

池田光寿苑短期入所生活介護事業所利用 についての重要事項説明書

令和7年6月24日改定

当施設は介護保険の指定を受けています。
(北海道指定 第0174700245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及び指定介護予防短期入所サービスを提供します。施設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。

◆◆ 目 次 ◆◆

1. 事業所	2
2. 事業所の概要	2～3
3. 職員の配置状況	3～4
4. 当施設が提供するサービスと利用料金	4～7
5. 緊急時等における対応方法	7
6. 事故発生時の対応について	7
7. 苦情の受付について	7～8

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人池田光寿会
(2) 法人所在地 北海道中川郡池田町字西 2 条 10 丁目 2 番地 20
(3) 電話番号 015-572-5955
ファックス番号 015-572-5954
(4) 代表者氏名 理事長 畠山 敏彦
(5) 設立年月日 昭和 28 年 5 月 22 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
指定介護予防短期入所生活介護事業所
※当事業所は、特別養護老人ホーム池田光寿苑に併設されています。
- (2) 事業所の目的
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は、介護保険法及び関係法令の改正に併せて、その都度趣旨に従い、ご契約者（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に支援することを目的として、必要な居室および共用施設等をご利用いただき、短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称
池田光寿苑短期入所生活介護事業所
指定短期入所生活介護事業所
平成 12 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 19 年 4 月 1 日指定
北海道 第 0 1 7 4 7 0 0 2 4 5 号
- (4) 事業所所在地 北海道中川郡池田町字西 2 条 10 丁目 2 番地 20
(5) 電話番号 015-572-5955
ファックス番号 015-572-5954
(6) 施設長（管理者） 三好 なおみ
(7) 事業所の運営方針
当事業所は、懇切丁寧を旨として、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止または要介護状態となることの予防に資するよう短期入所生活介護サービス及び指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。
- (8) 開設年月日 平成 12 年 4 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 午前 9 時～午後 5 時

- (10) 利用定員 併設型 4 床
空床利用型 空床数の範囲内（50 床以内）

(11) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。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添えない場合があります。

居 室	室 数	1 室当たり面積	備 考
1 人部屋	2 室	17.40 m ²	洗面台 1 ヲ所、衣類収納 ナースコール設備
2 人部屋	1 室	22.50 m ²	
合 計	3 室		

(特別養護老人ホームとの共用設備)

設備の種類	数	1 室当たり面積	備 考
サロン	3 室	ひだまり 31.2 m ² きらきら 38.6 m ² ぐりん 63.5 m ²	大型テレビ、流し台、テーブル
機能訓練室	1 室	150.7 m ²	
一般浴室	1 室	33.45 m ²	
特別浴室	1 室	32.50 m ²	寝台式入浴装置、座位式入浴装置
医 務 室	1 室	40.0 m ²	

※ 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及び指定介護予防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。

居室に関する特記事項：トイレはフローアに男性用、女性用各 1 箇所あります。居室内トイレはありません。

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及び指定介護予防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	配置数	常勤換算数	指定基準
施設長（管理者）	1		1
医 師	1(嘱託)		1 以上（嘱託可）
介護職員	25	22.8	利用者が 3 人又はその端数を増す毎に 1 以上
看護師	4（常勤兼務）	2.0	2 以上
機能訓練指導員	4（常勤兼務）	1.0	1 以上
介護支援専門	1（常勤兼務）	1.0	1 以上
生活相談員	2（常勤兼務）	1.0	1 以上
管理栄養士	1（常勤兼務）	1.0	1 以上（栄養士）

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中： 7：00～19：30 夜間：19：30～ 7：00
看護師兼機能訓練指導員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中： 9：00～18：00

☆ 土、日は、上記と異なります。

☆ 医師の勤務時間・曜日は、診療の都合により変更となる場合があります。

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

(1) 介護保険の給付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9割又は8割若しくは7割が介護保険から給付されます。

《サービスの概要》

① 食 事

- ・当事業所では、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及び嗜好を考慮した食事を提供します。また、心身の状況に応じて、適切な方法により、食事の自立について必要な支援を行います。
- ・相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、サロンで食事を摂っていただくよう支援します。

(食事時間) 朝 食 7:45～9:00
 昼 食 12:00～13:00
 夕 食 17:00～18:00

② 入 浴

- ・身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により週2回以上の入浴の機会を提供します。体調等により入浴できない場合は清拭を行います。
- ・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

- ・心身の状況に応じて、適切な方法により、排泄の自立について必要な支援を行います。おむつを使用せざるを得ない場合も、排泄の自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えます。

④ 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回復または、その減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 健康管理

- ・医師や看護師が、健康管理を行います。
- ・利用期間中の医療機関の受診は、基本的にご家族に対応いただきます。

⑥ その他自立への支援

- ・日常生活における家事を、その心身の状況において、それぞれの役割を持って行えるよう、適切に支援します。
- ・離床・着替え・整容等の日常生活上の行為を適切に支援します。

《サービス利用料金（１日当たり）》（契約書第８条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度と利用する居室の種類に応じたサービス利用料金から介護給付費額を除いた金額（自己負担額）、居住費及び食費の合計金額をお支払いください。

