

社会福祉法人 高崎福祉倶楽部  
短期入所生活介護(ショートステイ)介護予防短期入所生活介護  
重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定短期入所生活介護サービスまたは、指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1)法人名 社会福祉法人 高崎福祉倶楽部
- (2)法人所在地 群馬県高崎市南大類町1210番地
- (3)電話番号 027-353-0002
- (4)代表者氏名 理事長 宮下 興
- (5)設立年月 平成15年 7月10日

2. 事業所の概要

- (1)事業所の種類 指定短期入所生活介護事業所(平成16年11月1日指定)  
指定介護予防短期入所生活介護事業所(平成18年4月1日指定)  
群馬県1070201775号

※当事業所は特別養護老人ホーム 悠ゆうに併設されています。

- (2)事業所の目的 在宅介護者の介護負担の軽減
- (3)事業所の名称 特別養護老人ホーム ショートステイ 悠ゆう
- (4)事業所の所在地 群馬県高崎市南大類町1210番地
- (5)電話番号 027-353-0002
- (6)事業所管理者 宮下 幸子
- (7)当事業所の運営方針 利用される方の心身の自律と自立を図り家族の介護負担の軽減を図る
- (8)開設年月 平成16年11月 1日
- (9)営業日及び営業時間

|      |              |
|------|--------------|
| 営業日  | 年中無休         |
| 受付時間 | 8時30分～17時30分 |

- (10)利用定員 60人

(11)居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は、全て個室です。

| 居室・設備の種類 | 室数  | 備考                |
|----------|-----|-------------------|
| 個室(1人部屋) | 58室 | 1ユニット10名(計6ユニット)  |
| 個室(トイレ付) | 2室  |                   |
| 合計       | 60室 |                   |
| 食堂       | 6室  | 各ユニット1室           |
| 共同生活室    | 6室  | 各ユニット1室           |
| 共同トイレ    | 18室 | 各ユニット3室           |
| 浴室       | 2室  | 機械浴・特殊浴槽(併設施設と共用) |
| 医務室      | 1室  |                   |

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。

※ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

(12) 利用に当たって別途利用料金をご負担いただく特別な居室

|          |   |                       |
|----------|---|-----------------------|
| 特別な居室 1日 | 2,036 円 ※2024年7月31日まで<br>2,096 円 ※2024年8月1日より改定<br>※1 | 1Fみなづき100号室・きさらぎ110号室 |
|----------|---|-----------------------|

※1 介護保険の給付対象とならないため、ご利用の際は、ご契約者に別途利用料金をご負担頂きます。

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定短期入所生活介護サービスまたは、介護予防短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

- 一 管理者1名(併設老人福祉施設及びケアハウス、居宅介護事業所の管理者と兼務)
- 二 従業者 生活相談員 1名(併設老人福祉施設と兼務)
- 介護職員 17名(併設老人福祉施設と兼務)
- 看護職員 3名(併設老人福祉施設と兼務)
- 機能訓練指導員 1名(併設老人福祉施設と兼務)
- 管理栄養士 1名(併設老人福祉施設と兼務)

### 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについては、下記のとおりです。

- |   |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合<br>(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常9割)が介護保険から給付されます。

① 栄養及び嗜好に応じた献立

・当事業所では、管理栄養士が、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した献立を提供いたします。

・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間) 朝食 8:00 昼食 12:00 夕食 18:00

② 入浴

入浴または清拭を週2回行います。

寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③ 排泄

排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

機能訓練指導員により、ご契約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の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その他自立への支援

寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。

生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。

清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

〈サービス利用料金(1日あたり)〉

下記の表によって、ご契約者の要介護、要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)と食費及び居住費の合計金額をお支払い下さい。(サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度及び被保険者の所得区分に応じて異なります。)

(1)介護保険の給付対象のサービス

契約書第4条参照

空床型ユニット型短期入所生活介護サービス費基本の単位(介護保険1割の場合)

