

短期入所生活介護施設 女満別ドリーム苑
(空床型ユニット型短期入所)

重 要 事 項 説 明 書

平成26年 4月 1日 指定
事業所番号 0175200237

目 次

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1. 事業者の概要 | 6. サービス利用の留意事項 |
| 2. 利用施設の概要 | 7. サービス利用の必要持参品 |
| 3. 職員の体制 | 8. 契約の終了 |
| 4. 居室・設備の概要 | 9. 事故発生時の対応及び発生の予防 |
| 5. サービス内容及び利用料金 | 10. 苦情受付 |

※この説明書の内容につきましては、令和6年8月24日から有効となります。

1. 事業者の概要

- (1) 法人名 社会福祉法人 女満別福祉会
- (2) 法人所在地 北海道網走郡大空町女満別西4条5丁目4番10号
- (3) 電話番号 0152-74-2555
- (4) 代表者名 理事長 河崎 琢哉
- (5) 設立年月日 平成 5年 5月14日

2. 利用施設の概要

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護・平成26年 4月 1日指定
- (2) 事業所の目的 介護保険法令に従い、居室及び共用施設の利用と短期入所介護サービスの提供による利用者の能力に応じた自立支援

- (3) 事業所の名称 短期入所生活介護施設 女満別ドリーム苑
- (4) 事業所の所在地 北海道網走郡大空町女満別西4条5丁目4番10号
- (5) 電話番号 0152-74-2555
- (6) 管理者氏名 施設長 佐々木 徳 幸
- (7) 施設の運営方針
 - ・個人が人としての尊厳をもって安心と安らぎを感じての生活ができるような環境づくり
 - ・個人のプライバシーの尊厳保護に努め、利用者の残存能力を的確に着目した自立の援助促進
- (8) 開設年月日 平成6年4月1日
- (9) 利用定員 介護老人福祉施設（ユニット型）の居室において、入院等のために一時的に居室が空いている範囲内

3. 職員の体制

《主な職員の配置状況》

職 種	常 勤	非常勤	計	備 考
管理者（施設長）	1名		1名	
医 師		1名	1名	
生活相談員	2名		2名	
介護職員	14名	1名	15名	
看護職員	2名		2名	
機能訓練指導員	1名		1名	

介護支援専門員	2名		2名	相談員兼務
管理栄養士	1名		1名	兼務
事務職員・管理員	4名		4名	デイサービスセンター 介護支援事業所兼務

《主な職員の勤務体制》

職 種	勤 務 体 制		
医 師	毎週火曜日 13:00～14:00		
介護職員	早 番	7:30～16:30	2名
	日 勤	9:00～18:00	2名
	遅 番	10:00～19:00	2名
	夜 勤	16:30～ 9:30	2名
看護職員	日勤	8:15～17:15	1名

※看護職員については土・日は上記と異なる勤務体制となります。

※介護職員の勤務については、状況にあわせて時間変更となる場合があります。

4. 居室・設備の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。（居室については利用者の心身の状況・空き部屋状況により希望に添えない場合もあります。）

(ユニット型・2階建て)

居室・設備の種類	室 数	備 考
個室（1人部屋）	30室	洗面台が設備
共同生活室	4室	テレビ・キッチン・ソファが設置
交流スペース	2室	
交流コーナー	2室	
浴 室	2室	1階浴室のみ車椅子浴槽が設備
家族交流室	1室	2階に設備あり

5. サービス内容及び利用料金

(1) 基本サービス（介護保険給付対象サービス）

①短期入所生活介護計画の立案

利用者の方の介護計画を作成します。但し1・2泊でかつ緊急時のみに利用される場合につきましては、この限りとはいたしません。

②食事の提供（但し食材料費は別途いただきます。）

朝 食 7：45～ 昼 食 11：45～ 夕 食 17：45～

管理栄養士が立てる献立により、栄養並びに利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。また食事場所につきましては原則として食堂となります。食事1時間前までにご連絡なく中止・変更される場合は1食分の食費を自己負担していただきます。

