

介護予防短期入所生活介護 重要事項説明書

＜ 令和7年4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

電話番号 048-240-6066

担当者 太田圭一・石井秀範・佐藤美保子・品田有希子

2. 介護老人福祉施設 春輝苑 の概要

(1) 提供できるサービスの種類

介護予防短期入所介護サービス及び付随サービス

(2) 施設の名称および所在地等

施設名称	介護予防短期入所生活介護 春輝苑(しゅんきえん)
所在地	埼玉県川口市青木3-20-15
介護保険指定番号	(埼玉県 1170203234)

(3) 施設の職員体制 (※当施設職員体制は常勤換算にて指定基準をみたしております。介護老人福祉施設と短期入所生活介護を一体として介護保険サービスを提供しています。)

職 種		指定基準	非常勤	業 務 内 容
管 理 者		1 名以上		従事者・業務の管理等
生活相談員(兼務)		1 名以上		施設利用における相談等
介護支援専門員(兼務)		1 名以上		介護計画の作成等
医 師			1 名以上	健康管理・療養上の指導
管理栄養士		1 名以上		献立表作成等 給食業務
事務職員		1 名以上		一般事務・料金請求等
機能訓練指導員(看護師兼務)		1 名以上		機能訓練等の指示・助言
看護職員	看護師(兼務)	1 名以上	1 名以上	健康管理・療養上の看護及び日常生活介護
	准看護師(兼務)	2 名以上	1 名以上	
介護職員	介護福祉士(兼務)	1 8 名以上	1 名以上	利用者の日常生活介護・自立支援等
	介護職員	1 6 名以上	1 名以上	

④ 施設及び設備概要

定 員	介護老人福祉施設 90名	短期入所生活介護 10名
居室設備の種類	室数	備考
4人部屋	18室	多床室
2人部屋	11室	多床室
個室	6室	従来型個室
家族休憩室	1室	
食 堂	5室	グループケア方式
浴 室	3室	2階：特別浴・中間浴 3階：中間浴・一般浴 4階：一般浴・個人浴
機能回復訓練室	1室	
医 務 室	1室	

3. 利用料金

お支払いいただく料金は、下記のとおりです。

(1) 基本料金

① 施設利用料（多床室）及び（従来型個室）令和3年度4月1日から

要介護認定区分	介護給付	1日あたりの利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	451単位	4758円	475円	951円	1427円
要支援2	561単位	5918円	591円	1183円	1775円

4. サービス内容

(1) 食 事

- ・ 朝 食 8時00分より
- ・ 昼 食 12時00分より
- ・ おやつ 15時00分より
- ・ 夕 食 18時00分より 原則として、食堂でのお食事となります。

(2) 入 浴

- ・ 原則として、週2回入浴していただきます。ただし、ご利用者の状況に応じ、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、おむつ交換、体位変換、シーツ交換等を行います。

(4) 機能訓練

- ・ 利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

(5) 健康管理

- ・ 看護職員が日々簡単な健康チェックを行います。

(6) 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ます。

(7) レクリエーション

- ・ 日々のクラブ活動のほか、種々の行事を行います。（行事によっては、別途費用がかかる場合があります。）

(8) 所持品の保管

- ・ 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、預かることのできる所持品の種類や量等に制限がありますので、詳しくは職員にご相談ください。

(9) その他のサービス

- ・ 理美容サービス：当施設では美容師による理美容サービスを実施しています。
*別途費用がかかります
- ・ そ の 他：介護保険の適用を受けられないサービス等については、その都度お申し出を受け、ご相談させていただきます。

② 食 費： 1日あたり 1750円（朝食 500円 昼食 650円 夕食 600円）

③ 滞 在 費： 多床室 1日あたり 915円
従来型個室 1日あたり 1231円

(2) その他の料金

- ・送迎費：片道187円(介護保険給付適用時 自己負担額)になります。

※介護保険給付適応外の場合 自己負担額は片道1862円になります。

※入所・退所時の送迎希望 □希望する(□入退所・□入所のみ・□退所のみ) □希望しない

- ・日常生活費：1日あたり 200円

歯ブラシ、義歯洗浄剤、義歯ケース、ボックスティッシュ、口腔ガーゼ、フェイスタオル、カミソリ、フェイスクリーム等の費用を施設でご用意するものをご利用いただく場合にお支払い頂きます。

※但し、ご家族様にてご用意できる場合には必要ありません。

□ ご家族様にて用意 □ 施設にて用意

- ・行事参加費(レクレーション・クラブ活動) 1回あたり 100円～500円

- ・理美容代 1回あたり 1800円

※食費と滞在費については負担限度額認定をうけている場合、認定証に記載している負担限度額とします。世帯全員が市町村民税非課税の方や生活保護を受けられている方の場合、施設利用の滞在費・食費の負担が軽減されます。

居住費 令和7年度4月1日から

負担限度額	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
多床室	0円	430円	430円	915円
従来型個室	380円	480円	880円	1,231円

食費

第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
300円	600円	1,000円	1,300円	1,750円

※令和7年4月1日以降(食費・光熱・水道費上昇により基準費用額(食費)を150円/日引き上がっております。)

