

地域密着型小規模特別養護老人ホーム「ふくろうの郷短期入所生活介護」

重要事項説明書

ふくろうの郷は、介護保険の指定を受けています。
短期入所生活介護事業所（北海道指定第 0174200477 号）

当事業所はご利用者に対して短期入所生活介護を提供しています。契約を締結するまえに知っておいて頂きたい事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次のとおり説明します。

1. 事業者

(1) 法人名	社会福祉法人 優秋会
(2) 法人所在地	北海道目梨郡羅臼町栄町 100 番 60
(3) 電話番号及び FAX 番号	電話 0153-85-7120 FAX0153-85-7121
(4) 代表者氏名	理事長 加藤 勉
(5) 設立年月日	平成 24 年 5 月 7 日
(6) メールアドレス番号	qqxu5dv9k@bird.ocn.ne.jp
(7) ホームページ	https://www.hukurounosato.com/pc/free1.html

2. 事業所の概要と説明

(1) 建物の構造	軽量鉄骨造合金メッキ銅版葺 3 階建
(2) 建物の延床面積	992.97 m ²
(3) 施設の周辺環境	市街地に位置し役場、病院、消防署の公共施設に隣接する定員 29 名の小規模な特別養護老人ホームです。家庭的な雰囲気の中で快適な生活を送って頂けるよう日常生活のケアや健康面を中心に取り組んでいます。
(4) 事業所の種類	短期入所生活介護事業 平成 24 年 5 月 7 日指定 北海道 0174200477 号（平成 30 年 5 月 6 日更新済） 事業所は特別養護老人ホーム[ふくろうの郷]に併設されています。
(5) 事業所の目的	介護保険法令に従い、契約者が、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ことができるように支援することを目的としており契約者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき短期入所介護サービスを提供します。
(6) 事業所の名称	地域密着型小規模特別養護老人ホームふくろうの郷短期入所生活介護事業所

(7) 事業所の所在地	北海道目梨郡羅臼町栄町 100 番地 60
(8) 電話及び FAX 番号	電話 0153-85-7120 FAX0153-85-7121
(9) 管理者氏名	施設長 高 津 寛 之
(10) 事業の運営方針	入居者の個性を尊重し家庭的な温かみのある介護に心掛ける。
(11) サービス開始年月日	平成 24 年 5 月 11 日
(12) 事業所が行っている業務一覧（当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。）	<p>☆第 1 種社会福祉事業</p> <p>●介護保険指定事業（特別養護老人ホーム開設日：平成 24 年 5 月 11 日）</p> <p>〔介護老人福祉施設〕 平成 24 年 5 月 7 日指定 羅臼町 0194200093 号</p> <p>定員 29 名（短期入所生活介護 2 床含む）</p> <p>（平成 30 年 5 月 6 日更新済）</p>

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

(1) ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「在宅サービス計画(ケアプラン)」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する短期入所生活介護に係る介護計画「以下「個別サービス計画」という。)に定めます。契約締結からサービス提供のまでの流れは次のとおりです。(契約書第 3 条参照)

① 当事業所の職員に個別サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。

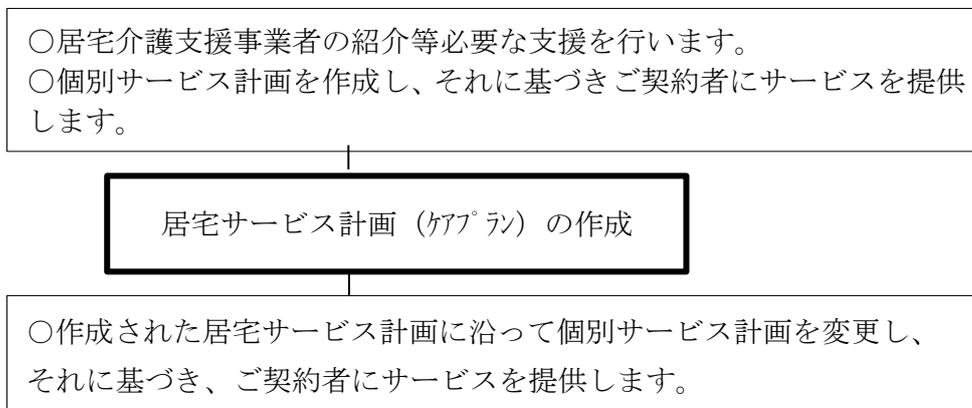
② その担当者は施設サービスの原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得た上で決定します。

