

## 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

<令和6年4月1日現在>

#### 1 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 048-763-3331 (9時～16時まで)

担当 江 森 薫

\*ご不明な点は、なんでもお尋ねください。

#### 2 介護老人福祉施設 清寿園の概要

##### (1) 提供できるサービスの種類

短期入所介護・介護予防短期入所介護サービス及び付随サービス

##### (2) 施設の名称及び所在地等

施設名称	清寿園
所在地	春日部市内牧2072番地
介護保険指定番号	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 (埼玉県1170600041号)

##### (3) 施設の職員体制 (兼務)

	常勤	非常勤	計	業務内容	
管理者	(1)	—	(1)	サービス管理全般	
医師	—	1	1	診療、健康管理等	
生活相談員	3	—	3	生活上の相談等	
管理栄養士	2	—	2	栄養管理等	
機能訓練指導員	(1)	—	(1)	リハビリテーション・機能回復訓練等	
介護支援専門員	2	1	2	サービス計画の立案・管理等	
事務職員	(4)	—	(4)	一般事務・料金請求等	
看護 介護 職員	看護師	4	2	医療、健康管理業務等	
	准看護師	3	3・(1)		6・(1)
	介護福祉士	17	9	26	日常介護業務等
	ヘルパー1、2級、初任者研修	13	4		
その他	10	2	12		

(4) 通常を送迎実施地域は春日部市、さいたま市、越谷市、久喜市、白岡市、宮代町、杉戸町、松伏町、野田市とする。

(5) 施設の詳細の概要・・・定員13名

居室 4人部屋 2室、2人部屋 2室、1人部屋 1室

※特養入所者の入院等により空所利用時変動あり

食堂・医務室・静養室 各3室

浴室 一般浴槽・特殊浴槽

3 サービス内容

① 利用時間・・・利用開始日は午前9時以降

利用最終日は午後8時まで

② 送迎時間・・・午前9時から午後5時まで

※当園のデイサービス利用中の方はデイサービスでの送迎も承ります。

※上記以外の時間、日曜日、12月29日から1月3日はご家族様にて

送迎をお願いします

③ 食 事・・・朝食 8:00 ～

昼食 12:00 ～

夕食 17:45 ～

※原則として食堂にておとりいただきます。

④ 入 浴・・・週に最低2回入浴していただけます。ただし、利用者の状態に応じ、特別浴または清拭となる場合があります。

⑤ 介 護・・・ご希望や状態に応じ、適切な介護サービスを提供します。

着替え介助、排泄介助、おむつ交換、体位交換、シーツ交換  
施設内の 移動の付き添い等

⑥ 生活相談・・・常勤の生活相談員に、介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。

⑦ 緊急時の対応 …利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

医療機関へ受診をされる場合はご家族の方による対応となります。

⑧ 身体拘束等 …サービス提供にあたり、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。  
(Y字抑制帯や車椅子テーブルによる転倒防止、ミトン型の手袋による自傷行為の防止、4本のベット柵使用による転落防止等)また、やむを得ず身体拘束等を行う場合は、利用者または家族に説明し、同意を求めることとし、身体拘束等の要件に該当しなくなった場合は直ちに拘束を解除します。

⑨ 安全管理・・・防災、避難訓練等設備を含め安全面に常時配慮しています。

⑩ 所持品等の保管…特別な事情がある所持品等についてはお預かりいたします。ただし預けることのできる所持品等の種類や量等に制限があります。詳しくは、職員にお尋ねください。

⑪ レクリエーション……日々のクラブ活動のほか、種々の行事が行われます。

⑫ その他のサービス

- ア 理美容サービス 当施設では、理容と美容を実施しております。  
理容師・美容師への支払いは自己負担となります。  
カット 1,500 円(パーマ:5,000 円)
- イ 訪問歯科サービス ご希望により訪問歯科を受診できます。  
訪問歯科への支払いは自己負担となります。
- ウ その他のサービス 介護保険の適用を受けられないサービス等についてはその都度お申出を受けご相談させていただきます。

#### 4 利用料金

(1) 基本料金(①②の基準額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額)

① 施設利用料(1日当りの自己負担単位)

要支援1	4 5 1 単位
要支援2	5 6 1 単位
要介護1	6 0 3 単位
要介護2	6 7 2 単位
要介護3	7 4 5 単位
要介護4	8 1 5 単位
要介護5	8 8 4 単位

