

# 重要事項説明書

社会福祉法人札幌シニア福祉機構  
指定(介護予防)短期入所生活介護事業所  
ショートケア緑愛園

# 「ショートケア緑愛園」 重要事項説明書

(札幌市指定 第0170513659号)

厚生省令第37号第125条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

※当サービスの利用は、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が、速やかに申請手続きを行っていただきます。

## 1. 事業の目的と方針

### (1) 事業の目的

本事業は、要介護又は要支援の状態（以下「要介護者等」という。）となった場合においても、その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、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

### (2) 運営方針

- 1 事業者において提供する指定（介護予防）短期入所生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとしします。
- 2 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の短期入所生活介護計画又は介護予防短期入所生活介護計画（以下「介護計画」という。）を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
- 3 利用者及びその家族に対して、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明します。
- 4 適切な介護技術をもってサービスを提供します。
- 5 常に、提供したサービスの実施状況の把握及び評価を行います。

## 2. 設置者

- (1) 法人名 社会福祉法人 札幌シニア福祉機構
- (2) 法人所在地 北海道札幌市厚別区もみじ台北6丁目2-5-2
- (3) 電話番号 011-897-1100
- (4) 代表者氏名 理事長 松本 剛一
- (5) 設立年月日 平成元年10月5日

## 3. 事業者の概要

- (1) 事業者名 ショートケア緑愛園
- (2) 所在地 札幌市清田区北野1条1丁目6-28
- (3) 電話番号 011-886-6110
- (4) 管理者名 施設長 芦崎 祐公
- (5) 開設年月日 平成2年4月1日
- (6) 利用定員 12名
- (7) 送迎地域 通常の送迎の実施地域は、札幌市清田区全域と豊平区の月寒東・福住地区、白石区の栄通15～21丁目地区とします

## 4. 居室等の概要

短期入所生活介護サービスの利用にあたり、以下の居室等をご用意しております。利用される居室は、空き状況やご本人の心身状況・対人関係・本人の希望等々を配慮し、判断させていただきます。

居室・主な設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	6室	居室構成は変更する場合があります。
2人部屋	3室	
4人部屋	0室	
合計	7室	
居間・食堂	7室	機能訓練室の一部の使用もあり
機能訓練室	8室	居間・食堂の一部の使用もあり
浴室	6室	各階に個浴・中間浴・機械浴あり
医務室	1室	定期的嘱託医と往診医が来所
看護職員室・静養室	各1室	静養室は、特別な処置等に使用
ケアセンター	2室	介護職員が4交替24時間体制
トイレ	16室	各階に8室ずつ

## 5. 職員の配置状況

### R7. 4. 1 現在

職 種	形態	常勤換算	職務内容
1. 施設長（管理者）	常勤兼務	1	施設全体の管理
2. 介護支援専門員	常勤兼務	1	施設サービス計画書の作成
3. 生活相談員	常勤換算	1名以上	相談・助言等の支援
4. 介護職員	常勤換算	28名以上	食事・入浴等の介護支援
5. 看護職員	常勤換算	3名以上	健康管理と処置
6. 機能訓練指導員	常勤兼務	1	機能訓練及び生活リハビリ
7. 管理栄養士	常勤兼務	1	栄養指導及び管理
8. 医師	嘱託	1	健康管理及び療養上の指導

※夜間帯は2階2名・3階2名の計4名体制にて対応しています。

#### 《主な職種の勤務体制》

職 種	勤 務 体 制
1. 医師	毎週火・金曜日 14:00～16:00
2. 看護職員 (標準的配置)	早 出 7:30～16:10 日 勤 8:50～17:30 遅 出 9:20～18:00
3. 介護職員 (標準的配置)	早 出 6:40～15:20 早日勤 7:30～16:10 日 勤 8:50～17:30 遅 出 11:20～20:00 準夜勤 14:40～23:20 深夜勤 23:00～8:40
4. 生活相談員	日勤 8:50～17:30
5. 機能訓練指導員	日勤 8:50～17:30
6. 介護支援専門員	日勤 8:50～17:30
7. 管理栄養士	日勤 8:50～17:30