③入 浴

週2回、月・火・水・木・金・土曜日に入浴する事ができます。寝たきりの方であっても車椅子浴・ストレッチャー浴を使用して入浴することができます。

④各種介護

短期入所生活介護計画に基づき着替え・排泄・食事・入浴・おむつ交換・シーツ交換・褥瘡予防等の介護を行います。

⑤生活相談

常勤の相談員に日常生活等に関わる相談ができます。

⑥健康管理

看護師が健康管理を行います。

⑦オムツ類の支給・管理

当事業所にて各種紙オムツ・布オムツの支給・管理を行います。

以下のサービスについては利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

なお自己負担分（利用料金1割または2割、3割分）の概要は下記のとおりとなっています。

市町村より負担割合が記された証が交付されます。利用時に確認させていただきますのでご用意ください。

ユニット型個室（1人部屋）：1日あたり自己負担分			
	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	529円	1,058円	1,587円
要支援2	656円	1,318円	1,977円
要介護1	704円	1,408円	2,112円
要介護2	772円	1,544円	2,316円
要介護3	847円	1,694円	2,541円
要介護4	918円	1,836円	2,754円
要介護5	987円	1,974円	2,961円

各種加算について（2割負担の方は下記金額の2倍、3割負担の方は下記金額の3倍となります）

□サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（イ）について

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が80%以上。もしくは勤続10年以上介護福祉士が35%以上であることを満たしている場合。（自己負担1日につき：22円）

□看護体制加算（Ⅰ）（自己負担1日につき：4円）

- (1) 入所定員が30人又は51人以上であること。
 - (2) 常勤の看護師を1名以上配置していること。
 - (3) 通所介護費等の算定方法第11号に規定する基準に該当していないこと。
- （注：入所者数の定員超過減算や人員基準減算がないこと。）

□看護体制加算（Ⅱ）（自己負担1日につき：8円）

- (1) 入所定員が30人又は51人以上であること。
 - (2) 看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、指定介護老人福祉施設基準第2条第1項第3号ロに規定する指定介護老人福祉施設に置くべき看護職員の数に1を加えた数以上であること。
 - (3) 当該指定介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保していること。
 - (4) 通所介護費等の算定方法第11号に規定する基準に該当していないこと。
- （注：入所者数の定員超過減算や人員基準減算がないこと。）

□夜勤職員配置加算Ⅱ

- (Ⅰ) 夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準の1人以上を上回っていること。
- (Ⅱ) 夜勤を行う介護職員、看護職員の数が、最低基準+0.9名分の人員を多く配置していること。入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の10%以上に設置していること。
- (Ⅲ) 夜勤を行う介護職員、看護職員の数が、最低基準+0.6名分の人員を多く配置していること。入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の100%設置しICTを使用している

(自己負担1日につき：18円)

〈(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)のいずれかを算定・介護予防を除く〉

□介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) (令和6年6月1日以降)

令和6年5月末までの「介護職員処遇改善加算(Ⅰ)」「介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)」「介護職員等ベースアップ等支援加算」を算定しており、下記の算定要件を満たした場合に算定。

(1) キャリアパス要件

I.介護職員について、職位、職責、職務内容に応じた任用要件を定め、それ菜に応じた賃金体系を整備する。

II.介護職員の資質向上の目標や以下のいずれかに関する具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保する。

a 研修機会の提供又は技術指導の等の実施、介護職員の能力評価

b 資格取得のための支援(勤務シフトの調整、休暇の付与、費用の援助等)

III.介護職員について以下のいずれかの仕組みを整備する。

a 経験に応じて昇給する仕組み

b 資格等に応じて昇給する仕組み

c 一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組み

IV.経験・技能のある介護職員のうち1人以上は、賃金改善の賃金額が年額440万円以上であること。

V.サービス類型ごとに一定割合以上の介護福祉士を配置していること。

(2) 月額賃金改善要件

新加算Ⅳ相当の加算額の2分の1以上を、月給の改善に充てる。

(3) 職場環境等要件

※令和7年3月まで

- ・介護職員処遇改善加算：以下のうち1つ以上取り組んでいる
- ・介護職員等特定処遇改善加算：以下の区分ごとにそれぞれ1つ以上取り組んでいる
 - 区分1「入職促進に向けた取り組み」4項目
 - 区分2「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」4項目
 - 区分3「両立支援・多様な働き方の推進」4項目
 - 区分4「腰痛を含む心身の健康管理」4項目
 - 区分5「生産性向上のための業務改善の取り組み」4項目
 - 区分6「やりがい・働きがいの醸成」4項目

