

短期入所生活介護 重要事項説明書

短期入所生活介護重要事項説明書

＜令和 8年 6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—729—2222 (9時～18時まで)

担当 畠山裕助 * ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 社会福祉法人緑風会花ノ木の郷の概要

(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	社会福祉法人緑風会 花ノ木の郷
所在地	埼玉県桶川市大字加納 1824-1
介護保険指定番号	併設型短期入所生活介護 (埼玉県1175200565)

(3) 施設の設備の概要

定員		10名	医務室	1室
居室	ユニット型個室	10室	共同生活室	1室
浴室		一般浴槽と特殊浴槽があります。		

(4) サービスの利用期間

ア 入所時の利用状況の確認

…事業者は入所時の利用者の健康状態や生活状況等について把握し適切な介護を行うため、利用者またはご家族から既往、現況等についてお伺いします。この際、緊急時利用の場合を除き、かかり付け医師の介護認定に係る意見書又は健康診断書のご提出をいただきます。

イ 利用期間 ①令和____年____月____日 ～ 令和____年____月____日
 ②令和____年____月____日 ～ 令和____年____月____日
 ③令和____年____月____日 ～ 令和____年____月____日

原則として入所時間は利用開始日の１０時とし、退所時間は利用終了日の
 １５時とします。

(5) 施設の職員体制（令和８年６月１日現在）

		常勤	非常勤	業務内容	計
管理者（兼務）		１名（１）		サービス管理全般	１名（１）
医師（兼務）			１名（１）	診療、健康管理等	１名（１）
生活相談員（兼務）		１名（１）		生活上の相談等	１名（ ）
管理栄養士（兼務）		１名（ ）		栄養管理等	１名（ ）
機能訓練指導員（兼務）		（ ）		リハビリテーション・ 機能回復訓練等	
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（１）
事務職員（兼務）		１名（ ）		一般事務・料金請求等	１名（１）
看護・ 介護職員	看護師			医療、健康管理業務等	
	准看護師（兼務）	１名（ ）			１名（ ）
	介護福祉士	３名（１）	０名（ ）	日常介護業務等	４名（１）
	介護福祉士実務者研修	１名（１）	０名（ ）		１名（１）
	介護福祉士初任者研修				
	その他	１名（ ）			１名（ ）

（ ）内は男性再掲

(5) 施設の設備の概要

定員		１０名	医務室	１室
居室	ユニット型個室	１０室	共同生活室	１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…食事時間等はお次のとおりです。

朝食 8 : 0 0 ~ 9 : 3 0

昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 3 0

夕食 1 8 : 0 0 ~ 1 9 : 3 0

以上の他、お茶等のサービスがあります。

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の必要から主治医の処方箋に基づいた療養食のご提供ができます。詳しくは職員にお尋ねください。料金は別途かかります。

⑨行政手続代行

…行政手続の代行を施設にて受け付けます。ご希望の際は、職員にお申し出ください。

ただし、手続に係る経費は、その都度お支払いいただきます。

⑩日常費用の受入・管理保管及び支払代行

…介護以外の日常生活に係る諸費用に関する受入・管理保管及び支払代金を申し込む

ことができます。サービスご利用に際しては、別途「財産管理委託契約書」の締結

が必要となります。

⑪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。

⑫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。

⑬その他のサービス

ア 行事食の提供：当施設では、通常のメニューのほかに季節に合わせて開催する行事での

特別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出くださ

い。料金は別途かかります。

イ 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。

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：介護保険以外のサービス等については、その都度お申し出を相談させ

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は、下記のとおりです。

○〔基本料金（１日あたり）ユニット型個室〕

		A	B:A×地域区分 (1円未満切捨)	C:B×0.9 (1円未満切捨)	B－C	D:B×0.8 (1円未満切捨)	B－D	E:B×0.7 (1円未満切捨)	B－E
介護度		単 位	利 用 料 (介護報酬総額)	保険請求額 【9割】	利用者 負担額 【1割】	保険請求額 【8割】	利用者 負担額 【2割】	保険請求額 【7割】	利用者 負担額 【3割】
①	要介護1	704	7,272	6,544	728	5,817	1,455	5,090	2,182
	要介護2	772	7,974	7,176	798	6,379	1,595	5,581	2,393
	要介護3	847	8,749	7,874	875	6,999	1,750	6,124	2,625
	要介護4	918	9,482	8,533	949	7,585	1,897	6,637	2,845
	要介護5	987	10,195	9,175	1,020	8,156	2,039	7,136	3,059