③ 個別サービス計画は居宅サービス計画(ケアプラン)が変更された場合、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて変更の必要があるかどうかを判断し、変更の必要がある場合にはご契約者及び家族等と協議して個別サービス計画を変更します

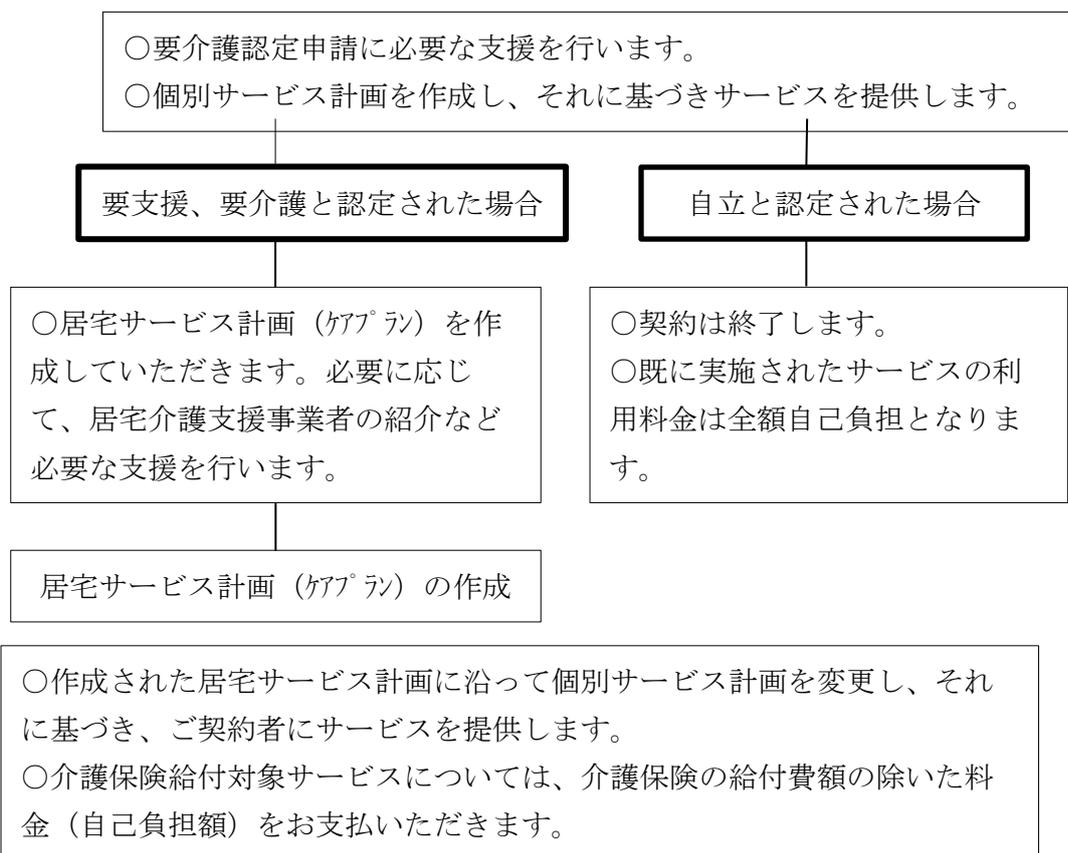
④ 個別サービス計画が変更された場合には、契約者に対して書面を交付し、その内容を確認して頂きます。

(2) ご利用者に係る「居宅計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

① 要介護認定を受けている場合



② 要介護認定を受けていない場合



4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して短期入所生活介護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 人 員	指 定 基 準
1. 施 設 長	1 名 (特養兼任)	1 名
2. 生活相談員	1 名 (特養兼任)	1 名
3. 介護支援専門員	1 名 (特養兼務)	1 名
4. 介護職員	15.5 名 (特養兼任)	1 1 名
5. 看護職員	1.53 名 (特養兼任)	1 名
6. 機能訓練指導員	1 名 (特養兼務)	1 名

