

介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

〈令和6年8月1日現在〉

1 事業者(法人)の概要

名 称	社会福祉法人 ルストホフ志木
代表者役職・氏名	理 事 長 西 川 留 美 加
所 在 地	埼玉県志木市本町2丁目10番50号
連 絡 先	電 話 048-473-3000(代)
法人設立年月日	平成8年10月4日

2 介護予防短期入所生活介護ブローンの概要

(1) 提供できるサービスの種類 介護予防短期入所生活介護サービス及び付随サービス

(2) 事業所の名称及び所在地等

施設名称	短期入所生活介護事業所 ブロン
所在地	埼玉県志木市本町2丁目10-50
介護保険指定番号	介護予防短期入所生活介護 (埼玉県1172200113号)

(3) 事業所の職員体制

体制基準：相談員1名、看護師4名、機能訓練指導員1名、介護職員21名以上

	常 勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1名		サービス管理全般	1名
医師		1名以上	診療、健康管理等	1名
生活相談員	1名		生活上の相談	1名
管理栄養士	1名以上		栄養管理等	1名以上
機能訓練指導員	1名		リハビリテーション・機能回復訓練等	1名
介護支援専門員(兼務)	1名		サービス計画の立案・管理等	1名
事務員	1名以上		一般事務・料金請求等	1名以上
看 護 介 護	正看護師	1名	医療、健康管理業務等	4名以上
	准看護師	3名以上		
	介護福祉士	17名以上	日常介護業務	介護職員 21名以上
	1～2級修了者他	4名以上		

(4) 事業所の設備の概要

定員	併設型 4名	特養空床利用型 特養に空室が出た場合	静養室	1室
居室	併設型	特養空床利用型 個室 特養空室を利用	医務室	1室
	個室 4室		食堂	1室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。		機能訓練室	1室
			談話室	3室
通常の送迎実施地域	志木市、朝霞市、新座市、富士見市			

3 サービスの内容

①	食 事	朝食 7:45～9:00 昼食 12:00～13:00 夕食 17:30～19:00 原則、食堂にて召し上がっていただきます。
②	入 浴	最低週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。
③	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、排泄等の介助、口腔ケア、体位変換、シーツ交換、施設内の付き添い等。
④	機 能 訓 練	1階の機能訓練室及びホールにて機能回復訓練を行います。
⑤	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。
⑥	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。
⑦	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。
⑧	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。
⑨	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。行事によっては、別途費用のかかるものもございます。詳しくは、その都度ご説明させていただきます。
⑩	居 室	原則、定員1名の居室が用意されていますが、入居者の状況等により決めさせていただきます。

○ 入居時の利用状況の確認

…事業者は入居時の利用者の状況等について把握するため、利用者またはご家族から即応、現況等についてお伺いします。

○ 利用料

お支払いいただく料金の単価は、下記のとおりです。

原則として、ご利用者の自己負担は1割～3割ですが、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、超えた額の全額をお支払いいただきます。

① 基本料金

要介護度	1日あたりの 利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		
		1 割	2 割	3 割
要支援1	4,510円	451円	902円	1,353円
要支援2	5,610円	561円	1,122円	1,683円

① 基本料金（連続30日を超えて短期入所生活介護を利用した場合）

要介護度	1日あたりの 利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		
		1 割	2 割	3 割
要支援1	4,420円	442円	884円	1,326円
要支援2	5,480円	548円	1,096円	1,644円

② 滞在費

利用者負担区分	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額
第1段階	1,231円	380円
第2段階	1,231円	480円
第3段階-①	1,231円	880円
第3段階-②	1,231円	880円
第4段階	2,000円	2,000円

③ 食費

利用者負担区分	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額
第1段階	1,445円	300円
第2段階	1,445円	600円
第3段階-①	1,445円	1,000円
第3段階-②	1,445円	1,300円
第4段階	1,445円	1,445円

(朝 300円、昼 700円、夕 445円)

特養空床利用の場合

	加 算	利用料	利用者負担額			加 算 要 件 等
			1割	2割	3割	
		1日あたりの利用料				
④	機能訓練体制加算	120円	12円	24円	36円	常勤の機能訓練指導員(看護師等)を1名以上配置