※令和7年4月以降

以上の区分ごとにそれぞれ2つ以上（生産性向上は3つ以上うち2項目のうち1項目は必項）取り組んでいる。

上記の職場環境等の改善に関する取り組みについて、ホームページの掲載等により公表する

（自己負担： 所定単位数に14.0%を乗じた単位数）

□認知症行動・心理症状緊急対応加算について

認知症日常生活自立度がⅢ以上であって、認知症行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であると医師が判断した者であること。

利用開始日から7日を限度として算定可。

（自己負担1日につき：200円）

□若年性認知症利用者受入加算について

受け入れた若年性認知症利用者毎に個別の担当者を定めていること。

（自己負担1日につき：120円）

※認知症行動・心理症状緊急対応加算適用者は算定されません。

□緊急短期入所受入加算について

- ・利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が、緊急に短期入所生活介護を受けることが必要と認めたものに対し、居宅サービス計画に位置付けられていない短期入所生活介護を緊急に行った場合。

- ・短期入所生活介護を行った日から起算して7日(利用者の日常生活上の世話をを行う家族等やむを得ない事情がある場合は14日)を限度とする。

（自己負担1日につき：90円）

□療養食加算について

- ・食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていること。
- ・利用者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事が提供されていること。
- ・医師の発行する食事せんに基づき提供されていること。

(自己負担1回につき：8円)

□長期利用者に対して短期入所生活介護を提供する場合

連続して30日を超えての同一の指定短期入所生活介護事業所に入所(指定居宅サービス基準に掲げる設備及び備品を利用した指定短期入所生活介護以外のサービスによるものを含む)している場合であって、指定短期入所生活介護を受けている利用者に対して、指定短期入所生活介護を行った場合、所定単位数から減算を行う。

(所定単位数から1日につき30単位を減算)

□生産性向上推進体制加算Ⅱ

- ・利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。
- ・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。
- ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンラインによる提出)を行うこと。

(自己負担1月につき：10円)

⑧入退所時の送迎

寝たきり・独居等の利用者を対象に、当事業所で送迎サービスを行います。

(1回：184円)

(2) その他のサービス(介護保険給付対象以外のサービス)

①食費

利用の際にかかる食費(食材料費+調理費)は下記のとおりとなっています。

朝食費 481円 昼食費 482円 夕食費 482円

②滞在費

利用の際にかかる居住費(滞在費)につきましては、下記のとおりとなっています。

※令和6年8月1日から

・ユニット型個室 1日 2,066円

※令和6年8月1日から（日 額）

対象者		区 分	預貯金など	居住費	食 費
				ユニット型個室	
生活保護受給者		第1段階		<u>880円</u>	300円
市 町 村 民 税 非 課 税 世 帯	老齢福祉年金受給者で本人及び世帯全員が市町村民税非課税者・生活保護被保護者				
	世帯全員が市町村民税非課税者で、本人公的年金等収入金額＋合計所得金額が80万円以下	第2段階	単身 650万円 夫婦 1,650万円 以下	<u>880円</u>	390円
	世帯全員が市町村民税非課税者で、本人公的年金等収入金額＋合計所得金額が80万円以上120万円以下	第3段階①	単身 550万円 夫婦 1,550万円 以下	<u>1,370円</u>	1,000円
	世帯全員が市町村民税非課税者で、本人公的年金等収入金額＋合計所得金額が120万円以上	第3段階②	単身 500万円 夫婦 1,500万円 以下	<u>1,370円</u>	1,300円
上記以外の方。本人及び配偶者(同居か否かは問わない)が市町村民税課税の方、課税世帯の方		第4段階		<u>2,066円</u>	1,445円

③特別食の提供

希望により弁当・出前食等を提供します。費用は実費負担となります。

行事・催事の際や正月期間等の特別な食事につきましては、一食につき200円を限度に自己負担を頂きます。

④理容サービス

理容所の出張により、理容サービスを利用頂けます。日にちはご希望に添いかねることもございます。

理容サービス費 2,000円

⑤日用品の支給・管理

トイレットペーパー・ティッシュペーパー・シャンプー等共同で使用される日用

品につきましては当事業所にて支給・管理を行います。但し、当事業所で支給・管理しています日用品以外の物品の使用を希望される場合及び、自然排便の取り組みに必要な粉末食物繊維、乳酸菌食品等、その他義歯洗浄剤・歯ブラシ・オブラート等個人で使用される日用品につきましては、実費を自己負担していただきます。

