、ご了承下さい。

◇契約書 第17条 参照

- ①利用者が死亡した場合。(契約の自動終了)
- ②要介護認定により「自立」と判断された場合。(契約の自動終了)
- ③事業所が解散や破産した場合又は、やむを得ない事由により施設を閉鎖した場合。
- ④施設の滅失や重大な毀損により、利用者へのサービス提供が不可能になった場合。
- ⑤当施設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。
- ⑤契約者から退所の申し出があった場合 (詳細は以下を参照下さい)

(1) 契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

（契約書 第18条、19条 参照）

契約有効期間であっても本契約を解約することが出来ます。その場合には、契約終了を希望する日の5日前までに解約届出書を提出して下さい。

但し、以下の場合には、即時に解約し退所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変更に同意できない場合。
- ②施設の運営規程変更不同意の場合。
- ③事業者及びサービス従事者が守秘義務に違反した場合。
- ④事業者及び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事業者及びサービス従事者が故意又は、過失により利用者の身体、財物、信用等を傷つけ、著しい不信行為や本契約を継続しがたい重大な事柄が認められた場合。
- ⑥他利用者が利用者の身体、財物、信用等を傷つける恐れがある場合に於いて事業者が適切な対応を取らない場合。
- ⑦利用者に係る居宅サービス計画（ケアプラン）及び介護予防サービス計画（介護予防ケアプラン）が変更された場合。

(2) 事業者からの退所の申し出（契約解除）（契約書 第20条 参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所して頂く事があります。

- ①契約者が利用者の心身状態及び病歴等の重要事項について、故意に告知せず又は、不実の告知を行い、本契約を契約しがたい重大な事柄を生じさせた場合。
- ②契約者がサービス利用料金の支払いを1ヶ月以上延滞し、2ヶ月以上の督促にも係わらず支払われない場合（最大4ヶ月未納の場合）。
- ③利用者が故意又は重大な過失により事業者、サービス従事者及び他利用者等の生命、身体、財物、信用等を傷つけ、著しい不信行為や本契約を継続し難い重大な事柄が認められた場合。
- ④利用者が介護老人福祉施設、介護老人保健施設に入所及び介護療養型医療施設に入院した場合。
- ⑤利用者が重大な自傷行為を繰り返して行う等、回復の見込みがない場合。

7. 事故報告及び連絡先氏名、住所

- ・利用者が利用中に生じた事故については、保険者である市町村及び道へ報告すると共に、契約者にも速やかに状況報告を行う。
- ・利用者の年齢を鑑み、容態急変及び入院等が生じた場合、契約者に連絡を取り状況報告等を行う。(契約書 第22条 参照)

