

## 【白砂恵慈園ショートステイ】

### 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8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 0494 — 77 — 0099（9時～16時まで）

担当 扇原知恵美 ・ 倉林優太

\* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

#### 2 社会福祉法人秩父福祉会 白砂恵慈園の概要

(1) 提供できるサービスの種類 短期入所生活介護サービス・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       | 社会福祉法人秩父福祉会白砂恵慈園              |
| 所在地        | 埼玉県秩父市吉田久長186-1               |
| 介護保険指定番号   | 1174800118                    |
| 通常の事業の実施地域 | 秩父市（旧大滝村を除く）、皆野町、横瀬町、小鹿野町、長瀬町 |

(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      |     |
| 生活相談員   | 1名                   | 0名  | 生活上の相談等           | 1名      |     |
| 栄養士     | 7名                   | 0名  | 栄養管理等             | 7名      |     |
| 機能訓練指導員 | 名                    | 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 | 1名                   | 名   | サービス計画の立案・管理等     | 1名      |     |
| 事務職員    | 4名                   | 2名  | 一般事務・料金請求等        | 6名      |     |
| 看護介護職員  | 看護師                  | 1名  | 医療、健康管理業務等        | 2名      |     |
|         | 准看護師                 | 1名  |                   | 3名      | 4名  |
|         | 介護福祉士                | 20名 | 13名               | 日常介護業務等 | 33名 |
|         | 実務者研修修了者             | 3名  | 1名                |         | 4名  |
|         | 1～2級、介護基礎研修、初任者研修修了者 | 名   | 1名                |         | 1名  |
|         | その他                  | 1名  | 1名                |         | 2名  |

(4) 施設の設備の概要

|    |       |                 |       |       |
|----|-------|-----------------|-------|-------|
| 定員 |       | 12名             | 静養室   | 1室    |
| 居  | ユニット型 | 個室              | 室     | 1室    |
|    |       | 準個室             | 室     | 1室    |
| 室  | 従来型   | 4人部屋            | 2室    | 機能訓練室 |
|    |       | 2人部屋            | 2室    | 談話室   |
|    |       | 準個室             | 室     |       |
|    |       | その他             | 人部屋 室 |       |
| 浴室 |       | 一般浴槽と特殊浴槽があります。 |       |       |

3 サービス内容

- ①食 事…朝食 8:00 ~ :  
 昼食 12:00 ~ :  
 夕食 18:00 ~ :  
 以上の他、おやつ、湯茶等のサービスがあります。  
 原則、食堂にておとりいただきます。
- ②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、入浴介助、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、排泄介助、食事等の介助、おむつ交換、体位変換、シーツ交換、施設内の移動の付き添い 等
- ④機能訓練…必要に応じ訓練室等におい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健康管理…日々簡単な健康チェックを行います。
- 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。
- ⑧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。
- ⑨療養食の提供  
 …当施設では、通常のメニューのほかに医療上必要な場合等のために療養食をご用意しております。詳しくは職員にお尋ねください。料金は別途かかります。
- 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。  
 行事によっては、別途費用が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。
- ⑫その他のサービス  
 ア 通院サービス：医療上必要な場合は、通院サービスが行われます。  
 料金は別途かかる場合があります。  
 イ その他のサービス：介護保険以外のサービス等については、その都度お申し出を受けご相談させていただきます。サービスの内容によっては別途料金が

かかります。

#### 4 利用料金

お支払いいただく料金の単価は、下記のとおりです。

##### ① 基本料金

利用者負担額は介護保険負担割合証に記載された割合となります。(基本利用料の1割、2割または3割の額)ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用料は全額負担となります。

1日あたり 円

##### ② 加算料金〔施設利用料等〕 【地域区分別1単位の単価10円(その他地域)】

| 区 分                   | 基本利用料                         | 1日あたりの自己負担額<br>(1割の場合) | 1日あたりの自己負担額<br>(2割の場合) | 1日あたりの自己負担額<br>(3割の場合) |
|-----------------------|-------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 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                 |
| 要 介 護 1               | 6,030円                        | 603円                   | 1,206円                 | 1,809円                 |
| 要 介 護 2               | 6,720円                        | 672円                   | 1,344円                 | 2,016円                 |
| 要 介 護 3               | 7,450円                        | 745円                   | 1,490円                 | 2,235円                 |
| 要 介 護 4               | 8,150円                        | 815円                   | 1,630円                 | 2,445円                 |
| 要 介 護 5               | 8,840円                        | 884円                   | 1,768円                 | 2,652円                 |
| ・夜勤職員配置加算(介護1～5)      |                               | 13円                    | 26円                    | 39円                    |
| ・送迎加算(片道)             |                               | 184円                   | 368円                   | 552円                   |
| ・療養食加算(1回につき。1日3回まで。) |                               | 8円                     | 16円                    | 24円                    |
| ・サービス提供体制強化加算(I)      | 220円                          | 22円                    | 44円                    | 66円                    |
| 介護職員等処遇改善加算(I)        | 所定単位数に14.0%を乗じた額(支給限度額管理の対象外) |                        |                        |                        |

