

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

< 2025 年 4 月 1 日 現在 >

社会福祉法人 敬愛会
ふれ愛の郷 短期入所生活介護事業所

1、 ふれ愛の郷 短期入所介護事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類

短期入所介護(介護予防短期入所生活介護)サービス及び付随するサービス

(2) 施設の名称及び所在地等

施 設 名 称	ふれ愛の郷 短期入所生活介護事業所
所 在 地	埼玉県加須市新川通 179-1
介護保険指定番号	短期入所生活介護事業所 埼玉県1173600147号

(3) 施設の職員体制

		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		名 ()	1 名 (1)	診療、健康管理等	1 名 (1)
生活相談員		2 名 ()	名 ()	生活上の相談等	2 名 ()
栄 養 士		1 名 ()	名 ()	栄養管理等	1 名 ()
機能訓練指導員		1 名 ()	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		1 名 ()	1 名 ()	サービス計画の立案・ 管理等	2 名 (2)
事務職員		1 名 ()	1 名 (1)	一般事務・料金請求等	2 名 (1)
看 護 介 護 職 員	看護師	2 名 ()	名 ()	医療、健康管理業 務等	3 名 ()
	准看護師	2 名 ()	名 ()		2 名 ()
	社会福祉士	2 名 (2)	名 ()	日常介護業務等	2 名 (2)
	介護福祉士	6 名 (5)	1 名 ()		7 名 (5)
	1～2 級修了者 初任者研修修了者	5 名 (4)	1 名 ()		6 名 (4)
	その他	名 ()	名 ()		名 ()
() 内は男性再掲					

(4) 施設の設備の概要

定 員		6 0 名	静養室	1 室
居 室	4 人部屋	1 2 室	医務室	1 室
	2 人部屋	4 室	食堂	1 室
	個室	4 室	機能訓練室	1 室
	その他	デイルーム 2 コーナー	談話室	1 室
浴 室		一般浴槽・特殊浴槽あり		

2、 サービス内容

- ① 食 事 朝 食 7 : 3 0 より
 昼 食 1 2 : 0 0 より
 おやつ 1 5 : 0 0 より
 夕 食 1 8 : 0 0 より
- ② 入 浴 週 2 回以上入浴していただけます。ただし、ご利用者の身体状況等により、中止、清拭、入浴方法の変更等が考えられます。
- ③ 介 護 施設サービス計画に沿って下記の介護が行われます。
 食事・入浴・排泄（オムツ介助）・衣類着脱・洗濯・体位交換・シーツ交換・施設内移動介助 等
- ④ 機能訓練 生活リハビリテーションをテーマとし、必要に応じて訓練を行います。共有スペースおよび居室等にて行います。
- ⑤ 生活相談 常勤の生活相談員および介護支援専門員に介護以外の日常生活に関することも含め相談をすることができます。
- ⑥ 健康管理 ご利用中看護師にて健康管理をいたしますが、受診となった場合はご家族対応とさせていただきます。（緊急時を除く）

- | | |
|----------------|--|
| ⑦ 特別食の
提供 | 通常メニューの他に、医療上必要な場合等のために特別メニュー（療養食）提供の用意があります。料金は、別途かかります。 |
| ⑧ 理美容
サービス | 月に1回理美容サービスを実施しております。
ご利用の際料金は、別途かかります。 |
| ⑨ レクリエー
ション | クラブ活動や、各行事、イベント等が企画されます。
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、ご説明のうえご承諾をいただきます。 |
| ⑩ その他の
サービス | ア、希望食の提供
可能な限りでの対応をさせていただきます
ただし、ご希望の際は、別途費用となる場合もあります。

イ、通院サービス
原則かかりつけ医院にご家族対応にて受診頂いております。
尚、緊急時の場合は施設にて救急車要請の対応をいたします。

ウ、送迎サービス
送迎時間は、9：00 ～ 17：00（ご自宅着）とさせていただきます。
尚、送迎は基本玄関前までとさせていただきます。
（ご家族様のご協力をお願いいたします。）

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その都度お申し出いただくか、こちらよりご相談させていただきます。 |

3、 利用料金

ご利用者は、サービスの対価として【重要事項説明書別紙】に定める利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。

4、 キャンセル料

利用開始前にご利用者のご都合でサービスを中止する場合、【重要事項説明書別紙】に定めるキャンセル料がかかります。

5、 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ことがあります。

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

6、 支払方法

料金のお支払いは、原則として口座振替とさせていただきます。そのため口座振替にあたり株式会社 JCB（収納代行会社）へ振替口座を預金口座振替依頼書にてご指定いただきます。お支払（振替）期日は、利用の翌月の 26 日とします。また、期日に振替がなされなかった場合、または上記以外の方法による場合は、別途現金にてお支払いいただきます。

7、 料金の変更等

- ・ 介護保険関係法令の改正により料金を変更する場合は事前にご説明の書類又は、【重要事項説明書別紙】にてご案内させていただきます。
- ・ その他不明な点がございましたら、遠慮なくお問合せください。

8、 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、事前に担当の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 ご利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)をご利用中でなければ、文書でのお申し出により、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

