

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7年10月1日現在]

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、埼玉県条例の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	企業組合労協センター事業団
主たる事務所の所在地	〒170-0013 東京都豊島区東池袋1-44-3 池袋 I S P タマビル
代表者	代表理事 藤田 徹
設立年月日	昭和48年2月23日
電話番号	03-6907-8030

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	深谷原郷地域福祉事業所ショートステイだんらん	
サービスの種類	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護	
事業所の所在地	〒366-0035 深谷市原郷342-1	
電話番号	048-501-7718	
指定年月日・事業所番号	平成26年12月1日	1174602035
利用定員	定員20人	
通常の送迎の実施地域	深谷市、熊谷市	
第三者評価の実施状況	実施の有無 : なし 直近の実施日 : 評価機関名称 : 評価結果の開示状況 :	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の生活機能の維持・向上に努めます。

4. 提供するサービスの内容

短期入所生活介護（又は介護予防短期入所生活介護）は、事業者が設置する事業所において、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

食 事	栄養士の立てる献立により、栄養や利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
入 浴	利用者の状態に合わせて、週2回の入浴又は清拭を行います。 リフト浴も可能です。（リフト付きシャワーキャリー）
排泄のお世話	利用者の身体状況に合わせた排泄の援助をします。身体能力を最大限に生かし、排泄の自立についても支援します。
日常生活のお世話	寝たきり防止のため、できる限りベッドからの離床に配慮します。 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
運動とレクリエーション	利用者の心身等の状態に合わせた運動とレクリエーションを提供、身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康管理	日中は看護師が常駐し体調管理や服薬管理を行います。
生活相談	相談員が利用者の生活上の不安や家族の介護の不安・疑問等の相談に応じます。
送 迎	ご希望により、自宅から施設間の送迎を行います。
設 備	居室は従来型個室と多床室（2人部屋、4人部屋）で、介護用ベッド、ナースコール、洗面台、エアコンが常備されています。

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数			
医師	非常勤	1人		
生活相談員	常勤	1人	非常勤	1人
看護職員	常勤	1人	非常勤	2人
介護職員	常勤	3人	非常勤	14人
機能訓練指導員	看護職員兼務		1人	
栄養士	非常勤	1人		

6. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 内田 千津
管理責任者の氏名	管 理 者 内村 弘美

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、基本利用料の1割または2割・3割の額となります。ただし、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、超えた額の全額をご負担いただきます。

（１） 短期入所生活介護の利用料

【基本料金】

単独型短期入所生活介護費（従来型個室）

利用者の 要介護度	短期入所生活介護費（１日あたり）			
	基本利用料 ※（注１）参照	利用者負担金 （＝基本利用料の地域区分 7級 10.17円） ※（注２）参照 ※（注３）参照		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護１	6 5 6 0 円	6 5 6 円	1 3 1 2 円	1 9 6 8 円
要介護２	7 2 7 2 円	7 2 7 円	1 4 5 4 円	2 1 8 1 円
要介護３	8 0 0 4 円	8 0 0 円	1 6 0 0 円	2 4 0 0 円
要介護４	8 7 0 6 円	8 7 0 円	1 7 4 0 円	2 6 1 0 円
要介護５	9 4 1 7 円	9 4 1 円	1 8 8 2 円	2 8 2 3 円

単独短期生活介護費（多床室）

利用者の 要介護度	短期入所生活介護費（１日あたり）			
	基本利用料 ※（注１）参照	利用者負担金 （＝基本利用料の地域区分 7級 10.17円） ※（注２）参照 ※（注３）参照		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護１	6 5 6 0 円	6 5 6 円	1 3 1 2 円	1 9 6 8 円
要介護２	7 2 7 2 円	7 2 7 円	1 4 5 4 円	2 1 8 1 円
要介護３	8 0 0 4 円	8 0 0 円	1 6 0 0 円	2 4 0 0 円
要介護４	8 7 0 6 円	8 7 0 円	1 7 4 0 円	2 6 1 0 円
要介護５	9 4 1 7 円	9 4 1 円	1 8 8 2 円	2 8 2 3 円

（注１）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注２）上記本文にも記載のとおり、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、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

（注３）一定以上の所得者は、介護保険サービスの利用者負担が「2割」「3割」になります。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本利用料	利用者負担金 (=基本利用料の 地域区分 7級 10.17円)		
送迎加算	送迎を行った場合 (片道につき)	1,880円			
緊急短期入所受入 加算	利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が緊急に短期入所生活介護を受けることが必要と求めた者に対し、居宅サービス計画に位置付けられていない短期入所生活介護を行った場合（7日を限度。利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむ得ない事情がある場合は14日を限度）	920円/日			
介護職員 処遇改善加算(Ⅱ) 看護体制加算(Ⅰ) サービス提供強化 加算(Ⅲ) 口腔連携強化加算	当該加算の算定要件を満たす場合	1月の利用料金 (基本部分＋ 各種加算減算)の 8.3% 1日につき4単位 1日につき6単位 1月1回50単位	左記額の 地域区分 7級 10.17円		

