

指定（介護予防）短期入所生活介護重要事項説明書

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 (01632) 2-2429

担当 砂原みちる（施設介護課総務係長）

渡辺美香（恵愛荘生活相談員）

（午前8時30分～午後5時30分 但し、土日・祝日は除きます）

※ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 天塩町在宅老人指定（介護予防）短期入所生活介護事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類

| | | | |
|----------|----------------------------|------------|--|
| 事業所名 | 天塩町在宅老人指定（介護予防）短期入所生活介護事業所 | | |
| 所在地 | 天塩郡天塩町字サラキシ5710番地 | | |
| 介護保険指定番号 | 指定短期入所生活介護 | 0176700193 | |
| | 指定介護予防短期入所生活介護 | 0176700193 | |

(2) 同施設の職員体制 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| | | 指定基準 | 恵愛荘 運営規定の人員 | | | |
|----------|------|-------|-------------|-----|----|-----|
| | | | 常勤 | 非常勤 | | 計 |
| 施設長（管理者） | | 1名以上 | 1名 | | 兼務 | 1名 |
| 医師 | | 1名以上 | | 1名 | 嘱託 | 1名 |
| 事務職員 | | 基準無し | 名 | 2名 | 兼務 | 2名 |
| 生活相談員 | | 1名以上 | 1名 | | 兼務 | 1名 |
| 看護職 | 介護員 | 20名以上 | 18名 | 6名 | 兼務 | 24名 |
| | 看護師 | | 1名 | | 兼務 | 1名 |
| | 准看護師 | | 2名 | | 兼務 | 2名 |
| 管理栄養士 | | 1名以上 | 1名 | | 兼務 | 1名 |
| 機能訓練指導員 | | 1名以上 | 1名 | | 兼務 | 1名 |
| 調理員 | | 必要数 | 6名 | 5名 | 兼務 | 11名 |
| 介護支援専門員 | | 基準無し | 1名 | | 兼務 | 1名 |

※指定基準の人員については、特別養護老人ホームと一体的に運営されており、特別養護老人ホーム50床と短期入所10床を合わせた定員の基準となります。

(3) 同施設の設備の概要

| | | | | |
|----|------|-----------------|-------|----|
| 定員 | | 10名 | 静養室 | 1室 |
| 居室 | 2人部屋 | 3室（1室 27㎡） | 医務室 | 1室 |
| | 個室 | 4室（1室 13.35㎡） | 食堂 | 1室 |
| 浴室 | | 一般浴槽と特殊浴槽があります。 | 機能訓練室 | 1室 |
| | | | 地域交流室 | 1室 |

3. サービス内容

- (1) 入浴、清拭による清潔の保持
- (2) 排泄の自立援助
- (3) 離床、着替え、整容その他日常生活上の世話
- (4) 食事の提供及び栄養管理
- (5) 生活機能の改善又は維持のための機能訓練
- (6) 健康管理
- (7) 家族に対する相談、助言等の援助
- (8) その他レクリエーション行事等のサービスの提供

4. ご利用料金

(1) 基本料金 ① 施設利用料

イ) 多床室

| 要介護度 | サービス費総額 | 利用者負担額(1割負担) | 利用者負担額(2割負担) |
|------|---------|--------------|--------------|
| 要支援1 | 4,510円 | 451円 | 902円 |
| 要支援2 | 5,610円 | 561円 | 1,122円 |
| 要介護1 | 6,030円 | 603円 | 1,206円 |
| 要介護2 | 6,720円 | 672円 | 1,344円 |
| 要介護3 | 7,450円 | 745円 | 1,490円 |
| 要介護4 | 8,150円 | 815円 | 1,630円 |
| 要介護5 | 8,840円 | 884円 | 1,768円 |

ロ) 従来型個室

| 要介護度 | サービス費総額 | 利用者負担額(1割負担) | 利用者負担額(2割負担) |
|------|---------|--------------|--------------|
| 要支援1 | 4,510円 | 451円 | 902円 |
| 要支援2 | 5,610円 | 561円 | 1,122円 |
| 要介護1 | 6,030円 | 603円 | 1,206円 |
| 要介護2 | 6,720円 | 672円 | 1,344円 |
| 要介護3 | 7,450円 | 745円 | 1,490円 |
| 要介護4 | 8,150円 | 815円 | 1,630円 |
| 要介護5 | 8,840円 | 884円 | 1,768円 |