## 6. 提供するサービス内容と利用料金

### (1) サービスの内容

サービスメニュー	サービス内容
①食 事	管理栄養士が作成する献立表により栄養並びに嗜好、身体状況を考慮した食事提供をいたします。 食事時間 (朝) 7:30 (昼) 12:00 (夕) 17:30
②排 泄	介護職員がトイレ等に誘導し介助いたします。身体状況にあわせベッド上でのオムツ交換も実施します。
③入 浴	原則、週2回の入浴を行います。体調不良等の場合は清拭をしたり、代替日での入浴を行います。
④生活相談	生活相談員が利用者の相談を受けるほか、ご家族との連絡調整・要望苦情等のご相談も行います。
⑤機能訓練	機能訓練指導員等が心身機能に合わせて必要な生活リハビリや訓練を行います。
⑥健康管理	医師や看護職員が定期・随時に、心身状況を観察し、必要な処置や検査等を行い、健康管理を行います。
⑦レクリエーション	介護職員等により楽しみながら生きがい活動を行います。ボランティアの来訪もごぞいます。
⑧そ の 他	目的のある離床に配慮し、寝たきり防止に努めます。生活リズムを大切に着替え・清潔・整容の援助を行います。

### (2) 利用料金

本事業者が提供する施設介護の利用料は下記の通りとなります。

- ①居宅介護サービス費用
- ②食事・居住費
- ③理美容代
- ④日常生活費等

上記の費用の支払いを含むサービスを提供する際には、事前に利用者又はその家族に対し当該サービスの内容及び費用を説明し、利用者の同意（記名押印）をいただきます。

① 介護保険内サービス料金《単位表》

《基本単位》※多床室及び従来型個室 **A**

【予防】

	要支援 1	要支援 2
単位数	451	561

【介護】

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 5	要介護 5
単位数	603	672	745	815	884

《加算(共通)》 **B**

- ・生活機能向上連携加算Ⅰ 1月 100 単位(3月に1回限度)
- ・生産機能向上連携加算Ⅱ 1月 200 単位(機能訓練加算を算定時月 100 単位)
- ・機能訓練体制加算 1日 12 単位
- ・個別機能訓練加算 1日 56 単位
- ・認知症行動・心理症状緩急対応加算 1日 200 単位(7日間限度)
- ・若年性認知症利用者受入加算 1日 120 単位
- ・送迎加算 片道 184 単位
- ・口腔連携強化加算 1回 50 単位(1月に1回限度)
- ・認知症専門ケア加算Ⅰ 1日 3 単位
- ・認知症専門ケア加算Ⅱ 1日 4 単位
- ・生産性向上推進体制加算Ⅰ 1月 100 単位
- ・生産性向上推進体制加算Ⅱ 1月 10 単位
- ・サービス提供体制強化加算Ⅰ 1日 22 単位
- ・サービス提供体制強化加算Ⅱ 1日 18 単位
- ・サービス提供体制強化加算Ⅲ 1日 6 単位

《加算(介護のみ)》

- ・看護体制加算Ⅰ 1日4単位
- ・看護体制加算Ⅱ 1日8単位
- ・看護体制加算Ⅲ 1日12単位
- ・看護体制加算Ⅳ 1日23単位
- ・医療連携強化加算 1日58単位
- ・看取り連携体制加算 死亡日及び死亡日以前30日以下に限り1日64単位
- ・夜勤職員配置加算Ⅰ 1日13単位
- ・夜勤職員配置加算Ⅲ 1日15単位
- ・緊急短期入所受入加算 1日90単位(7日(やむを得ない場合14日)限度)
- ・在宅中重度者受入加算Ⅰ 1日421単位(看護体制加算Ⅰ又はⅢを算定)
- ・在宅中重度者受入加算Ⅱ 1日417単位(看護体制加算Ⅱ又はⅣを算定)
- ・在宅中重度者受入加算Ⅲ 1日413単位(看護体制加算Ⅰ～Ⅳを算定)
- ・在宅中重度者受入加算Ⅳ 1日425単位(看護体制加算を算定しない)

費用計算(1ヶ月あたり)

令和6年6月以降

- ① [各サービスの合計単位数(A+B) + {(A+B) × 0.14 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)}] × 10.17円(地域加算7級地) = C
- ② C × 0.9 又は 0.8 又は 0.7 = D (介護保険)  
※原則利用者負担は1割となるが一定以上の所得の方は2割・3割負担
- ③ C - D = E (利用者割負担額)