⑥レクリエーション・行事

全員を対象としてレクリエーション、夏祭り等の行事を行い、ご希望があれば参加して頂きます。
娯楽・行事費 無 料

⑦個人使用する電気製品の使用料

希望により居室でテレビを使用できます。居室での電気製品の使用については使用料（電気代）を頂きます。
テレビ使用料 20円（日額）

⑧処方薬以外の医療処置

処方薬以外に処置の必要性に応じて、カットバン処置・軟膏の塗布の使用等を行います。

使用料 無 料（ただし、褥瘡処置等に高額な費用を要する場合は、使用希望により実費負担して頂きます。また経管栄養の方のチューブ等につきましても実費負担して頂きます。）

⑨サービス提供記録の閲覧

希望により、サービス提供に関する記録の閲覧をすることができます。

閲覧時間 8：15～17：15

(3) 料金の支払い方法

当月の利用料金の合計金額を翌月10日迄に請求を致しますので翌月25日迄にお支払い下さい。支払いいただきますと領収書を発行致します。支払い方法は次項の方法よりご選択ください。（希望される支払い方法に印を付けてください。）

施設への現金支払い

下記の指定機関への振り込み

①	金融機関名	網走信用金庫女満別支店（普通預金）
	口座番号	0161846
	口座名義	女満別ドリーム苑
②	金融機関名	女満別農業協同組合（普通預金）
	口座番号	0730790
	口座名義	女満別ドリーム苑

金融機関からの口座自動振替

ご利用できる金融機関： 網走信用金庫女満別支店 ・ 女満別農業協同組合

(4) 協力医療機関

当施設では下記の協力医療機関において診療等を受けることができます。（但し、次項の医療機関の受診・入院を義務付けるものではありません。）

① 協力医療機関

医療機関名	女満別中央病院
所在地	大空町女満別西4条4丁目1番29号
電話番号	0152-74-2181

② 協力歯科医療機関

医療機関名	守屋歯科医院
所在地	大空町女満別西3条2丁目5-9
電話番号	0152-74-3718

6. サービス利用の留意事項

(1) 利用の中止・変更・追加

- ① 利用者がサービスの中止・変更を希望される場合には利用予定日の前日18時30分までにご連絡願います。食事1時間前までにご連絡なく中止・変更される場合は1食分の食費を自己負担していただきます。なお体調不良・急用により中止・変更される場合はこの限りではありません。
- ② 食事提供の不要連絡につきましても、同様にお願います。
- ③ 以下の事由に該当する場合、利用期間中であってもサービスを中止し退所していただく場合があります。

- ・入所日に体調が悪くなった場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合
- ・風邪やインフルエンザ、ノロウイルス等の感染症の症状があった場合
(発熱・嘔吐・下痢症状があった場合は症状が完治してからも3日間のご利用
いただけない場合がございます)
- ・他の利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合

上記によりサービスを中止し退所していただく場合、及び利用者の健康状態が急変した場合、事故発生の場合には、ご家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、必要に応じて主治医に連絡を取る等、必要な措置を講じます。また諸事情により退所された場合、料金は退所日までの日数を基準に計算します。

※緊急連絡先

氏名	続柄	自宅電話番号	携帯電話番号

※主治医

病院名	
医師名	
住所	
電話番号	

(2) その他の留意事項

①面 会

8:15～20:00の時間内で面会頂けます。出入りの際には正面玄関を利用し、備え付けの面会記録票をご記入ください。

18:30以降は正面玄関を施錠致しますので、職員玄関をご利用下さい。

②外 出

外出は原則自由となっておりますが、外出の際の送迎・付き添いは家族の方々で対

応願います。また、外出される場合の連絡は上記『（１）利用の中止・変更・追加』に基づき連絡願います。

※感染症の状況により面会・外出を制限させて頂く場合がございますので、詳細はお問い合わせください。

③飲酒・喫煙

飲酒を希望される場合は状況に応じて、提供場所や時間をご相談させていただきます。喫煙についてはご指定の場所でお願います。酒・煙草については利用時に持参して頂き、原則事業所で管理させていただきます。

