

# 介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

社会福祉法人 騏忠会

特別養護老人ホーム 浦和しぶや苑

# 介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

<令和 7年 12月 1日現在>

## 1 事業の目的

社会福祉法人騏忠会（以下、「事業者」という。）が、指定介護老人福祉施設「浦和しぶや苑」（以下「施設」という。）と併設して開設する指定介護予防短期入所生活介護事業所が行う指定介護予防短期入所生活介護事業（以下「事業」という。）にて、施設の従業者（以下「職員」という。）が、要支援状態にある高齢者等（以下「利用者」という。）に対し、適正な介護予防短期入所生活介護を提供することを目的とします。

## 2 運営方針

事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常にその立場に立ったサービスの提供に努めます。

利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。

地域との結びつきを重視し、関係市町村、地域包括支援センター・居宅介護支援事業者及び他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 3 浦和しぶや苑の概要

（１）提供できるサービスの種類 介護予防短期入所生活介護サービス及び付随サービス

（２）施設の名称及び所在地等

施設名称	浦和しぶや苑
所在地	埼玉県さいたま市緑区中尾925番地
介護保険指定番号	埼玉県1170100364号
サービスを提供する対象地域	さいたま市緑区・浦和区・南区 ※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

（３）施設の職員体制

当施設では、指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

職員の配置については、指定基準を遵守しています。（併設の特別養護老人ホームと兼務）

	常 勤	非 常 勤	業 務 内 容	計
管理者	1名	名	サービス管理全般	1名
医師	名	1名	診療、健康管理等	1名
生活相談員	2名	1名	生活上の相談等	3名
管理栄養士	1名	名	栄養管理等	1名
機能訓練指導員	1名	1名	リハビリテーション 機能回復訓練等	2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	3名	名	一般事務・料金請求等	3名
看護職員	3名	4名	医療、健康管理業務等	7名
介護職員	22名	9名	日常介護業務等	31名
その他	1名	8名	運転送迎、サポート業務等	9名

(4) 施設職員の勤務体制

	始業時間	終業時間
早出勤務	7 : 30	16 : 30
日 勤	8 : 30	17 : 30
遅出勤務	10 : 00	19 : 00
夜 勤	17 : 00	9 : 00

(5) 施設の詳細の概要

定 員		空床利用型 82名	静養室	1室
居 室	4人部屋	15室	医務室	1室
	2人部屋	0室	食堂	3室
	個 室	22室	機能訓練室	1室
	そ の 他		談話室	1室
浴 室		一般浴槽と特殊浴槽があります。		

4 サービス内容

①食 事…朝食 7 : 45 ~ 8 : 45

昼食 11 : 40 ~ 12 : 40

夕食 18 : 00 ~ 19 : 00

管理栄養士の立てる献立により、栄養並びに利用者の身体の状態等を考慮した食事を提供します。可能な限り離床して食堂で食事をとることを支援します。

②入 浴…週に最低2回入浴していただきます。但し、利用者の状態に応じ、特別浴または清拭となる場合があります。

③介 護…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、体位交換、シーツ交換、施設内の移動の付き添い 等

④生活相談…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。

⑤健康管理…日々簡単な健康チェックを行います。

⑥安全管理…防災、避難訓練等设备を含め安全面に常時配慮しています。

⑦所持品等の保管

…原則として、利用期間中に必要な身の回り品のみとします。但し、特別な事由がある場合はご相談させていただきます。

⑧レクリエーション

…当施設では、季節ごとの利用者交流会及び毎月誕生会等の行事を行います。又、各種の催事、ゲーム等を随時計画しています。

⑨その他のサービス

ア 理美容サービス : 訪問理美容サービスをしております。

イ その他のサービス : 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。

## 5 利用料金

### (1) 施設利用料

※『介護保険負担割合証』に記載の割合に応じた料金がかかります。

①併設型短期入所生活介護費(Ⅰ)〈従来型個室〉、(Ⅱ)〈多床室〉 (1日あたり)

