

# 『ケアセンター しらかばの郷』

短期入所生活介護事業所

介護予防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。  
短期入所生活介護及  
介護予防短期入所生活介護  
北海道指定 第0173601535

当事業者はご契約者に対して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、ご契約上ご注意いただきたいことを次のとおりご説明します。

※ 当事業所のサービス利用は、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、施設経営法人	1
2、事業所の概要	1
3、職員の配置状況	2～3
4、当事業所が提供するサービスと利用料金	3～6
5、事故発生時の対応及び事故報告	6～7
6、苦情の受付について	7～8
7、運営・施設基準に関すること	8

# 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216番地5
- (3) 電話番号 0144-67-6308 FAX 67-4332
- (4) 代表者氏名 松 神 繁 俊
- (5) 法人設立年月日 昭和54年 6月26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 平成23年 4月 1日指定  
介護予防短期入所生活介護 平成23年 4月 1日指定  
北海道知事指定 0173601535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 指定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て可能な限り自立した日常生活を営むことができよう支援することを目的として、共用施設等をご利用いただき、介護サービスを提供します。

この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、且つ居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用できます。

- (3) 施設の名称 ケアセンターしらかばの郷 短期入所生活介護事業所
- (4) 施設の所在地 苫小牧市しらかば町5丁目5番6号  
及び電話番号 0144-71-1661 FAX 71-1662
- (5) 事業所長（管理者）藤 原 浩 之

- (6) 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が図れるよう努めるものとする。

- (7) 開設年月日 指定短期入所生活介護 平成23年4月1日  
介護予防短期入所生活介護 平成23年4月1日

- (8) 利用定員 19名（介護予防の定員は短期入所生活介護の定員に含む）
- (9) 事業所の実施地域 苫小牧市

- (10) 営業日及び受付時間

営業日	年中無休
受付時間	午前 9時15分から 午後17時45分まで

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、当事業所では以下の居室・設備をご用意しております。利用は、原則として1人部屋ですが、2人部屋のお部屋もございます。利用者の身体的・精神的状況、経済状況を加味して、ご契約者とお部屋については決めさせていただきます。

(※ 居室の決定方法については、ご契約者にご説明します。)

居室・設備の種類	居室（短期入所）
ユニット型個室（1人部屋）	19室

その他の設備

居室・設備の種類	設備の種類
食堂	2室
浴室（個浴）	2室
医務室	1室

※利用者にご負担していただく費用ではございません。

☆ 居室の変更について、利用者、ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合。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、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

### 3、職員の配置状況

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、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

令和6年4月1日 現在

職 種	(介護予防)短期入所生活介護（本体含む）	
	常勤換算	指定基準
1、施設長（管理者）	1.0	1（常勤）
2、生活相談員	1.0	1以上（常勤）
3、介護支援専門員	1.0	1以上
4、看護職員（機能訓練指導員兼務）	2.0	1以上（常勤）
5、介護職員	21.97	15以上（常勤）
6、栄養士	1.0	1人以上
7、医師		必要数

※ 常勤換算とは、直接処遇職員という看護職員・介護職員等に対して、週あたりの勤務延時間数（例：36.25h）で除した数です。

<主な職種の勤務体制>

職 種	
介護職員	早 出 6 : 3 0 ~ 1 5 : 0 0
	日 中 9 : 1 5 ~ 1 7 : 4 5
	夜 間 1 6 : 4 5 ~ 9 : 4 5
看護職員・機能訓練指導員	日 中 9 : 1 5 ~ 1 7 : 4 5
医 師	水曜日 1 0 : 3 0 ~ 1 1 : 3 0

## 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、利用者に対して以下のサービスを提供します。

◎ 短期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いただく場合があります。

(1) 介護保険の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、介護保険負担割合証に準じて、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、専任の栄養士が立てる献立表により、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。

なお、自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただきたいと思います。心身の状況によりお部屋でとることもできます。

<食事時間>

短期入所生活介護及び介護予防短期入所の場合

朝食 7時30分～ 昼食 11時45分～ 夕食 17時15分～

◎ 入浴又は清拭を週2回行い身体の保清につとめます。入浴設備については個浴（各ユニット1室）・特別浴槽（特殊浴槽・小型介護浴槽）がございません。

② 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に援助を行います。

③ 機能訓練（日常生活動作訓練）

◎ 利用者の身体状況に合わせて日常生活動作訓練を行い、身体機能維持並びに機能低下防止に努めます。

④ 健康管理

◎ 医師や看護職員が、健康管理を行います。なお、緊急等必要な場合には主治医或いは協力医療機関に責任をもって引き継ぎます。

⑤ その他自立への支援（短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護）

- ◎ 寝たきり防止のため、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、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。