※利用者三人に対して、必ず一人以上の介護職員若しくは看護職員がサービス提供にあたります。

☆常勤換算：職員それぞれの週にあたり勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間（例：週 40 時間）で除した数です。（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、1 名（8 時間×5 名÷40 時間=1 名）となります。

<配置職員の職種>

生活相談員・・・ご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

介護職員・・・ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持の為の相談助言を行います。

看護職員・・・主にご利用者の健康管理や療養上の世話と日常生活上の介護等を行います。

機能訓練指導員・・・ご契約者の機能訓練を担当します。

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務時間
1. 管理者・生活相談員・介護支援専門員・機能訓練指導員	8：30～17：30（特養兼務）
2. 医 師	月 1 回（特養兼務）
3. 介護職員	早出勤務 7：00～16：00 日勤務 9：30～18：30 遅出勤務 11：00～20：00 夜勤業務 20：00～9：00
4. 看護職員	8：00～17：00（特養兼務）
5. 機能訓練指導員	看護職員が兼務します（特養兼務）

☆土曜日・日曜日・休日・年末年始は上記と若干異なります。

5. 当事業者が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の金額をご契約者に負担していただく場合 |
|---|

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書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 ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとって戴く事を原則とします。
②入 浴 週2回以上 ・入浴又は清拭を行います。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 利用者の排泄の介助を行います。
④機能訓練 ・機能訓練指導員（看護師兼務）によりご利用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またはその衰退を防止するための訓練を行います。
⑤健康管理 医師や看護職員が、健康管理を行います。
⑥その他自立への支援 ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うように配慮します。 ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

(2) サービスについて、その内容と料金

<サービス利用料金>（契約書第8条参照）

下記の料金表によって、ご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額を除いた金額（自己負担額）をお支払下さい。（サービスの利用料金はご利用者の要介護度に応じて異なります）

< 併設型・ユニット型 自己負担額：1割の場合 >

令和3年4月1日 改定

	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1. 要介護度別 サービス利用料	6,960 円	7,640 円	8,380 円	9,080 円	9,760 円
2. うち、介護保険から 給付される金額	6,264 円	6,876 円	7,542 円	8,172 円	8,784 円
3. サービス利用に係る 自己負担額 (1-2)	696 円	764 円	838 円	908 円	976 円
4. 居住費					
第 1 段階	820 円	820 円	820 円	820 円	820 円
第 2 段階	820 円	820 円	820 円	820 円	820 円
第 3 段階	1,310 円	1,310 円	1,310 円	1,310 円	1,310 円
第 4 段階	負担限度額はありませんので、施設との契約金額 となります				
5. 食費					
第 1 段階	300 円	300 円	300 円	300 円	300 円
第 2 段階	390 円	390 円	390 円	390 円	390 円
第 3 段階	650 円	650 円	650 円	650 円	650 円
第 4 段階	負担限度額はありませんので、施設との契約金額 となります				
6. 自己負担合計 (3+4+5)					
第 1 段階	1,816 円	1,884 円	1,958 円	2,028 円	2,096 円
第 2 段階	1,906 円	1,974 円	2,048 円	2,118 円	2,186 円
第 3 段階	2,656 円	2,724 円	2,798 円	2,868 円	2,936 円
第 4 段階	要介護度別サービス利用に係る自己負担額に居住費 (施設との契約金額) および食費 (施設との契約金) を加算した金額となります				

