

## 「指定短期入所生活介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(宮崎県指定 第 4570101180 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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「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. 事業者.....	1
2. 事業所の概要.....	1
3. 職員の配置状況.....	3
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	3
5. 苦情の受付について.....	6

## 1. 事業者

- |           |                 |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 カリタスの園   |
| (2) 法人所在地 | 東京都杉並区井草4-19-28 |
| (3) 電話番号  | 03-3397-5981    |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 長崎 春美       |
| (5) 設立年月  | 昭和27年5月31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・平成12年4月1日指定<br>宮崎県4570101180号<br>※当事業所は養護老人ホーム松の寮 に併設されています。  |
| (2) 事業所の目的 | 社会福祉法人カリタスの園が経営する養護老人ホーム松の寮指定短期入所生活介護事業（以下「事業」という）の適切な運営を確保するために、職員及び運営管理に関する事項を定め、利用者の心身機能の維持並びに、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため、要介護者に対し、適切な生活介護を提供することを目的とする。 |
| (3) 事業所の名称 | 養護老人ホーム松の寮  |

(4) 事業所の所在地 宮崎市吉村町沖ノ原甲 1 5 4 3

(5) 電話番号 0 9 8 5 - 2 4 - 2 7 5 8

(6) 事業所長（管理者）氏名 施設長 眞浦 チヨミ

(7) 当事業所の運営方針＊

1. 事業の職員は、カトリックの精神に基づいて、明るく健全な環境のもとで、利用者が要介護状態になった場合においても、可能な限り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、排泄、食事等の介護その他必要な日常生活上の世話をを行う。
2. 事業の運営に当たっては、地域の結びつきを重視し、関係市町村、保護者、居宅支援事業者、他の居宅サービス事業者、その他保健・医療・福祉サービスを提供するものとの連携を図り、総合的サービスの提供に努める。

(8) 開設年月 平成 1 2 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	9 時 0 0 分～1 8 時 0 0 分

(10) 利用定員 2 人

(11) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1 人部屋）	2 室	
合計	2 室	
食堂	1 室	
機能訓練室	1 室	【主な設置機器】 ヘルストロン・キャスター（足） 歩行訓練器・JOBA・等
浴室	1 室	一般浴・個人浴槽・機械浴槽
医務室	1 室	

※上記は、厚生省が定める基準により、指定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。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

☆居室に関する特記事項（※トイレの場所（居室内）等）

(12) 利用に当たって別途利用料金をご負担いただく施設・設備

※施設・設備の利用料金はありません。

### 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	常勤換算	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1	1 名
2. 介護職員	1	1 名
3. 生活相談員	1	1 名
4. 看護職員	1	1 名
5. 介護支援専門員	1	1 名
6. 医師	0.03	1 名
7. 栄養士	1	1 名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数で除した数です。

（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。

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤 務 体 制
1. 医師	第 1・3・5 土曜日 10：00～12：00
2. 介護職員	交代制で常時対応
3. 看護職員	準的な時間帯における最低配置人員 1 名

### 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<br>(2) 介護保険自己負担いただく場合 |
|---|

があります。

（1）介護保険の給付の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、自己負担額を除いた金額が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①食事（但し、食材料費は別途いただきます。）

- ・当事業所では、栄養士（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および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとって頂くことを原則としています。  
（食事時間） 朝食：8：00～ 昼食：12：00～ 夕食：18：00～

## ②入浴

- ・入浴 週2回又は清拭（随時）を行います。

## ③排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

## ④その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・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。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

### <サービス利用料金（1日あたり）>（契約書第7条参照）

下記の料金表（負担割合1割に基づいて作成しております。負担割合が2割の方は、その割合に応じた金額となります）によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から、介護保険給付費額を除いた自己負担額をお支払い下さい。（介護保険被保険者証と併せて、介護保険負担割合証を提示して下さい。）

1. ご契約者の要介護度 とサービス利用料金	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	送迎加算
	6,030	6,720	7,450	1,840
2. うち、介護保険から 給付される金額	5,427	6,048	6,705	1,656
3. サービス利用に係る 自己負担額（1－2）	603	672	745	184

### <サービス提供体制強化加算>

職員の配置に関して、以下の要件を満たす配置をしている場合加算されます。

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）ハ…勤続年数7年以上が70パーセント以上配置されている。

	料金額 (1日)	介護保険給付分 (9割)	利用者負担分 (1割)
サービス提供体制強化加算（Ⅲ） ハ	60円	54円	6円

☆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）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。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。

☆ご契約者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。（下記（2）①参照）

☆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7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食事の材料の提供（食材料費）、室料と光熱水費（滞在費）

ご契約者に提供する食事の材料、調理にかかる費用、室料、光熱水費が自己負担になります。（市区町村より介護保険負担限度額認定証の交付を受けておられる方は、食費、滞在費の負担が軽減されます）

	負 担 限 度 額					基準費用額
	第一段階	第二段階	第三段階①	第三段階②	第四段階	
滞在費	380 円／日	480 円／日	880 円／日	880 円／日	1,231 円／日	1,231／日
食 費	300 円／日	600 円／日	1,000 円／日	1,300 円／日	1,445 円／日	1,445／日 （朝食 400 円 昼食 550 円 夕食 495 円）

②レクリエーション、クラブ活動

ご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。

③日常生活上必要となる諸費用実費

日用品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

☆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1か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7条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、各サービス利用終了時に、ご利用期間分の合計金額をお支払い下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第8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へ申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって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10% (自己負担相当額)

- 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. 苦情の受付について（契約書第 21 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以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情解決責任者 施 設 長 眞 浦 チヨミ

苦情受付担当者 生活相談員 中 島 章 義

○受付時間 毎週 月曜日～土曜日 9：00～18：00

また、苦情受付ボックスを松の寮に設置しています。

### （２）行政機関その他苦情受付機関

宮崎市役所 地域ケア推進課	所在地 宮崎市橘通西1丁目1番1号 電話番号 0985-21-1773 FAX 0985-31-6337 受付時間 8：30～17：00
国民健康保険団体連合会 介護サービス相談係	所在地 宮崎市下原町231-1 電話番号 0985-35-5301 FAX 0985-25-0268 受付時間 8：30～17：00 土・日・祭日を除く
宮崎県社会福祉協議会 宮崎県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 宮崎市原町2-22 宮崎県福祉総合センター本館3階 電話番号 0985-60-0822 FAX 0985-60-0823 受付時間 9：00～17：00 月曜日～金曜日

令和 7 年 9 月 10 日

指定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。

指定短期入所生活介護

説明者職名

氏 名

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の提供開始に同意しました。

利用者住所

氏 名

代理人住所

続 柄

氏 名