3割負担の方は1割負担の3倍を負担していただきます

※上記の自己負担額の他に、短期入所生活介、介護予防短期入所生活介護共通で

[加算・減算体制](1日当たり)

| 加算項目 | サービス費総額 | 利用者負担額 (1割負担) | 利用者負担額 (2割負担) |
|-------------------|------------|------------------|------------------|
| サービス提供体制強化加算Ⅱ(注1) | 180円 | 18円 | 36円 |
| 夜勤職員配置加算Ⅰ(注2) | 130円 | 13円 | 26円 |
| 送迎加算(注3) | 1,840円 | 184円 | 368円 |
| 緊急短期入所受け入れ加算(注4) | 900円 | 90円 | 180円 |
| 看護体制加算Ⅰ(注5) | 40円 | 4円 | 8円 |
| 短期生活長期利用者提供減算(注6) | -300円 | -30円 | -60円 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅳ(注7) | 利用単位数×9.0% | 左記の1割 | 左記の2割 |

注1：介護職員に介護福祉士を60%以上配置

注2：夜勤時間帯に介護職員を常勤換算で3名以上配置（指定基準は1.6名）

注3：ショート利用時に送迎を行った際に片道184円（1割負担の方）をご負担お願いします。

注4：居宅サービス計画書において計画的に行うこととなっていないショートステイを利用する場合、7日（やむを得ない事情がある場合は14日）を限度として1日に90円（1割負担の方）をご負担お願いします。

注5：看護師を配置（1名以上）

注6：連続して30日を超えて利用した場合、超えた日から1日につき30円減算します。

注7：介護保険適用時の1日当たりの合計額に9.0%をかけた額の負担をお願いします。

介護保険外の利用の場合は、1日当たりの料金に上記の加算額をかけた金額の負担をお願いします。

※ 現在、上記のすべての加算を算定しているわけではありません。現在算定していない加算については、職員配置及び加算適応時に加算することもあります。

② 滞在費（室料）

多床室（相部屋）と従来型の個室に分かれます。多床室は光熱水費を、従来型個室は室料と光熱水費をそれぞれお支払い下さい。又、収入（利用者負担区分）によっても負担が異なります。ご希望の部屋が満室の場合はご希望に沿えないこともあります。又、お客様の心身の状態、施設の都合によって変更させていただく場合もありますので、あらかじめご了承下さい。

| 利用者負担区分 | 適 用 | 多床室 | 従来型個室 |
|---------|---|----------|--------|
| 第1段階 | 市町村民税世帯非課税（世帯主及び全ての世帯員が、市町村民税非課税である方又は市町村の定める条例により市町村民税が免除された方）の老齢福祉年金受給者 生活保護受給者 | 負担はありません | 380円 |
| 第2段階 | 市町村民税世帯非課税であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額80万円以下の方 ※資産要件[単身者650万円以下・夫婦1,650万円以下] | 430円 | 480円 |
| 第3段階 | ①市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外[課税年金収入額80万円から120万円未満] ※資産要件[単身者550万円以下・夫婦1,550万円以下] | 430円 | 880円 |
| | ②市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外[課税年金収入120万円以上]の方 ※資産要件[単身者500万円以下・夫婦1,500万円以下] | 430円 | 880円 |
| 第4段階 | 上記以外の方で、世帯課税、若しくは一定の資産を有する世帯 | 915円 | 1,231円 |

③ 食費

食材料費と調理費相当分が自己負担になります。利用者負担区分に応じた負担額を事業者にお支払い下さい。

| 利用者負担区分 | 適 用 | 日 額 |
|---------|-----------|--------|
| 第1段階 | 滞在費表に準じます | 300円 |
| 第2段階 | | 600円 |
| 第3段階① | | 1,000円 |
| 第3段階② | | 1,300円 |
| 第4段階 | | 1,445円 |

(2) その他の料金

① 理美容費

実費を業者にお支払い下さい。

② その他

- ・ 上記の他レクリエーション費用、買い物サービス、クリーニング費用（お客様のご希望で業者に出された場合）、ご利用中に生じた医療費及び薬剤費は自己負担となります。
- ・ 天塩町外の送迎について。

※ 天塩町域以外のお客様は保険内の送迎料金の他に実費送迎料金が加算されます。

片道～中川町 800円、幌延町 420円、遠別町 400円

その他の地域は、送迎対象外となります。

(3) ご利用中の中止

ご利用途中にサービスを中止される場合、中止された当日までの日数を基に計算します。

※ 以下の場合に、ご利用途中でもサービスを中止する場合があります。

- ・ お客様が途中退所を希望された場合
- ・ ご利用開始日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・ ご利用中に体調が悪くなられた場合
- ・ 他のお客様の生命または健康に重大な影響をあたえる行為があった場合

