

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

重要事項説明書

利用者に対するサービス提供開始にあたり、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1.事業者(法人)の概要

法人の名称	社会福祉法人まあれ愛恵会
事業者の所在地	〒336-0017 埼玉県さいたま市南区南浦和 2 丁目 12 番 17 号
代表者(職名・氏名)	理事長 海田 英彦
設立年月日	平成 19 年 3 月 6 日
電話番号	048-813-6036

2.ご利用事業所の概要

事業所の名称	たいようの杜短期入所生活介護事業所	
サービスの種類	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護	
事業所の所在地	〒330-0061 埼玉県さいたま市浦和区常盤 8-17-9	
電話番号	048-825-0007	
指定年月日・事業所番号	令和 4 年 10 月 1 日	1176518155
利用定員	空床型	
通常の送迎の実施地域	さいたま市	

3.事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4.提供するサービスの内容

短期入所生活介護(又は介護予防短期入所生活介護)は、事業者が設置する事業所において、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5.事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の状態・人数
管理者	常勤 1 人
医師	非常勤 1 人
生活相談員	常勤 2 人
看護職員	常勤 2 人、非常勤 5 人
介護職員	常勤 38 人、非常勤 17 人
機能訓練指導員	常勤 2 人、
管理栄養士	常勤 1 人
総務職員	常勤 2 人、非常勤 1 人

6.サービス提供の担当者

利用者へのサービス提供の担当職員(生活相談員)及びその管理責任者(管理者)は下記のとおりです。サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 高橋 明子
	生活相談員 廣田 里奈
管理責任者の氏名	管理者 坂本 勝

7.利用料

利用者がサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、利用者からお支払い頂く「利用者負担金」は、基本利用料のうち、介護保険負担割合証に記載された利用者負担の割合の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担頂きます。

(1)短期入所生活介護の利用料

【基本部分：併設型短期入所生活介護費(従来型多床室)】

利用者の要介護度	短期入所生活介護費(1日あたり)		
	基本単位数	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 (=基本利用料の1割) ※(注2)参照
要介護1	603単位	6,530円	653円
要介護2	672単位	7,278円	728円
要介護3	745単位	8,068円	807円
要介護4	815単位	8,826円	883円
要介護5	884単位	9,574円	957円

介護予防短期入所生活介護の利用料

【基本部分：併設型介護予防短期入所生活介護(従来型多床室)】

利用者の要介護度	介護予防短期入所生活介護費(1日あたり)		
	基本体位数	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 (=基本利用料の1割) ※(注2)参照
要支援1	451単位	4,884円	488円
要支援2	561単位	6,076円	608円

(注1)上記の基本料金は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2)上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の金額をご負担頂くこととなりますのでご注意ください。

【加算】

上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算額		
	基本単位数	基本利用料	利用者負担金(1割負担)
看護体制加算Ⅰ	4 単位/日	43 円	4 円
看護体制加算Ⅱ	8単位/日	87 円	9円
夜勤職員配置加算Ⅰ	13 単位/日	141 円	14 円
送迎加算(片道あたり)	184 単位	1,993 円	199 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6 単位/日	65 円	7 円
介護職員処遇改善加算Ⅲ	1 月の利用料金(基本部分+各種加算)の 11.3%		左記額の 1 割
緊急短期入所受け入れ加算	90 単位/日	975 円	98 円
個別機能訓練加算	56 単位/日	130 円	13 円
看取り連携体制加算	64 単位/日	693 円	69 円
口腔連携強化加算	50 単位/回	542 円	54円
療養食加算(1食あたり)	8 単位	87 円	9 円

*加算の種類によって人員配置やその他の基準を、満たしている場合に算定するものもあります。

(2)その他の費用

食費	1 日につき 1,650 円
滞在費	従来型多床室 1 日につき 915 円
理美容代	カット 2,000 円、顔そり 1,000 円、カラー4,000 円、パーマ 4,500 円
レクリエーション費	実費
電気代	1 日につき 50 円(家電製品の持ち込みがあった場合のみ)

(3)キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料を頂きます。ただし、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金1日分の 50%の額
利用予定日の当日	利用者負担金1日分の 80%の額

(注)利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(4)支払い方法

当月の料金の合計額については、翌月の 15 日に請求書を発行し、翌月 27 日(銀行休業日の場合、その翌営業日)に口座自動引き落としにより料金徴収します。料金の支払いが確認でき次第、利用者に対し領収証を発行します。

8.緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 医師名 所在地 電話番号	
緊急連絡先(家族等)	第1 連絡先 氏名 続柄 住所 電話番号	
	第2 連絡先 氏名 続柄 住所 電話番号	
救急搬送時における希望の医療機関(医療機関の受け入れ状況で希望の医療機関に搬送出来ない場合は、施設の判断で医療機関を決めさせていただきますので、予めご了承ください)	第1 希望	医療機関名： 所在地： 電話番号：
	第2 希望	医療機関名： 所在地： 電話番号：
	第3 希望	医療機関名： 所在地： 電話番号：

9.事故発生時の対応

サービス提供中により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)及びさいたま市へ連絡(事故発生後受診を行った場合等)を行うとともに、必要な措置を講じます。

10.苦情相談窓口

(1)サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	担当者 生活相談員 高橋明子、生活相談員 廣田里奈 電話番号 048-825-0007
---------	--

(2)サービス提供に関する苦情や相談は、下記の期間にも申し立てることができます。

苦情受付機関	さいたま市役所保健福祉局 長寿応援部介護保険課	電話番号 048-829-1264・ 1265
	浦和区役所健康福祉部 高齢介護課	電話番号 048-829-6152
	国民健康保険団体連合会 介護保険苦情対応係	電話番号 048-824-2568
	埼玉県社会福祉協議会内 (埼玉県運営適正化委員会)	電話番号 048-822-1406

11.サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意頂きたいことは、以下のとおりです。

(1)サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。

(2)複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。

(3)体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)又は当事業所の担当者へご連絡ください。

12.非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

13.第三者評価の実施状況

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		

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業所名 たいようの杜短期入所生活介護事業所

代表者職・氏名 理事長 海田英彦 ㊞

説明者職・氏名 生活相談員 ㊞

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

利用者 住所
氏名 ㊞

署名代行者 住所
本人との続柄
氏名 ㊞

附則

この重要事項説明書は令和 4 年 10 月 1 日より施行します。
この重要事項説明書は令和 6 年 4 月 1 日より施行します。
この重要事項説明書は令和 6 年 6 月 1 日より施行します。
この重要事項説明書は令和 6 年 8 月 1 日より施行します。
この重要事項説明書は令和 7 年 1 月 20 日より施行します。
この重要事項説明書は令和 7 年 4 月 1 日より施行します。
この重要事項説明書は令和 7 年 7 月 1 日より施行します。