緊急連絡先①

氏 名		続 柄	
住 所			
自宅電話			
携帯電話			
勤務先		電 話	

緊急連絡先②

氏 名		続 柄	
住 所			
自宅電話			
携帯電話			
勤務先		電 話	

8. 苦情の受付について（契約書 第26条 参照）

（1）当施設に於ける苦情の受付

当事業所に於ける苦情や相談については、以下の専用窓口で受け付けます。

◇苦情受付窓口及び氏名

担 当	職 名	氏 名	電話番号
苦情解決責任者	施設長	郡司 靖治	0144-67-5601
苦情受付責任者	生活相談員	大橋 春香	0144-67-5601

※受付時間：月曜日～土曜日（9：00～17：30）

※苦情受付BOXや電話での相談にも応じられる様になっております。

◇福祉サービス相談委員（第三者委員）

所 属	氏 名	電話番号
無 所 属	田原 雄平	0144-67-0511
苫小牧市民生児童委員協議会	山谷 壽郎	0144-72-8248

（2）苦情の受付、解決方法

- ①福祉サービス利用者及び家族からの苦情・相談は、面接、電話、書面等により苦情受付担当者が随時、受け付けています。
- ②受け付けた苦情は、苦情解決責任者と苦情対応委員会に報告致します。
- ③福祉サービス利用者及び家族の希望により、福祉サービス相談委員会の助言、立会い等の必要な場合は、福祉サービス相談委員会に苦情の内容及び報告を行い、福祉サービス利用者及び家族に対して、福祉サービス委員会が報告を受けた旨を通知致します。
- ④苦情解決責任者は、福祉サービス利用者及び家族と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、福祉サービス利用者及び家族又は苦情解決責任者は、福祉サービス相談委員会の助言や立会いを求めることが出来ます。
尚、福祉サービス相談委員会の立会いによる話し合いは、苦情内容の確認、助言、話し合い、解決案の調整の結果や改善事項等の確認を行います。

（3）行政機関、その他の苦情受付

苦情受付	所在地
苫小牧市介護福祉課	苫小牧市旭町4丁目5番6号 0144-32-6111
北海道福祉サービス運営適正化委員会	札幌市中央区北2条西7丁目 011-204-6311
国保連合会介護サービス苦情相談窓口	札幌市中央区北2条西14丁目 011-231-5175

9. 個人情報の取り扱いについて

(1) 使用目的

- ①利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供される為
に実施するサービス担当者会議での情報提供。
- ②医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、保険者、社会福祉
団体等との連絡調整。
- ③利用者が医療サービスの利用を希望している場合や主治医の意見を求める必要があ
る場合。
- ④利用者が利用する介護事業所内の介護会議での情報提供。
- ⑤行政の開催する評価会議、サービス担当者会議。
- ⑥その他、サービス提供で必要な場合。
- ⑦福祉事業やサービスの向上に資する為に行われる研究。
- ⑧実習生やボランティア等の人材育成。
- ⑨上記に関わらず、緊急を要する時の連絡等。

(2) 使用条件

- ①個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外に決して使用は
致しません。又、利用者とのサービス利用に関わる締結前からサービス終了後に於
いても第三者に漏らしません。

(3) 写真画像使用の同意

- ①私及び契約者（代理人）、家族は、広報誌、施設内掲示、ホームページ等において
写真画像の使用、掲載について了承します。

・ 同意します（ ）

・ 同意しません（ ）

令和 年 月 日

- ・指定居宅サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者	社会福祉法人 苫小牧慈光会 特別養護老人ホーム樽前慈生園			
	職 名		氏 名	印

契約者 (利用者)	住 所			
	氏 名	印	続柄	

- ☐ 私は、介護保険サービスを受けるにあたり、下記の者を私の代理人として選任し、契約の締結及び、付随事項等の一切を委任します。(第三者契約)

委任者 (利用者)	住 所			
	氏 名	印		
代理人 (契約者)	住 所			
	氏 名	印	続柄	

- ☐ 私及び契約者（代理人）は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。

- ☐ 私及び契約者（代理人）、家族は、社会福祉法人 苫小牧慈光会 特別養護老人ホーム樽前慈生園が、私及び契約者（代理人）、家族の個人情報を上記に定める使用目的、使用条件で使用、提供又は収集する事に同意します。

ご家族 (代表者)	住 所			
	氏 名	印	続柄	

契約終了及び解約申込書

私は、介護老人福祉施設 樽前慈生園 契約書 第16条(契約者からの中途解約等)、
17条(契約者からの契約解除)、18条(事業者からの契約解除)に基づき、介護老
人福祉施設 樽前慈生園と締結している、介護老人福祉施設サービスの契約を終了及び
解約致します。

社会福祉法人 苫小牧慈光会
特別養護老人ホーム樽前慈生園
理事長 松神 繁俊 様

令和 年 月 日

契約者 (利用者)	住 所			
	氏 名	印	続柄	

私は、次の者を代理人と定め上記の申請、届出、受領に関する権限を委任します。

【第三者契約】

委任者 (利用者)	住 所			
	氏 名	印		
代理人 (契約者)	住 所			
	氏 名	印	続柄	