④所持品の持ち込み

施設内に冷蔵庫・暖房設備・ペット等の持ち込みはお断りいたします。また預金通帳・印鑑・多額の現金等の貴重品の持ち込みもご遠慮下さい。

⑤活動の制限

施設内での他の利用者に対し迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動・営利活動はお断りいたします。

⑥受診・入院

受診・入院が必要となった場合の送迎・付き添いは家族の方々で対応願います。

⑦入所・退所時間

入退所の時間は予めご連絡いただいております。

入所時間 8：15～17：00

退所時間 8：15～18：20

施設送迎の場合は10：00～16：00の時間内となりますが、人数や車両の都合により前後致しますのでご了承ください。

上記時間外をご希望の際は要相談となりますのでご了承ください。

入退所の時間に変更がありましたら、ご連絡下さい。

7. サービス利用中の必要持参品

①介護保険被保険者証（介護保険負担限度額認定証をお持ちの方はご持参願います）

※初回利用時及び更新時のみ

②普段着・下着・パジャマ・外出着等の衣類

1週間利用される場合の目安として各2・3着程度ご持参願います。

③コップ・歯ブラシ・電気髭剃り等の洗面道具

④上履き

歩きやすい上靴をご持参願います。

⑤利用日数分の薬（お薬手帳、薬の説明書等をご持参下さい）

⑥その他

入浴用のバスタオル・タオルについては当事業所で貸出致しますが、その他必要に応じてタオル・バスタオル・タオルケット等をご持参願います。

※持参された物品につきましては、数量の確認及びご記名を願います。

8. 契約の終了

契約の終了については契約書第8条1項から7項の内容に該当する場合、契約の有効期間であっても契約を終了とすることとなります。なお利用者からの契約解除、事業者からの契約解除については以下のとおりです。

(1) 利用者からの申し出による中途解除・契約解除

利用者が諸事情により契約を解約・解除する場合には、解約希望日の2日前迄に解約届出書を提出ください。ただし、以下の場合には即時に契約を解除・解約できます。

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施設の運営規定の変更に同意できない場合

③ご契約者が入院された場合

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他の利用者が利用者の身体・財物・傷つけた場合もしくは傷つける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) 事業者からの申し出により契約解除となる場合

以下の場合には事業者から契約解除を申し出ることがあります。

- ①利用者が契約締結時に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利用者によるサービス料金の支払いが6ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われなかった場合
- ③利用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生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為行うなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④利用者が介護保険施設に入所もしくは入院した場合

9. 事故発生時の対応及び発生の予防

- ①事業者は、利用者に対する短期入所生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また改善策を講じ、従業者に周知徹底します。
- ②事故の状況及び事故に際して採った処置については記録し、2年間保存します。
- ③事業者は、利用者に対する短期入所生活介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
- ④事故の発生または再発を防止するために、事故が発生した場合の対応及び防止のための指針等を整備します。
- ⑤事故発生防止のために委員会活動及び研修を定期的に行います。

10. 苦情受付

(1) 当施設における苦情の受付

①苦情受付窓口（担当者）

短期入所生活介護施設女満別ドリーム苑 生活相談員 飯島文太
生活相談員 山口祐司

②受付時間

8：15～17：45（土日祝祭日を除く）

※正面玄関に受付ボックスを設置しています。

③連絡先

電話番号 0152-74-2555

FAX番号 0152-74-4525

(2) その他の苦情受付機関

①保険者となっている市町村

②北海道国民健康保健団体連合会 介護保険課

〒060-0062 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館

電話(代表) 011-231-5161

FAX 011-231-5178 (又は011-233-2178)

11. 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		

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護サービスの提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項及び短期入所生活介護計画の説明を行いました。

指定短期入所生活介護 短期入所生活介護施設女満別ドリーム苑
所 在 地 網走郡大空町女満別西4条5丁目4番10号
説明者職名 生活相談員 氏名 飯 島 文 太

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び短期入所生活介護計画の説明を受け、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 印

(代理人) 住 所
氏 名 印