	要支援 1	要支援 2
1割負担	488 円	608 円
2割負担	976 円	1,216 円
3割負担	1,464 円	1,824 円

②加算 (1日あたり)

	1割	2割	3割	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6 円	12 円	18 円	
送迎加算	199 円	398 円	597 円	片道につき
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	1ヶ月の合計単位数の 13.6%を加算			

③食費 (1日あたり) ※介護保険負担限度額認定証の提示により負担額が変わります。

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	2,080 円※

※1日 1,880 円の内訳は、朝食 590 円、昼食 700 円、間食 120 円、夕食 670 円となります。

④居住費 (1日あたり) ※介護保険負担限度額認定証の提示により負担額が変わります。

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
個室	380 円	480 円	880 円	880 円	1,231 円
多床室	0 円	430 円	430 円	430 円	915 円

⑤介護保険給付対象外の実費について

介護保険給付の対象外となるものについては、実費となります。

- ・送迎に関する費用(厚生労働大臣が別に定める場合を除く)

ご希望により下記費用がかかります。

- ・行事または利用者個々の希望による食事(特別食)や娯楽費等
- ・日常生活費 …1日あたり 400 円 ※内容は別紙に記載  
※午前中に退所される場合、料金はいただきません。
- ・理美容代 …1回 1700 円(実費)
- ・TVリース代 …1日あたり 50 円

※『介護保険負担割合証』、『介護保険負担限度額決定通知書・認定証』をお持ちの方は、ご利用前に必ず提示してください。提示のない場合は、利用料の減額がされないこともあります。

※自己負担額はいずれも介護保険が適用される場合です。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。その場合は、一旦1日あたりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

※介護保険関係法令の改正等により料金を変更する場合は、事前にご説明しご承諾いただきます。

### (2) キャンセル料

利用開始前に利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① 入所日の前日 14 時までにご連絡いただいた場合	無料
② 入所日の前日 14 時までにご連絡がなかった場合	キャンセル料(食事代 1 日分)を頂く場合があります

### (3) 利用中の中止

利用途中にサービスを中止して退去する場合、退去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。

- ・ 入居者が中途退去を希望した場合
- ・ 入居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
- ・ 他の入居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) 支払方法

口座振替でのお支払いをお願いしています。

毎月 15 日頃までに前月分の請求をいたします。お支払いいただきますと翌月に領収書を発行します。

## 6 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、2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、自動的にサービスを終了し、予約は無効となります。

- ・ 利用者が介護保険施設に入居した場合
- ・ 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）または要支援と認定された場合
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合

#### ③その他

・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを支払期限（口座引き落とし日）までに支払うことがなく、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、または利用者や家族(代理人)などが当事業所や当事業所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事業所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事業所利用があったときは実費を請求します。

## 7 サービス利用に当たっての留意事項

利用者は次に掲げる事項を遵守してください。

- ①共同生活の秩序を保ち、規律ある生活をする事。
- ②火気の取り扱いに注意すること。
- ③けんか、口論、泥酔、中傷その他他人の迷惑となるような行為をしないこと。
- ④その他管理上必要な指示に従うこと。

## 8 緊急時等における対応

利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめ事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに、家族(代理人)に速やかに連絡します。

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 名	
医 師 名	
住 所	
電話番号	

## 9 事故発生時の対応

施設は、万一事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族(代理人)、市町村等に連絡するとともに、事故に遭われた方の救済と事故の拡大防止など必要な措置を講じます。

- ①事故が発生した場合の対応について、②に規定する報告等の方法を定めた事故発生防止のための指針を整備します。
- ②事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実を報告し、その分析を通じた改善策についての研修を職員に対し定期的に行います。
- ③事故発生防止のための委員会及び職員に対する研修を定期的に行います。
- ④上記①～③の措置を適切に実施するための担当者を配置しています。
- ⑤施設は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。