令和7年4月1日現在加算については(送迎加算・サービス提供体制加算(Ⅰ)イ・介護職員等処遇改善加算Ⅰ)となります。その他の加算の項目については施設の体制等があり実施の場合ご負担頂きます。

◎送迎加算 1回あたり 187単位

◎サービス提供体制加算(Ⅰ)イ 1日あたり 22単位

(看護・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が80%以上である場合又は、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が35%以上である場合)

◎介護職員等処遇改善加算Ⅰ 短期予防入所生活の加算率 14.0%

送迎加算・サービス提供体制加算(Ⅰ)イ・介護職員等処遇改善加算Ⅰは利用料金には含まれていません。

月ごとの集計を国保連への請求と振り分ける関係から1日あたりの単価は1円単位で変動する場合があります。

(3) 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

(4) キャンセル料の発生について

利用開始前日17時までにご連絡がなく、キャンセルされた場合はご利用料の10%をご請求いたします。

(5) 支払方法

短期入所生活介護の終了後、請求書をお渡ししますので、その月の28日までにお支払いください。

お支払方法は、基本的に口座引き落としとさせていただきます。

5. サービスの利用方法

(1) まずは、担当の介護支援専門員様とご相談の上、FAX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2ヶ月前からできます。

(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。

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、予約はむこうとなります。

- ・ 利用者が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ご利用者の
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

② その他

- ・ 利用者がサービス利用料金のお支払いを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
- ・ 利用者やご家族などが、当施設や当施設の利用者、あるいは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
- ・ 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
(その場合は、終了30日前までに文書で通知いたします)

以上のような場合は、サービス利用を終了させていただくことがあります。

＊ 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. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を負います。

ただし、その損害について、利用者の故意、過失もしくはこの契約上の注意義務、もしくは施設の職員の正当な業務上の指示に違反が認められる場合は、その状況を斟酌してその賠償額の減額または免除をすることができるものとします。

なお、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：日新火災海上保険株式会社
保 険 名：労災あんしん保険(業務災害総合保険)

7、緊急時における対応方法

ご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じます。

お届けのあった緊急連絡先ご家族、担当の介護支援専門員に速やかに連絡いたします。

ご契約者の希望により協力医療機関において診療や入院治療を受けることが出来ます。（但し、協力医療機関での優先的な診療・入院保証するものではありません。また、協力医療機関での診療・入院治療を義務づけるものではありません。）

（協力医療機関）

医療機関名	医療法人 寿康会 「寿康会病院」
所 在 地	埼玉県川口市西青木2－15－10
電 話	048－251－2050

医療機関名	社会医療法人 新青会 「川口工業総合病院」
所 在 地	埼玉県川口市青木1－18－15
電 話	048－252－7843

（協力歯科医療機関）

医療機関名	デンタルサポート株式会社 大塚事業所
所 在 地	東京都豊島区北大塚1－11－19 ヴィラノア1階1D号室
電 話	0120－76－4182

緊急連絡先①			
氏名			
住所			
電話番号	携帯電話	—	—
	職場・自宅	—	—
続柄			

緊急連絡先②			
氏名			
住所			
電話番号	携帯電話	—	—
	職場・自宅	—	—
続柄			

8. 個人情報提供の同意について

契約書第11条により、下記に表示された範囲で利用者及びご家族の情報を提供することに関して同意いたします。 ※別紙参照

情報提供先	提供内容
居宅介護支援事業所	主治医意見書
居宅サービス事業者	面接記録・ご家族連絡先
介護保険施設の管理者	介護支援経過
サービス提供会議	施設サービス計画書
医療機関の管理者	サービス担当者会議の記録
	介護・看護記録
	介護保険・健康保険・老人医療等
施設利用者（家族等）見学者	施設たより

9. その他

当施設のサービスに関する相談、苦情等につきましては、本施設のほか、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。

サービス相談苦情窓口	電話番号
1、介護老人福祉施設 春輝苑	048-240-6066
2、春輝苑 第三者委員	蓮沼庄治様（元町会長）
3、川口市 介護保険課	048-259-7293
4、埼玉県国民健康保険団体連合会	048-824-2568

10. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無 有 ☐ 無

11. 当施設の相談・苦情窓口・事故発生防止・業務継続計画・虐待防止等の担当及び責任者

相談苦情窓口 担当 生活相談員 太田圭一・石井秀範・佐藤美保子・品田有希子

苦情解決責任者 管理署 高木輝久

業務継続計画 担当 事務長 伊東元道

事故発生防止 担当 生活相談員 太田圭一・石井秀範

高齢者虐待防止 担当 生活相談員 太田圭一・佐藤美保子

電話番号 048-240-6066

令和 年 月 日

介護予防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および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所所在地 埼玉県川口市青木3-20-15
事業所名称 介護予防短期入所生活介護 春輝苑

管理者 高木 輝久 印

説明者 介護予防短期入所生活介護 春輝苑

氏 名 _____ 印 _____

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防短期入所生活介護についての説明を受け同意致します。

利用者 住所

氏 名

(代理人) 住 所

氏 名 印

(続柄)