(4) 支払方法

毎回、(介護予防)短期入所生活介護ご利用月の翌月に請求書をお送りいたしますので、口座振替もしくは事務所窓口にてお支払い下さい。

5. サービスのご利用方法

(1) サービスのご利用申し込み

まずは、事業所もしくは担当の介護支援専門に電話等でお申し込み下さい。ご利用期間決定後、契約を締結いたします。なお、ご利用の予約は2ヶ月前から可能です。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼されている場合は、事前にご担当の介護支援専門員とご相談下さい。

(2) サービス利用契約の終了

① お客様のご都合でサービス利用契約を終了される場合

実際に(介護予防)短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書でのお申し

出により、いつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効となります。

② 自動終了

以下の場合には双方の通知がなくても、自動的に契約を終了し、予約は無効となります。

- ・ お客様が介護保険施設に入所された場合
- ・ お客様がお亡くなりになられた場合
- ・ 介護保険（介護予防）給付でサービスを受けているお客様の要介護（要支援）認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

※ この場合に限り、予約を有効にしたまま、契約条件を変更して再度契約することができます。

6. 緊急時の対応方法

お客様に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

| 緊急連絡先 | |
|---------|--|
| 氏 名 | |
| 住 所 | |
| 電 話 番 号 | |
| 続 柄 | |

7. 事故発生時の対応

- (1) ① お客様の状況確認、病院に連絡・搬送
② 施設長に連絡、家族への連絡、事故対策委員会召集
③ 損害賠償手続
- (2) 損害賠償に関する対応

当施設は社会福祉施設総合損害補償「施設の損害補償」に加入しています。

- ① 施設の業務中事故賠償補償
- ② 滞在型施設の傷害事故補償
- ③ 施設送迎車搭乗中の事故補償

8. 第三者評価の実施状況

評価機関 タンジェント株式会社
実施年月日 平成19年12月3日
評価結果の開示 請求による開示。ホームページに掲載。

9. サービス内容に関する相談・苦情

- ・ 当施設ご利用に関する相談・苦情担当
担当 生活相談員 渡 辺 美 香
電話 (01632) 2-2429
- ・ 苦情解決責任者
施設長 上 田 健 司

10. ご利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

- (1) ご利用者からの相談又は苦情等に対する常設の窓口（連絡先）、担当者 の設置
- ① 相談・苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を置いております
 - ② 担当者不在の場合、別紙「相談・苦情受付票」により、誰でも対応できる ようにするとともに、担当者に必ず引き継ぎます

相談・苦情担当者 生活相談員 渡 辺 美 香

電話 01632-2-2429

FAX 01632-9-2007

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ① 苦情があった場合、ただちに生活相談員又は介護係長が相手方に連絡を取 り、直接訪問に行き詳しい事情を伺うとともに、担当職員からの事情確認 も行います
- ② 双方の事情確認後、苦情担当者まで含めた検討会議を速やかに行い、必要 がある場合は、施設長（管理者）に相談し、適切な処理を行います
- ③ 検討会議後、翌日までには必ず具体的な対応を行います（利用者への謝罪 等）
- ④ 苦情担当者は、発生から対応までの記録決裁を施設長まで行い、併せて苦 情処理対応報告を行います
- ⑤ 発生から対応までの記録を台帳に保管し、再発防止に役立てます

(3) その他参考事項

- ① 毎日の朝礼・打ち合わせなどで、苦情が発生しないサービス提供の確認を 行います
- ② 担当職員に研修を実施します

----- 契約をする場合は以下の確認をすること -----

令和 年 月 日

指定（介護予防）短期入所生活介護ご利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 天塩町在宅老人指定（介護予防）短期入所生活介護事業所
所在地 天塩町字サラキシ5710番地
代表者 施設長 上田健司 印

説明者 職名 _____
氏名 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者から指定（介護予防）短期入所生活介護についての重要事項の説明を受けました。

ご利用者 住所 _____
氏名 _____ 印

（代理人） 住所 _____
氏名 _____ 印

続柄

※本重要事項説明書と同時に「契約書」にも署名・押印し、それをもって契約開始となる。

当該重要事項説明書は、令和7年4月1日から適用。