< 併設型・ユニット型 自己負担額：2割の場合 >

令和3年4月1日 改定

	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1. 要介護度別 サービス利用料	6,960 円	7,640 円	8,380 円	9,080 円	9,760 円
2. うち、介護保険から 給付される金額	5,568 円	6,112 円	6,704 円	7,264 円	7,808 円
3. サービス利用に係る 自己負担額 (1-2)	1,392 円	1,528 円	1,676 円	1,816 円	1,952 円
4. 居住費					
第 1 段階	820 円	820 円	820 円	820 円	820 円
第 2 段階	820 円	820 円	820 円	820 円	820 円
第 3 段階	1,310 円	1,310 円	1,310 円	1,310 円	1,310 円
第 4 段階	負担限度額はありませんので、施設との契約金額 となります				
5. 食費					
第 1 段階	300 円	300 円	300 円	300 円	300 円
第 2 段階	390 円	390 円	390 円	390 円	390 円
第 3 段階	650 円	650 円	650 円	650 円	650 円
第 4 段階	負担限度額はありませんので、施設との契約金額 となります				
6. 自己負担合計 (3+4+5)					
第 1 段階	2,512 円	2,648 円	2,796 円	2,936 円	3,072 円
第 2 段階	2,602 円	2,738 円	2,886 円	3,026 円	3,162 円
第 3 段階	3,352 円	3,488 円	3,636 円	3,776 円	3,912 円
第 4 段階	要介護度別サービス利用に係る自己負担額に居住費 (施設との契約金額) および食費 (施設との契約金) を加算した金額となります				

< 併設型・ユニット型 自己負担額：3割の場合 >

令和3年4月1日 改定

	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1. 要介護度別 サービス利用料	6,960 円	7,640 円	8,380 円	9,080 円	9,760 円
2. うち、介護保険から 給付される金額	4,872 円	5,348 円	5,866 円	6,356 円	6,832 円
3. サービス利用に係る 自己負担額 (1-2)	2,088 円	2,292 円	2,514 円	2,724 円	2,928 円
4. 居住費					
第 1 段階	820 円	820 円	820 円	820 円	820 円
第 2 段階	820 円	820 円	820 円	820 円	820 円
第 3 段階	1,310 円	1,310 円	1,310 円	1,310 円	1,310 円
第 4 段階	負担限度額はありませんので、施設との契約金額 となります				
5. 食 費					
第 1 段階	300 円	300 円	300 円	300 円	300 円
第 2 段階	390 円	390 円	390 円	390 円	390 円
第 3 段階	650 円	650 円	650 円	650 円	650 円
第 4 段階	負担限度額はありませんので、施設との契約金額 となります				
6. 自己負担合計 (3+4+5)					
第 1 段階	3,208 円	3,412 円	3,634 円	3,844 円	4,048 円
第 2 段階	3,298 円	3,502 円	3,724 円	3,934 円	4,138 円
第 3 段階	4,048 円	4,252 円	4,474 円	4,684 円	4,888 円
第 4 段階	要介護度別サービス利用に係る自己負担額に居住費 (施設との契約金額) および食費 (施設との契約金) を加算した金額となります				

(注) 1. 上記に掲げる金額は、本人負担の割合が 1 割負担の利用者方の金額であり、本人負担の割合が 2 割負担、3 割負担の利用者の方におかれましては、負担割合に応じた

金額となります。

2. 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、ご利用者の負担額を変更します。
3. 上記の要介護度利用料金の他、該当する場合は加算の料金が加算されます。
(看護体制加算 4単位、夜勤職員配置加算 18単位、サービス提供加算 6単位
介護職員処遇改善加算 8.3%)

4. 利用者負担段階

第1段階 → ・生活保護受給者の方

・高齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税の方

第2段階 → ・世帯員全員及び配偶者が住民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が80万円以下の方で、かつ本人の預貯金等が1,000万円以下(配偶者がいる場合は夫婦あわせて2,000万円以下)の方

第3段階 → ・世帯員全員及び配偶者が住民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が80万円を超える方で、かつ本人の預貯金等が1,000万円以下(配偶者がいる場合は夫婦あわせて2,000万円以下)の方

第4段階 → ・本人が住民税課税となっている方、
または 配偶者が住民税課税となっている方、
または 本人が属する世帯の中に住民税課税者がいる方、
または 本人の預貯金等が1,000万円を超える(配偶者がいる場合は夫婦あわせて2,000万円を超える)方

(3) 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、利用料金の金額がご利用者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞	
① 本人の希望するおやつ代	☆本人の希望するおやつ等の負担金はすべて自己負担となります。 料金：1日当たり実費
② 日常生活上必要となる諸費用実費	☆日常生活用品の購入代金等利用者の日常生活にする費用で負担頂くことが適当であるものに係る費用を負担いただきます。
③ 理容・美容	☆利用料金：実費

④ その他、レクリエーション、クラブ活動等の行事開催時の実費

☆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。但し施設として提供するレクやクラブ活動については利用料金は戴きません。