◎ 清潔で快適な生活を送れるよう、又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＞ （1日あたり） （契約書8条参照）

下記の料金表によって、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を除いた金額をお支払いいただきます。

（サービスの利用料金は、利用者の要介護度、負担割合（1～3割）に応じて異なります。）

あなたの利用料金は介護度により次のとおりとなります。

#### 《要支援の方》

##### 介護保険一部負担金（1日あたり・1割負担の場合）

		要支援1	要支援2
ユニット 型個室	サービス利用に係る自己負担額	529円	656円
ユニット 型個室	連続31日以上利用した場合	503円	623円

##### 加算利用料（要支援共通）・・・自己負担分（1割負担の場合）

サービス提供体制強化加算Ⅰ	1日 22円
療養食加算（対象者のみ）	1回6円（1日で18円）
送迎加算	1回 184円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	単位数合計×11.3%

#### 《要介護1～5の方》

##### 介護保険一部負担金（1日あたり・1割負担の場合）

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット 型個室	サービス利用に係る自己負担額	704円	772円	847円	918円	987円
ユニット 型個室	長期利用減算適用後（31～60日）	674円	742円	817円	888円	957円
ユニット 型個室	長期利用減算適用後（61日以降）	670円	740円	815円	886円	955円

##### 加算利用料（全要介護度共通）・・・自己負担分（1割負担の場合）

夜勤職員配置加算Ⅱ	1日 18円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1日 22円
療養食加算（対象者のみ）	1回6円（1日で18円）
送迎加算	1回 184円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	単位数合計×11.3%

☆ 利用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金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しされます。（償還払い）。

償還払いとなる場合、利用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。

☆ 利用者に提供する食事の材料に係る費用は別途頂戴いたします。

☆ また介護保険の給付額の変更があった場合、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）

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

### <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。ただし、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）のご負担が上限になります。

<b>食材料費及び調理費</b>	<b>1日合計</b>	<b>1445円</b>
	朝食	311円
	昼食	532円
	夕食	602円

利用者負担段階	負担限度額（1日当たり）
第1段階	300円
第2段階	600円
第3段階①	1000円
第3段階②	1300円

#### ② 滞在費（光熱水費および室料）

この施設及び設備を利用し、居住されるにあたり、光熱水費および室料を、ご負担して頂きます。

ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方は、その認定証に記載された居住費の金額（1日当たり）のご負担となります。

### ユニット型居室 1日につき 2066円

※利用者が介護保険負担限度額認定証の発行を受けている場合には、1日の居住に要する費用の負担限度額は以下の通りになります。

利用者負担限度額	個室 負担限度額（1日当たり）
第1段階	880円
第2段階	880円
第3段階①	1370円
第3段階②	1370円

#### ③ 利用者が選定した特別な食事の提供

外食・出前・お酒等特別な食事を提供した場合。（実費負担）

- ④ 理美容サービス  
月1回理容師の出張、2ヶ月1回の理美容サービス。（実費負担）
- ⑤ 複写物の交付  
ご契約者は、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、実費をご負担していただきます。  
(1枚につき 10円)
- ⑥ 教養娯楽の提供、野外レクリエーション等行事での入館料  
(実費負担)
- ⑦ 利用者が選定した水分補給、おやつ類  
(実費負担)
- ⑧ テレビレンタル料 (1日につき50円)

※なお、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8条参照）  
前記の料金、費用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できます。この場合、利用予定日の前日午後5時まで申し出てください。
  - 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及び利用者の希望期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時を契約者、利用者へ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は、キャンセル料は頂戴いたしません。

## 5、事故発生時の対応及び事故報告について

（契約書第22条参照）

利用者が利用中に事故が発生した場合、緊急通院行うとともに、ご契約者に事故の状況を報告する。また、保険者である関係市町村、さらには当該居宅支援事業所にも事故状況、内容等を速やかに報告するものとする。