## 10 賠償責任

- ①事業者は、契約上のサービスを提供するにあたって、事業者もしくは施設の職員の故意や過失、もしくはこの契約上の注意義務に違反して利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、その損害賠償責任を負います。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。
- ②利用者は、施設において、故意または過失もしくはこの契約上の利用者の義務に違反して、施設の職員または他の利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、その損害賠償責任を負います。その場合、1のただし書きを準用します。
- ③事業者及び利用者は、1、2の賠償は、誠意をもって速やかに対応し、履行するものとします。

## 11 秘密の保持と個人情報の保護について

- ①施設及び職員は、個人情報保護法等に基づき、サービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- ②施設は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- ③ ①にかかわらず、利用者に係る他の介護サービス事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、利用者又は家族(代理人)等の個人情報を利用することができるものとします。

## 12 身体拘束等を行う場合の手続き

施設は、利用者の状態が「切迫性」「非代替性」「一時性」の3要件を満たす状態である時、緊急やむを得ず身体拘束等を選択する場合があります。

- ①身体拘束等の内容、目的、時間、期間などを利用者本人や家族に対して十分に説明し、同意を得ていきます。
- ②施設における身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的(3月に1回以上)に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- ③施設における身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
- ④施設において、職員に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的(年2回以上)に実施し、適切に行うための担当者を置きます。

## 13 虐待の防止のための措置

施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

- ①施設における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的(3月に1回以上)に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の職員に周知徹底を図ります。
- ②施設における虐待の防止のための指針を整備します。
- ③施設において、職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的(年2回以上)に実施し、適切に行うための担当者を置きます。

#### 1 4 ハラスメントの防止

施設は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

施設内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しないものとする。

- ①身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- ②個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- ③意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該施設職員、入居者及びその家族等が対象となるものとします。

ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。

#### 1 5 衛生管理等

施設は、利用者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適切に行います。

当該施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう次の各号に掲げる措置を講じます。

- ①施設における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- ②施設における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- ③施設において、職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。
- ④前3号に掲げるもののほか、「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応を行います。

#### 1 6 業務継続計画の策定等

施設は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定介護福祉施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

- ①施設は、職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- ②施設は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

#### 1 7 非常災害対策

施設は、消防法等の規定に基づき非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

- ①施設に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- ②非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知します。
- ③定期的に避難、救出、その他必要な訓練（夜間想定訓練を含む。）を行います。
- ④前項の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。



18 サービス相談窓口（当法人のサービスに関する相談、要望、苦情、および個人情報の取扱いに関する相談）

（1）浦和しぶや苑

担当：生活相談員又は管理責任者

電話：048-876-1811（8時30分～17時30分まで）

第三者委員：栗原豊子 電話 048-873-5000

新藤三枝子 電話 048-874-1637

法人として、第三者委員会を設置し、年2回委員の皆様のご意見を伺っています。

苦情については、問題点を把握し、対応策を検討し必要な改善を行います。

（2）さいたま市緑区高齢介護課 電話 048-712-1178

（3）さいたま市介護保険課 電話 048-829-1264

（4）さいたま市高齢福祉課 電話 048-829-1259

（5）埼玉県国民健康保険団体連合会 電話 048-824-2568

19 当施設のサービスの第三者評価実施 有・**無**

20 その他運営に関する重要事項

（1）施設は、職員の資質向上を図るための研修の機会を次の通り設けるものとし、また、業務体制を整備します。

①採用時研修 採用後1ヶ月以内

②継続研修 年1回以上及び必要に応じ随時を目標とする。

（2）運営に必要な事項は、社会福祉法人理事長と施設の管理者の協議に基づいて定めるものとします。

令和      年      月      日

介護予防短期入所生活介護ご利用にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者      社会福祉法人 騏 忠 会

<所在地>      埼玉県さいたま市緑区中尾 9 2 5 番地

<名 称>      特別養護老人ホーム 浦和しぶや苑      (公印省略)

<説明者>      所属      生活サービス課

氏名

私は、本書面により、事業所から介護予防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をしました。

<利用者>      住所      \_\_\_\_\_

氏名      \_\_\_\_\_

<代理人>      住所      \_\_\_\_\_

氏名      \_\_\_\_\_ 続柄 (      )