※所得により負担割合が異なります

空床型ユニット型短期入所生活介護サービス費基本の単位(1日当たり:1単位 10.33円で換算)

| 区分<br>介護保険の日単位 | 要支援1<br>529 | 要支援2<br>656 | 介護度1<br>704   | 介護度2<br>772 | 介護度3<br>847 | 介護度4<br>918 | 介護度5<br>987 |
|----------------|-------------|-------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 連続31日を超える場合    | 503         | 623         | 長期利用者提供減算 -30 |             |             |             |             |
| 連続61日を超える場合    |             |             | 670           | 740         | 815         | 886         | 955         |

空床型ユニット型短期入所生活介護サービス費加算の単位

| 加算名              | 単位  |    |
|------------------|---|----|
| サービス提供体制加算Ⅰ      | 22  |    |
| サービス提供体制加算Ⅱ      | 18  |    |
| サービス提供体制加算Ⅲ      | 6   |    |
| 生活機能向上連携加算Ⅰ      | 100(1月につき)※3月に1回を限度                         |    |
| 生活機能向上連携加算Ⅱ      | 200(1月につき)<br>※個別機能訓練加算を算定している場合は100(1月につき) |    |
| 機能訓練体制加算         | 12  |    |
| 個別機能訓練加算         | 56  |    |
| 看護体制加算Ⅰ          | 加算なし  | 4  |
| 看護体制加算Ⅱ          |   | 8  |
| 夜勤職員配置加算Ⅱ        |   | 18 |
| 夜勤職員配置加算Ⅳ        |   | 20 |
| 介護送迎加算           | 184(片道につき)                                  |    |
| 看取り連携体制加算        | 64(1日につき)死亡日及び死亡日以前30日以下に限り                 |    |
| 口腔連携強化加算         | 50(1月につき)                                   |    |
| 在宅中重度者受入加算1      | 421   |    |
| 在宅中重度者受入加算2      | 417   |    |
| 在宅中重度者受入加算3      | 413   |    |
| 在宅中重度者受入加算4      | 425   |    |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 200(7日間)                                    |    |

|                              |                                 |
|------------------------------|---------------------------------|
| 緊急短期入所受入加算                   | 90(7日(やむを得ない事情がある場合は14日)を限度)    |
| 療養食加算                        | 8(1回につき)                        |
| 認知症専門ケア加算Ⅰ                   | 3                               |
| 認知症専門ケア加算Ⅱ                   | 4                               |
| 医療連携強化加算                     | 58                              |
| 長期利用者提供減算<br>※連続31日目から60日目まで | -30                             |
| 生産性向上推進体制加算Ⅰ                 | 100(1月につき)                      |
| 生産性向上推進体制加算Ⅱ                 | 10(1月につき)                       |
| 若年性認知症受入加算                   | 120                             |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)                | 所定単位×83/1000(1月につき)(2024年5月まで)  |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)                | 所定単位×60/1000(1月につき)(2024年5月まで)  |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)                | 所定単位×33/1000(1月につき)(2024年5月まで)  |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)             | 所定単位×27/1000(1月につき)(2024年5月まで)  |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)             | 所定単位×23/1000(1月につき)(2024年5月まで)  |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算             | 所定単位×16/1000(1月につき)(2024年5月まで)  |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ※1               | 所定単位×140/1000(1月につき)(2024年6月から) |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ※1               | 所定単位×136/1000(1月につき)(2024年6月から) |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅲ※1               | 所定単位×113/1000(1月につき)(2024年6月から) |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅳ※1               | 所定単位×90/1000(1月につき)(2024年6月から)  |
| 身体拘束廃止未実施減算                  | 所定単位数の-1/100                    |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算               | 所定単位数の-1/100                    |
| 業務継続計画未実施減算                  | 所定単位数の-1/100                    |

(2)介護保険の給付対象とならないサービス

契約書第5条参照

食費・居住費(介護保険外/日額)

食費

| 基準額<br>(第4段階)   | 介護保険負担限度額認定証に記載されている額 |          |        |      |
|-----------------|-----------------------|----------|--------|------|
|                 | 第3段階②※1               | 第3段階①    | 第2段階   | 第1段階 |
| 昼食750円 朝・夕食650円 | 1,300円※1              | 1,000円※1 | 600円※1 | 300円 |

※1 令和3年8月1日より要件変更

居住費

| 基準額<br>(第4段階)                                 | 介護保険負担限度額認定証に記載されている額 |      |      |
|---|-----------------------|------|------|
|   | 第3段階                  | 第2段階 | 第1段階 |
| 2,006円 ※2024年7月31日まで<br>2,066円 ※2024年8月1日より改定 | 1,310円                | 820円 | 820円 |