なお、利用者の年齢、疾病等を鑑み容体急変、及び入院等が生じた場合、ご契約者に速やかに連絡をとり状況報告を行う。

また、利用者の年齢等を鑑み容体急変、及び入院等が生じた場合、ご契約者に連絡をとり状況説明等を行う。

①	連絡先氏名	
	自宅電話	
	携帯電話	
	続 柄	
②	連絡先氏名	
	自宅電話	
	携帯電話	
	続 柄	

## 6、苦情の受付について（契約書第24条参照）

- (1) 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。  
また、苦情受付ボックスや電話でのご相談にも応じられるようになっております。

○苦情受付窓口及び氏名

	職名及び氏名	電話番号
苦情解決責任者	施設長 藤原 浩之	0144-71-1661
苦情受付担当者	副施設長 勝見 祥	0144-71-1661

- 受付時間 毎週月曜日～土曜日 9時15分～17時45分

また、苦情受付ボックスや電話でのご相談にも応じられるようになっております。

○福祉サービス相談委員氏名（第三者委員）

錦岡西地区民生委員児童委員協議会会長	田原 雄平	0144-67-0511
山手地区民生委員児童委員協議会副会長	山谷 寿郎	0144-72-8248

(2) 苦情の受付、解決の方法

- 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ご希望により福祉サービス相談委員会（第三者委員）の助言、立会い等必要な場合は、福祉サービス相談委員会（第三者委員）に苦情の内容及び報告を行い確認の上、福祉サービス利用者及び家族に対して福祉サービス相談委員会（第三者委員）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（第三者委員）の助言や立会いを求めることができます。  
尚、福祉サービス相談委員会（第三者委員）の立会いによる話し合いは、苦情内容の確認、解決案の調整・助言・話し合いの結果や改善事項等の確認を行います。

(3) 行政機関その他苦情受付

苫小牧市役所福祉部 介護福祉課	所在地 電話番号	苫小牧市旭町4丁目5-6 0144-32-6111
北海道福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 電話番号	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	所在地 電話番号	札幌市中央区南2条西14丁目 011-231-5175

## 7、運営・施設基準に関すること

(1) 第三者評価事業の実施について

○提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	なし
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	

指定居宅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。

ケアセンターしらかばの郷 短期入所生活介護事業所  
ケアセンターしらかばの郷 介護予防短期入所生活介護事業所

説明者職名 生活相談員 氏名 勝見 祥 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、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 印

住所  
契約者 氏名 印  
(続 柄)

# 個人情報の使用に係わる同意書

私及び契約者(家族代表)は、社会福祉法人苫小牧慈光会 地域密着型介護老人福祉施設 ケアセンターしらかばの郷が、私及び契約者、家族の個人情報(文書および写真・電子保存媒体など)を以下に定める条件のとおり、下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供または収集することに同意します。

## 1. 利用目的

- (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ために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- (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(自治体)、その他社会福祉団体等の連絡調整のため
- (3) 利用者が医療サービスの利用を希望している場合、および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (4) 利用者の利用する介護事業所内の介護会議のため
- (5) その他サービス提供で必要な場合
- (6) 福祉事業やサービスの向上に資するためにおこなわれる研究のため
- (7) 実習生やボランティアなど人材育成のため
- (8) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

## 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、決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる締結前からのサービス終了後においても第三者に漏らさない

令和            年            月            日

利 用 者                            氏            名

契約者(家族代表)                氏            名

(続 柄)

## ホームページ上への写真掲載について

当法人及び事業所の各種活動や取り組みにおいて、宣伝広報等広く情報を発信するにあたり、ご利用者様・ご家族の写真（顔写真を含む）動画を使用させていただく場合があります。

「個人情報の使用に係わる同意書」とは別に、本書面においてご利用者様・ご家族様の写真の使用についての意向を確認させていただきたいと思っております。

### 記

#### 【掲載内容】

- ①施設内外でのレク・行事参加の様子の画像等
- ②その他ブログ掲載が望ましいと考えられる画像等

私はショートステイ利用にあたり、ケアセンターしらかばの郷の広報活動の為に、写真・動画等を使用して制作するホームページに私及び契約者、家族が掲載されることに

【 同意します ・ お断りします 】（該当するものに○をつけて下さい）

また、掲載内容並びに掲載期間等については、ケアセンターしらかばの郷に一任することに

【 同意します ・ お断りします 】（該当するものに○をつけて下さい）

令和            年            月            日

利 用 者            氏            名

契約者（家族代表） 氏            名

（続 柄）