以下の場合に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。

- ・ ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ 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
- ・ ご利用者がお亡くなりになった場合、または2年以上ご利用が無い場合
- ・ ご利用者又は、ご家族の以下のような行為があり、ハラスメントと該当するとみなされる場合契約解除いたします
- ・ セクシャルハラスメント（体を触る、手を握る、性的な卑猥な言動等）
- ・ カスタマーハラスメント（暴力又は乱暴な言動、無理な要求、物を投げつける、刃物をむける等）（社会通念を超えたと思われる苦情）
- ・ その他（個人の番号を聞く、ストーカー行為）
- ・ サービス利用中に、ご契約者本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載する行為があった場合

③ その他

- ・ ご利用者がサービス利用料金の支払いについて、利用契約書に記載する支払期限を15日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、催告日から15日以内に支払わない場合、又はご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由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。
- ・ ご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。

9、 施設サービスの特徴

- ・ パンフレット又は、ホームページをご覧ください。

10、 緊急時の対応方法

ご利用者の容体の変化等があった場合は、関係医療機関等に連絡する等、必要な処置を講ずる他、【重要事項説明書別紙】に記載されたご家族の方に速やかに連絡いたします。

11、 サービス内容に関する相談・苦情

施設の設備又はサービスに関する利用者の要望、苦情等に対し、【重要事項説明書別紙】に定めた窓口にて迅速に対応します。

年 月 日

ふれ愛の郷 短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)利用にあたり、ご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】

所在地 埼玉県加須市新川通 1 7 9-1
名 称 社会福祉法人 敬 愛 会

【説明者】 所 属 ふれ愛の郷 短期入所生活介護事業所

氏 名 _____ (印)

私は、契約書及び本書面により、事業者からふれ愛の郷の利用についての重要事項の説明を受けました。

【ご利用者】

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

ご利用者は、身体状況等により署名ができないため、本人の意思を確認のうえ、私が本人に代わって、その署名を代行しました。

【署名代行者】

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

【重要事項説明書 別紙】

1 利用料金

(1) 基本料金

・ 施設利用料

	1日あたり自己負担	
	2～4人部屋	個室
要支援 1	446単位	446単位
要支援 2	555単位	555単位
要介護 1	596単位	596単位
要介護 2	665単位	665単位
要介護 3	737単位	737単位
要介護 4	806単位	806単位
要介護 5	874単位	874単位

※介護保険負担割合によるものとする。

食費	1900円／日（朝 550 円・昼 750 円・夕 600 円）
住居費	2～4人部屋 900円／日
	個室 1500円／日

※利用料金は上記単位に地域区分（加須市6級地）の割合（10.33）を乗じた金額となります。

※食費、居住費につきましては、所得に応じた負担限度額が設けられています。限度額の適用を受けるには、あらかじめ市町村に申請を行い、負担限度額認定証の交付を受ける必要があります。この認定証に基づき、請求額が決まります。

- ・夜勤職員配置加算（Ⅰ）（職員体制により）1日あたり13単位
- ・看護体制加算（Ⅰ）・（Ⅱ）（職員体制により）1日あたり4単位又は8単位
（要支援1、2は対象外）
- ・サービス提供体制強化加算（職員体制により）

1日あたり 6単位又は12単位

※介護職員等処遇改善加算Ⅱ：上記加算を算定した単位数の13.6％
を乗じた単位数

(2) その他の料金

- ①日常生活費 1日あたり100円
- ②おやつ代(選択) 150～200円
- ③特別食 実費(メニューによって異なります。)
- ④希望食 実費
- ⑤送迎費 やむを得ない場合に限り相談のうえ
片道184円(施設からご自宅まで10Km未満)
(1)片道10Km以上15km未満 1,000円
(2)片道15km以上 1km毎に100円加算
- ⑥理美容費(散髪) 2,800円
- ⑦電気使用料(テレビ、電気毛布等) 1日 50円 (1家電につき)

上記の他レクリエーションや行事の費用、買い物サービス費用など自己負担となります。

(3) キャンセル料(介護保険外)

利用開始前にご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入所日の前日17時までにご連絡いただいた場合	無 料
②入所日の前日17時までにご連絡がなかった場合	1日の利用料の10%

2 事故発生時の対応

- (1) 事業者はご利用者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者のご家族に連絡し、必要な措置を講じます。
また、医療機関にて治療・入院にいたる事故(軽微なものを除く)は県・保険者(市区町村)に報告します。
当該事故の状況及び事故に際して採った措置について記録します。
- (2) 事業者は、事故の原因が事業者の責めに帰す場合、所定の手続きを経て損害賠償を速やかに行います。

3 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無 有・☒

4 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、関係医療機関等に必要な処置を講ずる他、以下のご家族の方に速やかに連絡いたします。

但し、緊急を要する場合は、救急隊の判断によって希望する病院に搬送できないこともあります。

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			
かかりつけ医			
病院名		医師名	
住 所			
電話番号			
緊急時に搬送を希望する病院			
病院名			

5 サービス内容に関する相談・苦情

苦情相談窓口	ふれ愛の郷	生活相談員 村井 夏実 生活相談員 齊藤希実子 0480-72-1590 (受付時間8:30～17:30)
	社会福祉法人 敬愛会	第三者委員 本島 明和 0480-52-3109
	社会福祉法人 敬愛会	第三者委員 武笠 真一 048-832-8435
その他の苦情 受付機関	加須市役所 高齢者福祉課 埼玉県国民健康保険団体連合会	0480-62-1111 048-824-2568