(4) 利用料金のお支払方法 (契約書第8条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払下さい。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア、 窓口での現金支払い

イ、 下記指定口座への振込

大地みらい信用金庫 羅臼支店 普通預金 **1070651**

(口座名) (福)優秋会 理事長 加藤 勉

(5) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。但し、下記医療機関での優先的な治療・入院治療を保証するものではありません。サービス利用の際に前もって担当者に、既往症や現症または希望医療機関をお知らせ下さい。

①協力医療機関 (協力病院)

医療機関の名称	知床らうす国民健康保険診療所
所在地	北海道目梨郡羅臼町栄町100番地83
診療科	内科・外科・小児科

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	川上歯科医院
所在地	北海道目梨郡羅臼町船見町1-12

7. 契約の終了について

契約期間満了の7日前までにご契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に6か月間(要介護認定期間)同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

(契約書第17条参照)

① ご契約者が死亡した場合

② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判断された場合

③ 事業所が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合

④ 施設の減失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合

- ⑤ 当事業所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
- ⑥ ご利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（１）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 18 条第 2 項, 18 条第 3 参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに契約解除提出書をご提出下さい。

ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除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の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦ 他のご利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（２）事業者からの契約解除の申し出（契約書第 20 条参照）

以下の事項に該当する場合は本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結に際して、その心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者によるサービス利用料の支払いが最低 3 ヶ月遅延し、相当期間を定めた催促にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご利用者の行動が他のご利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、あるいはご利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

（３）契約の一部が契約または解除された場合（契約書第 21 条参照）

本契約の一部が解約又は解除された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

（４）契約の終了に伴う援助（契約書第 17 条第 2 項条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うように努めます。

8、サービス提供における事業者の義務（契約書第 11 条、第 12 条参照）

事業者は、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、ご利用者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第 11 条、12 条に規定される義務を負います。事業者では、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって次の事を守ります。

- ①ご利用者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ②ご利用者の体調や健康状態上、必要な場合には、医師又は看護職員との連携のうえ調整します。
- ③ご利用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、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご利用者に対する身体的拘束その他の行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者又は他のご利用者等の生命、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。
- ⑤ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又は予め定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な措置を講じます。
- ⑥事業者及びサービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者またはご家族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、ご利用者に医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。また、ご契約者との契約終了に伴う援助を行う際には、同意を得ます。

9. 苦情の受付について（契約書第 23 条参照）

（1）当施設における苦情の受付

当施設における苦情・相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情窓口 介護職員・看護職員 受付時間 毎日（随時）
- 苦情受付担当者 [職名] 生活相談員 大庭 生 人

○第三者委員会

(氏名)	(職名)
連絡先	電話 (自)
(氏名)	(職名)
連絡先	電話 (自)

○苦情解決責任者

(氏名) 高津 寛之
(職名) 施設長 (管理者)

苦情の受付窓口は受付担当者となります。また、第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。更に第三者委員は苦情解決を円滑に図るため、双方への助言や話し合いへの立会なども致します。苦情解決責任者は、苦情の申し出された方と話し合いによって円満解決に努めます。

短期入所生活介護事業所

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

羅臼町役場保健福祉課	所在地 目梨郡羅臼町栄町 100 番地 80 電話 87-2161
北海道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 011-231-5161

10. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

短期入所生活介護事業所

実際に提供するサービス（短期入所生活介護）

（説明し契約した日時及び場所： 令和6年 月 日 時 分 さまご自宅にて）

指定居宅サービス中の短期入所生活介護の提供に際し、本書面に基づき重要事項説明書に記載する重要事項の説明を行いました。

事業者 地域密着型小規模特別養護老人ホーム「ふくろうの郷」

短期入所生活介護事業所

施設長 高津 寛之 印

説明者職名 施設長

氏 名 高津 寛之 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。

ご利用者 様

住 所 羅臼町

氏 名 印

私は、ご利用者が事業者から重要事項の説明を受け、短期入所生活介護事業の提供に同意したことを確認しましたので、私が代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住 所 羅臼町

氏 名 印（ご利用者との関係： ）

立 会 人

住 所

氏 名 印（ご利用者との続柄： ）