### 特定入所者介護サービス費

(利用にあたっては申請が必要となります)

●対象となるのは第1段階～第3段階の方となります。

利用者負担段階	対象者
第1段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者の方</li> <li>▪ 生活保護受給者の方</li> </ul>
第2段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 公的年金等収入金額(非課税年金を含む)及びその他の合計所得金額合計が80万円以下の方で、且つ預貯金が単身650万円、夫婦で1,650万円以下の方</li> </ul>
第3段階①	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 公的年金等収入金額(非課税年金を含む)及びその他の合計所得金額合計が80万～120万円以下の方で、且つ預貯金が単身550万円、夫婦で1,550万円以下の方</li> </ul>
第3段階②	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 公的年金等収入金額(非課税年金を含む)及びその他の合計所得金額合計が120万円超の方で、且つ預貯金が単身500万円、夫婦で1,500万円以下の方</li> </ul>
第4段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 上記以外の方</li> </ul>

#### ② 食費・居住費

サービスメニュー		金額	概要	
食費 1日 【朝食400円・昼食620円・夕食500円】	第1段階	300円	利用いただいた食事に応じたの料金となります。 (特定入所者介護(支援)サービス費の未申請の方は、第4段階の金額となります)	
	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	1,520円		
滞在費 (従来型個室)	1日	第1段階	380円	光熱水費+室料
		第2段階	480円	
		第3段階	880円	
		第4段階	1,800円	
滞在費 (多床室)	1日	第1段階	—	光熱水費
		第2段階	430円	
		第3段階	430円	
		第4段階	1,220円	

#### ③ 理美容代

サービスメニュー		金額	概要
理美容代	総合調髪	実費	総合調髪はカット、ブロー、肩もみ、顔そり、顔マッサージになります。月に6～7回程度、外部業者の方にて営業します。 ※髪の質や皮膚の状態によって、金額が変更になる場合があります。
	カット		
	顔そり		
	シャンプー		
	パーマ		
	毛染め		



#### ④ 日常生活費等

サービスメニュー	金額	概要
レクリエーション・行事等の材料費	実 費	参加した場合に実費をいただきます。
手工芸材料費	実 費	参加した場合に実費をいただきます。
郵送代	実 費	郵送にかかった費用

※食費と滞在費に関しては個人により負担額が異なります。

(負担限度額認定証に記載している負担限度額となります)

※特定入所者介護サービスの未申請の方は、第4段階になります。

※介護給付体系の変更により利用料金が改定された場合、契約書第10条（利用料金の変更）に基づき、別途通知にて改定の同意といたします。尚、特定入所者介護サービス費も同様といたします。

#### 7. 利用料金のお支払い方法

料金・費用は1ヶ月ごとまとめて翌月20日までにご請求します。

毎月末日までにお支払いください。

《お支払い方法》

①【基本】ご指定頂いた銀行口座から、口座振替を行います。

※残高不足の場合は、契約者へ連絡した後、再度口座振替を行います。

②【例外】直接、施設にご持参（事務室まで）いただくか、振込入金を依頼する場合があります。なお、振込入金に係る手数料は、支払者様にご負担いただきます。

#### 8. 居宅介護支援事業者等との連携

(1) 事業者は、(介護予防)短期入所生活介護を提供するにあたり、居宅介護支援事業者、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(2) 事業者は、(介護予防)短期入所生活介護の提供を終了する際は、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、その利用者に関して居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

(3) 利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行います。

## 9. 短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護計画の作成

- (1) (介護予防) 短期入所生活介護の提供を開始する際には、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている状況並びに家族等介護者の状況を充分把握し、個別に(介護予防) 短期入所生活介護計画を作成いたします。(原則、概ね4日以上連続利用の場合)
- (2) (介護予防) 短期入所生活介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又は家族に対し説明・同意を得て行うこととします。又作成した際には、(介護予防) 短期入所生活介護計画を交付いたします。
- (3) 利用者に対し、(介護予防) 短期入所生活介護計画に基づいて各種サービスを提供するとともに、継続的なサービスの管理及び評価を行います。