併設型・空床利用型共通

	加 算	利用料	利用者負担額			加 算 要 件 等	
			1割	2割	3割		
		1日あたりの利用料					
要 介 護 度 に	⑤	送迎加算	1,840円	184円	368円	552円	居宅と事業所との間の送迎を行った場合
	⑥	サービス提供体制加算(I)	220円	22円	44円	66円	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の80以上
	⑦	若年性認知症入所者受入加算(該当者のみ)	1,200円	120円	240円	360円	若年性認知症患者利用者に対してサービスを行った場合
	⑧	認知症行動心理症状緊急対応加算(該当者のみ・利用日から起算して7日が限度)	2,000円	200円	400円	600円	医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急にショートステイを利用することが適当であると判断したものに對しサービスを行った場合

よ る 区 分 な し	⑨	療 養 食 加 算 (該 当 者 の み)	80 円	8 円	16 円	24 円	医師の食事箋に基づき適切な食事が提供されている(1食につき)
	⑩	身体拘束廃止未実施減算 (令 和 7 年 度 か ら)	所定単位数の 1/100	左記の1割	左記の2割	左記の3割	身体拘束適正化委員会の未開催、指針未整備、未記録、定期的な研修の未実施の場合
	⑪	高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の 1/100	左記の1割	左記の2割	左記の3割	虐待の発生又はその再発を防止するための措置がなされていない場合
	⑫	業務継続計画未策定減算	所定単位数の 1/100	左記の1割	左記の2割	左記の3割	業務継続計画を策定し、当該計画に従い必要な措置がなされていない場合
	⑬	介護職員等処遇改善加算(I)	所定単位数の 140/1000	左記の1割	左記の2割	左記の3割	介護職員・その他の職員の賃金改善について算定額に相当する賃金改善を実施するなどの基準に適合していること

- ⑭ おやつ代 1食あたり 100円
- ⑮ ご家族宿泊費 ・食事 朝食：300円 昼食：700円 夕食：445円
・ベット・寝具(リネン類)利用料金1日1,000円
- ⑯ テレビ使用料 1日200円

・介護保険おける地域区分について

地域区分別の単価(4級地 10.66)が①、④～⑬の介護料等上記記載代金に加算されます。

○ 別途利用料金の設定

- ア 希望食の提供 : 当施設では、通常のメニューのほかに希望食をご用意しております。ご利用の際は前日までにお申しください。料金は別途かかります。
- イ 行事参加費用 : 行事の参加費用として別途かかる場合もあります。
- ウ 理美容サービス : 当施設では理美容サービスを実施しております。料金は別途かかります。
- エ 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、別途利用料金が下記のようにかかりますので、その都度お申し出下さい。不明な点につきましてはお問い合わせ下さい。

* 通院については基本御家族対応でお願いいたします。

★ 利用者負担の負担割合について

「介護保険負担割合証」がお手元に届きましたら、事業所に御提示ください。
負担割合証に記載されている負担割合が適応されます。

負担割合	所得基準
1 割 負 担	以下に当てはまらない方
2 割 負 担	合計所得 160 万円以上 ● 単身世帯：年金＋その他の所得＝280 万円以上 （年金のみの場合は 280 万円以上相当） ● 夫婦世帯：年金＋その他の所得＝346 万円以上
3 割 負 担	合計所得 220 万円以上 ● 単身世帯：年金＋その他の所得＝340 万円以上 （年金のみの場合は 344 万円以上相当） ● 夫婦世帯：年金＋その他の所得＝463 万円以上

要支援・要介護認定を受けている第2号被保険者の方は一律1割負担です。

★ 介護保険負担限度額認定について

生活保護や世帯全員が市町村民税非課税の方などは、市町村へ申請することにより「介護保険負担限度額証」が交付されます。「介護保険負担限度額証」がお手元に届きましたら、事業所にご提示ください。それにより、滞在費や食費の負担が軽減されます。