その他の費用

| 料金の種類                   | 金額  |
|-------------------------|---|
| 特別な食事の費用                | 行事食 通常の食費との差額<br>選択食 100円/月<br>その他の嗜好品 実費<br>おやつビュッフェ・プレート 実費 |
| 特別な居室の費用                | 1階2部屋 トイレ・納戸付<br>30円/日  |
| 個人的に持ち込まれる<br>家電製品の電気料金 | 1機種 10円/日<br>2機種以上 20円/日                                      |

|                  |                         |
|------------------|-------------------------|
| 複写物の交付           | 10円／枚(白黒)<br>50円／枚(カラー) |
| 理美容代             | 施設内に料金表を掲示 実費           |
| レクリエーション・余暇活動費   | 材料費等 実費                 |
| 被服クリーニング代        | 実費                      |
| その他日常生活に必要となる諸経費 | 実費                      |

※ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

#### 〈送迎料金〉 基準地・介護保険適用時の自己負担額

ご希望によりご自宅と施設間の送迎を行います。ただし、通常の事業実施地域内のご利用となります。

実施地域以外の場合もご相談ください。(交通費実費を負担頂く場合もございます。)

実施地域・・・高崎市、玉村町及び前橋市の南部の一部地域(川曲町、上新田町、下新田町、青葉町、大利根町)

#### (3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、サービス利用終了後月末にご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 窓口での現金支払

イ. 下記指定口座への振り込み 群馬銀行 高崎東支店 普通預金

ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし ご利用できる金融機関:群馬銀行

#### (4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止、変更、利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者へ申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただしご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

|                       |             |
|-----------------------|-------------|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合  | 無料          |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 | 当日の利用料金の10% |

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

○ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

#### (5) サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

### ① 持ち込みの制限

○利用にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

マッチ・ライター等の火器 ナイフ等の刃物 食品 酒類等 ペット等の動物 現金 高価な貴金属  
証券類 その他(他の人に迷惑がかかると思われるもの)

### ② 施設・設備の使用上の注意

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。ただし、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

○当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

### ③喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

### ④サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

協力医療機関 高崎ペインクリニック、真木病院、篠原歯科医院、高崎デンタルクリニック

## 5. 事故発生時の対応について

(1)当施設では、サービスの提供により事故が発生した場合、速やかに市町村、契約者またはご利用者のご家族に連絡を行うとともに、事故の状況及び処置等を記録するものとします。

(2)事故が生じた際には原因の究明と再発防止の対策を図るものとします。

(3)当施設において、施設の責任により契約者及び利用者に対して生じた損害については、速やかに損害賠償をさせていただきます。ただし、その損害の発生について、契約者及び利用者にご故意または過失が認められる場合には、契約者及び利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、施設の損害賠償責任を減じる場合があります。

(4)事故の発生において施設の責任がないと認められる場合、施設は損害賠償責任を負わないものとします。

## 6. 苦情の受付について

### (1)当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 社会福祉法人 高崎福祉倶楽部 特別養護老人ホーム悠ゆう  
ショートステイサービス提供責任者 027-353-0002

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30

また、1階玄関ホールに苦情受付ボックスを設置しています。

(2)行政機関その他苦情受付機関

|             |   |
|-------------|---|
| 高崎市介護保険担当課  | 所在地 高崎市高松町39-1<br>電話番号・FAX 027-321-1111<br>受付時間 月～金 8:30～17:00  |
| 国民健康保険団体連合会 | 所在地 前橋市元総社町<br>電話番号・FAX 027-290-1363<br>受付時間 月～金 8:30～17:00     |
| 群馬県社会福祉協議会  | 所在地 前橋市新前橋13-12<br>電話番号・FAX 027-255-6600<br>受付時間 月～金 8:30～17:00 |

年 月 日

短期入所生活介護サービスまたは、介護予防短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定短期入所生活介護 悠ゆう

指定介護予防短期入所生活介護

説明者職名

氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、短期入所生活介護サービスまたは、介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住所

氏名

印

身元保証人  
(上記代理人)

住所

氏名

印