## 10. 利用の中止・変更・解除

- (1) 利用を中止する場合は、前日までに事業者まで申し出下さい。
- (2) 当事業者の利用終了は、次のような事由が生じた場合となります。
  - ① 契約者が死亡した場合
  - ② 要介護認定により「自立」と判定された場合
  - ③ 事業者がやむを得ない事由により閉鎖した場合
  - ④ 契約者から契約解除の申し出があった場合
  - ⑤ その他
- (3) 契約有効期間であっても、利用契約を解除することができます。その場合、契約終了を希望する7日前までに解除届書をご提出下さい。但し、即時解除することができる場合もあります。

## 11. 苦情対応について

### (1) 苦情申立て手順

苦情及び意見・要望等の申立てがある場合は下記の通りの手順で申立てることができます。

申立先	申立て方法	受理後の対応
苦情申出票による申立て	1階事務所前にある苦情申出票を用いて苦情受付ボックスに投函する	記載内容を確認し、苦情解決担当者が対応を協議し、返答が必要な場合はご連絡いたします
職員を通しての申立て	職員に対して直接口頭又は文章にて申し立てる	受付担当で解決に至らない場合、苦情解決システム則り解決担当者及び解決責任者にて対応いたします

外部機関への申立て	下記の担当窓口へ直接又は電話にて申立てる	必要に応じて相談機関からの調査・勧告後、解決に向けて解決責任者にて対応いたします
第三者委員会への申立て	1階事務所前に掲示されている第三者委員会に電話・FAXにて申し立てる	必要に応じて第三者委員会からの調査・助言・指導のもと、解決に向けて解決責任者にて対応いたします

(2) 苦情対応と解決方法

- ①苦情受理後は、速やかに事実内容を確認し検証後、申立者に対し説明と了承を得ることとします。
- ②苦情の受理及び解決方法等の詳細に関しては、施設にて規定する「緑愛園苦情解決システム」の内容に準じて対応するものとします。

(3) 当事業者の窓口

苦情受付担当者 全職員  
 苦情解決責任者 施設長 芦崎 祐公  
 時間 職種の勤務体制を確認してください。  
 連絡先 011-886-6110

※ 苦情受付ボックスを1階正面玄関横に設置しております。

(4) その他の窓口

札幌市清田区役所 介護保険担当課	札幌市清田区平岡1条1丁目 電話 011-889-2400
札幌市保健福祉局 高齢保健福祉部介護保険課	札幌市中央区北1条西2丁目 電話 011-211-2972
国民健康保険団体連合会	札幌市中央区南2条西14丁目 電話 011-231-5161

(5) 第三者委員

当法人においては、苦情解決に対し社会性及び客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員会を設置しています。緑愛園1階に連絡先を掲示しております。

1.2. 提供するサービスの質の評価及び第三者評価の実施状況

自己評価 (質の評価)の 取組み	当事業所では、自己評価の実施等サービスの質の向上のための取り組みを行っています。	
第三者評価の実施状況	実施の有無	なし
	実施した直近の年月日	なし
	実施した評価機関の名称	なし

	評価結果の開示状況	なし
--	-----------	----

### 1 3. 損害賠償

当事業者の責任により契約者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償いたします。ただし、その損害の発生について、契約者にも故意又は重大な過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減免する場合があります。

《賠償がなされない場合》

- (1) 契約者が、契約締結時やサービス提供時に自身の身体状況や病歴等について故意に告げず、虚偽に告げたことがもつぱらの原因とし発生した損害
- (2) 契約者の急な体調変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由をもつぱらの原因として発生した損害
- (3) 契約者が、事業者もしくは従業員の指示・依頼に反して行った行為をもつぱらの原因とし発生した損害

### 1 4. サービス利用に関する留意事項

- (1) 施設・設備・敷地は本来の用途に従って利用して下さい。
- (2) 故意に設備等を壊したり、汚したり場合は契約者の自己負担により弁償していただく場合があります。
- (3) 事業者の職員や他の利用者に対し、迷惑になるような宗教活動・政治活動・営利活動等を行うことはできません。
- (4) 喫煙は所定の場所をお願いします。(各階喫煙室)
- (5) 冬期間の自宅前除雪は、原則契約者世帯の方でお願いします。独り暮らしの方や高齢者世帯で心身機能的に困難な場合はこの限りではありません。
- (6) 事業者又は職員への金品授受は一切お断りします。
- (7) 正面玄関の開錠は8:00～19:00までとなっております。標記の時間以外の訪問面会は、建物横の職員玄関をご利用下さい。
- (8) 当施設では、後継者養成の一環として各種実習・研修生を受入れております。生活に影響なくプライバシーに配慮するよう指導しております。
- (9) 福祉施設のためサービス利用中の医療行為はできませんが、看護職員による必要な処置は可能です。