○ 介護予防短期入所生活介護の中止

① 利用開始予定日以前の中止

利用開始前に利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① 入居日の前日 17 時までにご連絡いただいた場合	無 料
② 入居日の前日 17 時までにご連絡がなかった場合	1日の利用料の100%

② 利用期間中の中止

以下の事由に該当する場合、利用期間中でもサービスを中止し、退居していただく場合があります。

- ・ 利用者が中途退居を希望した場合
- ・ 入居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
- ・ 他の利用者の生命又は健康に重大な影響を与える行為があった場合

上記の場合で、必要な場合は、ご家族または緊急連絡先に連絡するとともに、速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等、必要な措置を講じます。

また、料金は、退居日までの日数を基準に計算します。

4 支払方法

次月の15日頃に郵送いたしますので、2週間以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払い方法は、ご契約の際に決めさせていただきます。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

まずは、お電話等でお申し込みください。

ご契約期間決定後、契約を締結いたします。ご利用の予約は2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

実際に介護予防短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書でお申し出により、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

以下の場合は、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居した場合…入居日の翌日
- ・ 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
- ・ 利用者が入院した場合…入院日の翌日

③ その他

- ・ 利用者及び身元保証人がサービス利用料金の支払いを2週間以上、遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、2週間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当施設の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できます。

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理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 虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 当該事業所従業者又はご家族等による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

7 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる時は、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最低限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性 … 直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性 … 身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性 … 利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが無くなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

8 衛生管理等

- (1) 介護予防短期入所生活介護の使用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

9 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護予防短期入所生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

10 秘密保持と個人情報の保護について

事業者及びその従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者、利用者の家族、利用者代理人及び身元保証人の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

11 事故発生時(緊急時)の対応について

事業者は介護予防短期入所生活介護事業所において、事故等が発生しないよう利用者の状態等をよく把握して業務にあたり、万一事故等発生に際しては、利用者の家族等および市町村に連絡を行うとともに、必要であれば医師に連絡する等必要な措置を講じます。

また、この事故等の状況および処置状況を記録するものとします。

なお、利用者に対する介護予防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等が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとします。

当事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損害保険ジャパン(株)
保 險 名	賠償責任保険

体調の変化等、緊急の場合は、下記に定める緊急連絡先に連絡します。

緊急連絡先①	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
緊急連絡先②	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

1.2 相談・苦情窓口について

(1) 相談、要望、苦情等の窓口

当施設のサービスに関する相談、要望、苦情等は、サービス提供責任者か下記までお申し出ください。

・短期入所生活介護事業所ブロン 苦情・相談窓口	電話番号 048-473-3000 責任者 砂川 かな 受付時間 9:00~17:00
・志木市役所 長寿応援課	電話番号 048-473-1111
・朝霞市役所	電話番号 048-463-1111
・新座市役所	電話番号 048-477-1111
・富士見市役所	電話番号 049-251-2711 お住まいの市町村へご連絡下さい
・埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険担当課 苦情対応係	電話番号 048-824-2568
・埼玉県運営適正化委員会	電話番号 048-822-1243
・第三者委員 神谷 稔 工藤 貴宣	電話番号 048-471-2377 電話番号 048-472-8276

(2) 苦情申出に対しての手順

- ① 苦情の受付、内容の確認・記録
- ② 施設長・第三者委員への報告
- ③ 話し合いによる解決への努力（必要に応じて第三者委員の立会・助言の要請）
- ④ 改善・解決までの経過と結果の記録
- ⑤ 第三者委員への報告

1.3 非常災害対策について

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。

1.4 第三者評価の実施状況について

第三者の評価 の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	令和 年 月 日	
		評価期間名称		
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> なし			

令和 年 月 日

介護予防短期入所生活介護をご利用にあたり、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の説明をしました。

事業者

所在地 埼玉県志木市本町2-10-50
 名称 社会福祉法人 ルストホフ志木
 理事長 西川 留美加 印

説明者 所属 短期入所生活介護事業所 ブロン
 氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業所から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 (自署)

利用者との続柄 _____

署名代行理由 _____

身元保証人 住所 _____

氏名 _____ 印 (自署)

利用者との続柄 _____