（従来型個室・多床室を利用した場合）

① ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援 1	要支援 2			
	4,510 円	5,610 円			
	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	6,030 円	6,720 円	7,450 円	8,150 円	8,840 円

サービス種別（介護度は関係ございません）

②サービス種類	夜勤職員配置加算（Ⅰ）	130 円
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	180 円
③介護職員処遇改善加算Ⅲ	（ ①＋② ） × 1.3 %	
④介護保険から給付される金額	①＋②＋③の 9 割又は 8 割若しくは 7 割	
⑤サービス利用に係わる自己負担金額	①＋②＋③の 1 ～ 3 割 （介護保険負担割合証に準ずる）	

☆介護保険で認める送迎の利用料金 片道につき 1,840 円（自己負担は 184 円）

（送迎地域：池田町内に限る）

☆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）。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8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食費・・・ご契約者に提供する食事の材料費及び調理費相当額です。

食事提供に要する費用 (一日あたり)	通常	介護保険負担限度額認定証記載の金額				
	第 4 段階	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	
	1,553 円	300 円	600 円	1,000 円	1,300 円	

第1段階～第3段階の方は360円、昼食506円、夕食579円の実食数となります。
ただし、食費の上限は各負担限度額になります。

第4段階の方は朝食384円、昼食545円、夕食624円の実食数となります。

②滞在費・・・ご契約者の利用した居室の種類に応じて負担いただきます。

(従来型個室を利用した場合)

滞在に要する費用 (一日あたり)	通常	介護保険負担限度額認定証記載の金額				
	第 4 段階	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	
	1,231 円	380 円	480 円	880 円	880 円	

(多床室を利用した場合)

滞在に要する費用 (一日あたり)	通常	介護保険負担限度額認定証記載の金額				
	第 4 段階	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	
	915 円	0 円	430 円	430 円	430 円	

③理 髪

月に1回（第1日曜日）、理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。利用料金：1回あたり 2,500 円（調髪のみの場合 2,000 円）

④レクリエーション・クラブ活動

ご契約者のご希望により、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。

⑤複写物の交付

ご契約者は、サービスを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いただきます。

1枚につき 20 円

※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。

☆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の事由について、変更を行う1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(1)(2)の料金・費用は月締めとし、ご利用期間分の合計金額を翌月10日頃(その日が土・日・祭日の場合はその前日)に「短期入所生活介護利用料請求内訳書」として郵送しますので、請求日から1週間以内に光寿苑事務室、又は送迎時にお支払いいただくか、口座引落も可能ですので、希望する方はご利用ください。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第9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及び介護予防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、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	当日の利用料金の1割又は2割若しくは3割 (介護保険負担割合証に準ずる)

○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. 緊急時等における対応方法

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、その他緊急事態が生じた場合には、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など必要な処置を講じます。

協力医療機関

医療機関の名称	十勝いけだ地域医療センター
所在地	中川郡池田町字西2条5丁目25番地
診療科	内科、外科

6. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族等への連絡を行います。また、事故処理対策マニュアルにもとづき事故発生の原因究明を行い、適切な事故対策を図ります。

7. 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の受付

当事業所における苦情やご相談は、面接・電話・書面などにより、苦情受付担当者が随時受け付けます。

なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

○ 苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕生活相談員 高嶋 圭

〔職名〕生活相談員 児玉 奨弥

○ 苦情解決責任者

〔職名〕施設長 三好 なおみ

○ 第三者委員

〔氏名〕河合 勇夫 （連絡先電話 015-572-3870）

〔氏名〕伊藤 征四郎 （連絡先電話 015-572-2145）

（2）苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

（3）苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。

その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立ち合いを求めることができます。

なお、第三者委員の立ち合いによる話し合いは、次により行います。

ア. 第三者委員による苦情内容の確認

イ. 第三者委員による解決案の調整・助言

ウ. 話し合いの結果や改善事項等の確認

（4）行政機関その他苦情受付機関

当事業所で解決できない苦情は下記に申し立てることもできます。

池田町保健センター	所在地 中川郡池田町字西3条5丁目 電話番号 015-572-2100 FAX 015-572-2862 受付時間 9:00～17:00（月～金）
北海道国民健康保険 団体連合会 介護保険課苦情処理係	所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館 電話番号 011-231-5161 FAX 011-233-2178 受付時間 9:00～17:00（月～金）
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丁目かでの2.7 3階 電話番号 011-204-6310 FAX 011-204-6311 受付時間 9:00～17:00（月～金）

指定短期入所生活介護サービス（及び指定介護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。

令和 年 月 日

池田光寿苑指定短期入所生活介護事業所

説明者職名 生活相談員 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（及び指定介護予防短期入所生活介護サービス）の提供開始に同意しました。

利用者 住 所

氏 名 印

（署名代行者）

私は、下記の理由により、利用者の意見を確認したうえ、上記署名を代行しました。

署名代行者 住 所

氏 名 印

署名代行の理由

利用者の家族等 住 所

氏 名 印

利用者との続柄

※この重要事項説明書は、厚生労働省令第 37 号（平成 11 年 3 月 31 日）第 125 条の規定に基づき、入所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。