## 1 5. 緊急時等における対応方法

- (1) (介護予防) 短期入所生活介護及を利用中に利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは速やかに主治医に連絡し指示を仰ぐとともに、ご家族に連絡を行う等の必要な対応をいたします。
- (2) 上記の緊急対応の際、家族連絡行うも連絡がとれない場合は、事業者の判断により主治医以外の対応を行う場合があります。

## 1 6. 事故発生時の対応

- (1) 事業者は利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、応急措置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに家族等へ連絡いたします。また、発生記録・再発防止策を協議し再発防止に努めます。
- (2) 事業者は、利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、事業者及び従業員の責に帰すべからざる事由による場合はその限りではありません。
- (3) 指針に基づいて事故防止検討委員会を設置し、安全管理の徹底と、定期的(年2回以上)な研修会を実施し、その周知を図ります。

## 1 7. 非常災害対策

- (1) 非常災害時、施設職員は利用者の安全第一を優先し迅速かつ適切な対応に努めます。
- (2) 事業者は、非常災害に備えて、非常時の対応方法と避難経路を明確にし、定期的な避難訓練(年2回以上)を行うことで安全確保に努めます。

## 1 8. 感染症及び食中毒の予防・衛生管理

- (1) 事業者は、設備等の衛生管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用器具の管理を適切に行います。
- (2) 指針に基づいて、感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を3ヶ月に1回程度、定期的を開催するとともに、定期的な研修会を行い(年2回以上)、その周知を図ります。

## 1 9. 身体的拘束等の適正化

- (1) 利用者及び他の利用者の生命・身体を保護するために緊急やむ得ない場合を除き、利用者へ身体的拘束等で行動を制限する行為は行いません。

- (2) 緊急やむ得ない場合に該当するかの判断は事業者内の身体的拘束等適正化検討委員会の協議のもと決定します。
- (3) 緊急やむ得ない場合と判断した場合は利用者本人や家族に対し、拘束の内容・目的・理由・時間・時間帯・期限等の詳細を説明し同意を得た後に実施することとします。
- (4) 指針に基づいて身体的拘束等適正化検討委員会を3ヶ月に1回以上開催するとともに、定期的な研修を行い、介護職員その他の従業者に周知を図ります。

## 20. 虐待防止に向けた体制等

- (1) 事業者は、管理者を適切な措置を実施するための専任の担当者とし虐待発生防止に努めます。
- (2) 事業所は虐待防止検討委員会を設け、その責任者は管理者とします。
- (3) 虐待防止検討委員会は、職員への研修の内容、虐待防止のための指針策定、虐待等の相談及び苦情解決体制の整備、虐待を把握した際の通報、虐待発生時の再発防止策の検討、成年後見制度の利用支援等を行います。なお、本虐待防止検討委員会は、場合により他の委員会と実施します。
- (4) 指針に基づいて虐待防止検討委員会を定期的開催するとともに、定期的な研修（年2回以上）を行い、介護職員その他の従業者に周知を図ります。
- (5) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、責任者は速やかに市町村等関係者に報告を行い、事実確認のために協力します。また、当該事案の発生の原因と再発防止策について、速やかに虐待防止検討委員会にて協議し、その内容を職員に周知するとともに市町村関係者に報告を行い、再発防止に努めます。

## 21. プライバシーの保護

- (1) サービスを提供する上で知り得た利用者及び家族等の情報は、個人情報に係る同意書で取り交わした範囲を超えて使用はいたしません。
- (2) 事業者及びサービス従業者は、業務上知り得た利用者及び家族等の情報に関して守秘いたします。また、従業者でなくなった後においても守秘いたします。

《令和7年4月1日 改訂版》

令和 年 月 日

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す。

利用者氏名 \_\_\_\_\_

【代理人を選定する場合】

代理人氏名 \_\_\_\_\_

利用者は、署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代行します。

署名代行者 \_\_\_\_\_

署名代行理由 \_\_\_\_\_