② 加算料金

サービス提供体制加算(Ⅱ)	1 8 単位/日
送迎加算(片道)	1 8 4 単位/回
看護体制加算(Ⅰ)	4 単位/日
夜勤職員配置加算(Ⅰ)	1 3 単位/日
療養食加算	8 単位/回
緊急短期入所受入加算	9 0 単位/日
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の8.3%
特定処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の2.7%
ベースアップ加算	所定単位数の1.6%

※看護体制加算(Ⅰ)は特別養護老人ホームの空き室を利用した場合算定します。

※療養食加算は1日3回を限度とする。

※1単位の単価/10.33円 (単位数の合計に乘じ金額を算定します)

③ 滞在費(多床室 1日あたり)

第1段階	0円
第2段階	370円
第3段階	370円
第4段階以上	855円

④ 食費(1日あたり)

負担段階	食費
第1段階	300円
第2段階	390円
第3段階①	650円
第3段階②	650円
第4段階以上	1,445円

内訳…朝食352円、昼食582円、夕食458円

⑤ 入浴消耗品代…入浴1回につき50円

(2) その他の料金

補食については、実費となります。

居室コンセント使用料…使用する場合1日50円(必要必需品を除く)

(3) 利用取消

利用開始前に利用者のご都合でサービス利用を中止する場合は、速やかに事業者に連絡してください。

(4) 利用中の中止

利用途中にサービスを中止して退所する場合、退所日までの日数をもとに計算します。

※ 以下の場合には、利用途中でもサービスを中止する場合があります。

- ・利用者が中途退所を希望した場合
- ・入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合
- ・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

(5) 支払方法

毎月、20日迄に前月分をご請求いたしますので、28日迄にお支払ください。

お支払いいただきますと、領収書を発行します。

お支払い方法は、基本的に本人名義の預金通帳口座より引き落としとさせていただきます。(本人名義の通帳がない場合は、ご家族名義の預金通帳でも可)

引き落とし日は、28日ですので、27日には口座に請求金額をご用意ください。  
また引き落としではご都合の悪い方は、ご相談ください。

#### (6) 料金の変更等

介護保険関係法令の改正等により料金に変更になる場合は、お知らせいたします。

### 5 サービスの利用方法

#### (1) サービスの利用申込み

まずは、お電話等でお申し込みください。

ご利用期間決定後、契約を締結いたします。ご利用の予約は、3ヶ月前からできます。

「居宅サービス計画」の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

#### (2) サービス利用契約の終了

##### ① 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際にサービスをご利用中でなければ、文書でのお申出により、いつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効となります。

##### ② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了し、予約は無効となります。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合……入所日の翌日
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護・要支援認定区分が非該当(自立)と認定された場合……非該当となった日
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合……死亡日の翌日

##### ③ その他

- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを30日以上延滞し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当施設や職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合、またはやむを得ない事情により施設を閉鎖または縮小する場合は、30日前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことがございます。なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。
- ・ 利用者のやむを得ない事由により契約終了後の施設利用があったときは実費を請求します。

## 6 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほかご家族の方に速やかに連絡します。

<b>緊急連絡先 1</b>			
氏名		続柄	
住所	〒		
電話番号		携帯番号	
<b>緊急連絡先 2</b>			
氏名		続柄	
住所	〒		
電話番号		携帯番号	
<b>主治医</b>			
病院または診療所名			
医師名			
住所	〒		
電話番号			

## 7 苦情受付について

別紙参照

## 8 その他(留意事項)

- ・面会時間・・・・・・・・・・9:00～17:00
- ・外出・・・・・・・・・・家族の同伴でお願いします。
- ・喫煙・・・・・・・・・・施設が指定した場所で行ってください。
- ・金銭・貴重品の持ち込み・・・・職員に相談してください。
- ・所持品の持ち込み・・・・利用期間中に必要な物のみとして下さい。

## 9 実習受け入れについて

当園は現場実習受け入れ指定施設を経営しており、概要については下記の通りです。

実習責任者	実習担当者	実習種別
小原 昭廣	江森 薫	介護職員初任者研修・実務者研修 介護福祉士・社会福祉士

現場実習に関する情報を利用者様及びご家族より求められた場合は、実習担当者が提示致します。

利用者様個人情報については、清寿会の個人情報保護に対する基本方針に沿って適切に対応致します。

令和 年 月 日

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護ご利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

<事業者名> 指定短期入所生活介護事業所 清寿園  
(指定番号)埼玉県1170600041号

<所在地> 埼玉県春日部市内牧2072番地

<代表者> 社会福祉法人 清寿会  
理事長 佐久間 勝 印

<説明者> 所属 特別養護老人ホーム 清寿園  
生活相談員 江森 薫 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(代理人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印