【減算】

減算の種類	減算の要件	減算額		
		利用者負担金 (=基本利用料の 地域区分 7級 10.17円)		
		1割負担	2割負担	3割負担
長期利用者に対する 短期入所生活介護費 の減算	連続して30日を超えて同一の短期入所生活介護事業所に入所し、短期入所生活介護を受けている利用者	-31 円/日	-61 円/日	-93 円/日

（２）介護予防短期入所生活介護の利用料

【基本料金】

単独型介護予防短期入所生活介護費（従来型個室）

利用者の 要介護度	介護予防短期入所生活介護費（１日あたり）			
	基本利用料 ※（注１）参照	利用者負担金 （＝基本利用料の地域区分 ７級 10.17円） ※（注２）参照 （注３参照）		
		１割負担	２割負担	３割負担
要支援１	４８７１円	４８７円	９７４円	１４６１円
要支援２	６０６１円	６０６円	１２１２円	１８１８円

単独型介護予防短期入所生活介護費（多床室）

利用者の 要介護度	介護予防短期入所生活介護費（１日あたり）			
	基本利用料 ※（注１）参照	利用者負担金 （＝基本利用料の地域区分 ７級 10.17円） ※（注２）参照 （注３参照）		
		１割負担	２割負担	３割負担
要支援１	４８７１円	４８７円	９７４円	１４６１円
要支援２	６０６１円	６０６円	１２１２円	１８１８円

（注１）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注２）上記本文にも記載のとおり、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、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

（注３）一定以上の所得者は、介護保険サービスの利用者負担が「２割」になります。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額		
		基本利用料	利用者負担金 （＝基本利用料の 地域区分 ７級 10.17円）	
送迎加算	送迎を行った場合 （片道につき）	１，８８０円		
介護職員 処遇改善加算（Ⅱ） 看護体制加算（Ⅰ） サービス提供強化 加算（Ⅲ） 口腔連携強化加算	当該加算の算定要件を満 たす場合	１月の利用料金 （基本部分＋ 各種加算減算）の ８．３％ １日につき４単位 １日につき６単位 １月１回５０単位	左記額の 地域区分 ７級 10.17円	

(3) その他の費用

食 費	1日につき2100円。 (ただし、朝食600円、昼食700円、夕食800円とし、1食単位で費用の支払いを受けるものとします。) また、利用者の希望により特別な食事を提供した場合は、費用の実費をいただきます。
滞在費	従来型個室（1日につき）2500円、多床室（一日につき）1500円
送迎費	通常の送迎の実施地域を超えて送迎を行った場合 1kmにつき20円
日常消耗品費	1日×400円
テレビレンタル費	1日×150円

※負担限度額第1～3段階の方は軽減措置があるため、食費・滞在費の利用者負担額が異なります。

	利用者負担段階	滞在費	食 費
多床室	1	0円	300円
	2	370円	600円
	3.①②	430円	① 1000円 ② 1300円
	4	1500円	2100円

	利用者負担段階	滞在費	食 費
従来型個室	1	320円	300円
	2	420円	600円
	3.①②	880円	① 1000円 ② 1300円
	4	2500円	2100円

(4) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	500円
利用予定日の当日	500円

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(5) 支払い方法

上記(1)から(4)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求します。原則として毎月15日までに前月分の請求書を発行いたします。お支払方法に関しては、基本的に口座振替にさせていただきます(現金集金、銀行振り込みでのお支払もご相談に応じます)。お支払いは25日までとさせていただきますが、口座振替は22日引き落としとなります。お支払い頂きましたら領収書を発行いたします。

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やか

に下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	

施設協力医療機関

協力医療機関名	白倉クリニック
住所	埼玉県深谷市仲町 7-5
電話	048 (574) 0502

協力医療機関名	医療法人社団 寿会 吉沢病院
住所	埼玉県本庄市 1216-1
電話	0495-21-7781

9. 事故発生時の対応

(1) サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 利用者に対する介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。事業者は下記の損賠賠償責任保険に加入しております。

保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社 株式会社損保ジャパン
-------	------------------------------

10. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 048-501-7718 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	深谷市 長寿福祉課	電話 048-574-6645
	熊谷市長寿生きがい課	電話 048-524-1111
	大里広域市町村圏組合	電話 048-501-1330
	埼玉県国民健康保険団体連合会	電話 048-824-2568

11. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地	東京都豊島区東池袋 1-44-3 池袋 ISP タマビル
	事業者名	労働者協同組合労協センター事業団
	代表者	代表理事 藤田 徹
事業所	所在地	埼玉県深谷市原郷 342-1
	事業者名	深谷原郷地域福祉事業所ショートステイだんらん
	代表者	所長 内田寛史
	説明者	_____ 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所
氏 名 _____ 印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所
本人との続柄
氏 名 _____ 印