○各種加算料金（１日あたり）

		A	B:A×地域区分 (1円未満切捨)	C:B×0.9 (1円未満切捨)	B－C	D:B×0.8 (1円未満切捨)	B－D	E:B×0.7 (1円未満切捨)	B－E
加算名称		単位	利 用 料 (介護報酬総額)	保険請求額 【9割】	利用者 負担額 【1割】	保険請求額 【8割】	利用者 負担額 【2割】	保険請求額 【7割】	利用者 負担額 【3割】
②	送迎加算 (片道)	184	1,900	1,710	190	1,520	380	1,330	570
③	サービス提供体制 強化加算 (Ⅲ)	6	61	54	7	48	13	42	19
④	夜勤職員 配置加算 (Ⅱ)	18	185	166	19	148	37	129	56
⑤	介護職員等 処遇改善加算 (Ⅰ)	月の総単位数に17.6%加算							

＊上記①②③④の記載料金その総単位数に⑤介護職員等処遇改善加算Ⅰ（ロ）（加算率17.6%）・地域区分（6級地1単位10.33円）を乗する計算が行われた額を請求させていただきます。

(食費 朝食 560 円 昼食 830 円 夕食 770 円)

負担段階			所 得 区 分	滞在費	食 費
				ユニット型個室	
市町村民税	世帯課税者	第1段階	生活保護受給者 老齢福祉年金受給者	880円	300円
		第2段階	合計所得金額と課税年金収入額の合計 80 万円以下の者	880円	600円
		第3段階①	合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円を超え 120 万円以下の者	1,370円	1,000円
		第3段階②	合計所得金額と課税年金収入額の合計 120 万円超の者	1,370円	1,300円
第4段階			世帯課税者	2,110円	2,160円

⑥ レクリエーション・クラブ活動費 1 日につき 120 円

⑦ 嗜好品使用における居室電気料金 1 日につき 115 円

※個人的な趣味・嗜好に基づき入居者様が使用する電化製品です。

⑧ その他…療養食・行政手続代行費用・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。

○ 短期入所生活介護の中止

① 利用開始予定以前の中止

ご予約の予定の変更や中止を希望される際は、前日 17 時頃までにご連絡を頂けると幸いです。048-729-2222 までご連絡をお願いします。

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、退所していただく場合がございます。

- ・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、退所日までの日数を基準に計算します。

② 支払方法

毎月、5日頃までに前月分の請求をいたしますので、15日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、1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、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、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 当施設のサービスの特徴等

別添の資料をご覧ください。

当施設は、第三者評価を受けておりません。

7 緊急時の連絡先緊急時・事故発生時の対応方法

ご利用者の容態の急変や事故が発生した場合は、速やかに医師に連絡する等の必要な処置を講じるほか、ご家族の方に速やかに状況や講じた処置等の概要について報告等を行うとともに、保険者等の連絡等も行います。

また、容態急変の予兆の早期発見や事故発生防止に向け、リスクマネジメント委員会等での検討やその他必要な対応を講じています。

緊急連絡先①

氏 名	
住 所	
電話番号	自宅番号 携帯番号
続 柄	

緊急連絡先②

氏 名	
住 所	
電話番号	自宅番号 携帯番号
続 柄	

主治医

病院または診療所名	
医 師 名	
住 所	
電話番号	

8 その他（サービス、苦情相談等）

- ① この契約の履行等に関する相談や苦情につきましては、本施設生活相談員のほか、介護保険証を発行した市区町村、国民健康保険団体連合会の窓口でもお受けしています。

② （経過規定）

○相談、要望、苦情等の窓口

短期入所に関する相談、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 花ノ木の郷 篠田 浩一
電話番号 048-729-2222
(受付時間 9時から18時)
- 2 第三者委員 牧 昇（川里苑デメテルヴィラ施設長）
電話番号 048-569-1001
- 3 第三者委員 山崎 英生（三郷藤光苑施設長）
電話番号 048-954-0294
- 4 桶川市役所 高齢者福祉課
電話番号 048-786-3211（代）
- 5 北本市役所 高齢介護課
電話番号 048-591-1111（代）
- 6 鴻巣市役所 介護保険課
電話番号 048-541-9257（直通）
- 7 上尾市役所 高齢介護課
電話番号 048-775-5111（代）
- 8 国民健康保険団体連合会
電話番号 048-824-2568（苦情相談専用）

令和 年 月 日

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、同意を得ました。

事業者

＜所 在 地＞ 埼玉県三郷市番匠免 1－314

＜法 人 名＞ 社会福祉法人 緑 風 会

＜代表者名＞ 理事長 篠 田 實 印

＜所 在 地＞ 埼玉県桶川市大字加納 1824－1

＜事 業 所＞ ショートステイ 花ノ木の郷

(指定番号：1175200565)

説明者氏名 畠 山 裕 助 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についての重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者 住所_____

氏名_____印

(代理人) 住所_____

氏名_____印