##### ③ 食費

1日あたり 1,480 円

朝食 390円 昼食 570円 夕食 520円

ただし、負担限度額認定を受けている場合には、「介護保険負担限度額認定証」に記載されている負担限度額とする。

|             |   |
|-------------|---|
| 1日あたりの自己負担額 | 円 |
|-------------|---|

④ 滞在費 1日あたり                      円

| 負担段階 | 部屋の種別 | 1日あたり自己負担額 |
|------|-------|------------|
| 第 段階 | 多床室   | 円          |

※所得に応じ減額される場合があります。

⑤ 送迎費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、送迎に要する費用の実費をご負担していただきます。通常の事業の実施地域を越えた地点から、10km未満は2,000円、それを越える場合は1kmにつき200円を加算した金額をいただきます。

⑥ 若年性認知症の方（65歳未満の方）

⑦ その他…療養食、行事参加費、希望食、通院サービス費、理美容費等は、別途料金がかかります。

⑧ 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

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に連絡を取る等、必要な措置を講じます。

⑨ 支払方法

毎月、5日までに前月分の請求をいたします。翌月28日に口座振替によりお支払いいただきますと、領収証を発行します。お支払手続きは、ご契約の際にご説明いたします。

## 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ヵ月前からできます。

「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。

- ・利用者が他の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日以上遅延し、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 個人情報の利用

サービス担当者会議において必要とする場合に、当人もしくは家族の個人情報を用いることがあります。

## 7 秘密の保持

- (1) 従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (2) 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いませぬ。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。
- (3) 利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに務めます。

○ 緊急時の連絡先

|           |  |
|-----------|--|
| 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        |  |
| 主治医       |  |
| 病院または診療所名 |  |
| 医師名       |  |
| 住所        |  |
| 電話番号      |  |

○相談、要望、苦情等の窓口

短期入所（介護予防を含む）に関する相談、要望、苦情等は、サービス提供責任者か下記窓口までお申し出ください。

|                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| ☆サービス相談窓口☆                 |                        |
| 1 白砂恵慈園                    | 担当者 扇原知恵美 倉林優太         |
| 電話番号 0494 — 77 — 0099      |                        |
| (受付時間 9時から 16時)            |                        |
| 2 秩父市高齢者介護課                |                        |
| 電話番号 0494 — 25 — 5205 (直通) |                        |
| 吉田総合支所                     |                        |
| 電話番号 0494 — 72 — 6082 (直通) |                        |
| 3 横瀬町福祉介護課                 | 電話番号 0494-25-0116 (直通) |
| 4 皆野町福祉課                   | 電話番号 0494-62-1233 (直通) |
| 5 長瀬町福祉介護課                 | 電話番号 0494-66-3111      |
| 6 小鹿野町福祉課(保健福祉センター内)       |                        |
|                            | 電話番号 0494-75-4421 (直通) |
| 7 埼玉県国民健康保険団体連合会           |                        |

電話番号048 — 824 — 2568 (苦情相談専用)

第三者委員

引間正人 電話番号 0494-72-6008

中原照夫 電話番号 0494-77-1300

田中敬子 電話番号 0494-66-2975

8 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

|             |       |
|-------------|-------|
| 第三者評価の実施の有無 | 有 ・ 無 |
|-------------|-------|

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事業の提供開始にあたり、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

所在地 秩父市吉田久長186-1

法人名 社会福祉法人 秩父福祉会

説明者

事業所名 特別養護老人ホーム白砂恵慈園

氏 名

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事業についての重要事項の説明を受け、サービス提供開始について同意しました。

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(代理人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(メモ)

この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者の双方が署名又は記名（必要に応じて押印）を行います。

サービス提供を行うに際しては、介護保険の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことはいうまでもありません。

したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。

しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合は、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者（たとえば同居親族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。

なお、手指の障がいなどで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

(例)

利用者 住 所 秩父市吉田〇〇 186-1

---

氏 名 白 砂 太 郎

---

上記署名は、秩父花子（子）が代行しました。