

**木下の介護 越谷**

**(介護予防) 短期入所生活介護 重要事項説明書**

**株式会社木下の介護**



# 木下の介護 越谷

## (介護予防) 短期入所生活介護 重要事項説明書

< 年 月 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：048-977-4511

担当：会田 敦子（管理者）

\* 御不明な点は、何なりとご質問・ご相談下さい。

### 2 木下の介護 越谷の概要

#### (1) 提供できるサービスの種類

施設名称	木下の介護 越谷
所在地	埼玉県越谷市大字平方2162-8
介護保険指定番号	(介護予防) 短期入所生活介護 (越谷市指定 1170803678 号)

#### (2) 施設の職員体制

	資格	常勤	非常勤	兼務状況	業務内容	計
管理者					事業所一元管理	
医師	医師				利用者健康管理	
生活相談員	介護支援専門員				問合せ受付等	
栄養士	管理栄養士				調理衛生管理	
機能訓練 指導員	准看護師 柔道整復師				機能訓練全般	
事務職員					—	
看 護 介 護 職 員	看護師				利用者健康管理	
	准看護師				利用者健康管理	
	介護福祉士				介護全般	
	1～2級修了者				介護全般	
	3級修了者				—	
	その他				社会福祉士	

(3) 施設の設定の概要

定員	20名	ユニット数	2ユニット
居室	20室(1室10.72㎡)	共同生活室	各階1室(72.77㎡)
浴室	各階1室(1階のみ2室)	サービス実施地域	越谷市、松伏町

3 サービス内容

入所時間：利用日の10：00前後 退所時間：利用終了日の16：00前後

※入所時間・退所時間に関しては随時ご相談ください。

- ①食事
- ②入浴
- ③介護
- ④機能訓練
- ⑤生活相談
- ⑥健康管理
- ⑦特別食の提供
- ⑧レクリエーション等

4 利用料金

(1) 1日あたりの料金

①介護保険利用費

要介護認定区分	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたり自己負担額【1割】	介護保険適用時の1日あたり自己負担額【2割】	介護保険適用時の1日あたり自己負担額【3割】
要支援1	5,795円	580円	1,159円	1,739円
要支援2	7,034円	704円	1,407円	2,111円
要介護1	7,706円	771円	1,542円	2,312円
要介護2	8,418円	842円	1,684円	2,526円
要介護3	9,204円	921円	1,841円	2,762円
要介護4	9,906円	991円	1,982円	2,972円
要介護5	10,619円	1,062円	2,124円	3,186円

※介護保険の給付の範囲を越えたサービス利用は全額自己負担となります。

【介護職員処遇改善加算の料金の目安】

(計算方法)

A：総単位数×8.3%（小数点第1位を四捨五入）＝介護職員処遇改善加算（Ⅰ）単位数

B：総単位数×2.3%（小数点第1位を四捨五入）＝介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）単位数

C：総単位数×1.6%（小数点第1位を四捨五入）＝介護職員等ベースアップ等支援加算 単位数

A・B・C：各加算単位数×10.33（地域区分）（小数点以下切捨て）＝10割

(1日の目安)

	利用総単位数×加算率 ＝介護職員処遇改善加算単位数		10割	1割	2割	3割
要支援1	A:561 単位×8.3%≒47 単位/日 B:561 単位×2.3%≒13 単位/日 C:561 単位×1.6%≒9 単位/日	A	485 円/日	49 円/日	97 円/日	146 円/日
		B	134 円/日	14 円/日	27 円/日	41 円/日
		C	92 円/日	10 円/日	19 円/日	28 円/日
要支援2	A:681 単位×8.3%≒57 単位/日 B:681 単位×2.3%≒16 単位/日 C:681 単位×1.6%≒11 単位/日	A	588 円/日	59 円/日	118 円/日	177 円/日
		B	165 円/日	17 円/日	33 円/日	50 円/日
		C	113 円/日	12 円/日	23 円/日	34 円/日
要介護1	A:746 単位×8.3%≒62 単位/日 B:746 単位×2.3%≒17 単位/日 C:746 単位×1.6%≒12 単位/日	A	640 円/日	64 円/日	128 円/日	192 円/日
		B	175 円/日	18 円/日	35 円/日	53 円/日
		C	123 円/日	13 円/日	25 円/日	37 円/日
要介護2	A:815 単位×8.3%≒68 単位/日 B:815 単位×2.3%≒19 単位/日 C:815 単位×1.6%≒13 単位/日	A	702 円/日	71 円/日	141 円/日	211 円/日
		B	196 円/日	20 円/日	40 円/日	59 円/日
		C	134 円/日	14 円/日	27 円/日	41 円/日
要介護3	A:891 単位×8.3%≒74 単位/日 B:891 単位×2.3%≒20 単位/日 C:891 単位×1.6%≒14 単位/日	A	764 円/日	77 円/日	153 円/日	230 円/日
		B	206 円/日	21 円/日	42 円/日	62 円/日
		C	144 円/日	15 円/日	29 円/日	44 円/日
要介護4	A:959 単位×8.3%≒80 単位/日 B:959 単位×2.3%≒22 単位/日 C:959 単位×1.6%≒15 単位/日	A	826 円/日	83 円/日	166 円/日	248 円/日
		B	227 円/日	23 円/日	46 円/日	69 円/日
		C	154 円/日	16 円/日	31 円/日	47 円/日
要介護5	A:1,028 単位×8.3%≒85 単位/日 B:1,028 単位×2.3%≒24 単位/日 C:1,028 単位×1.6%≒16 単位/日	A	878 円/日	88 円/日	176 円/日	264 円/日
		B	247 円/日	25 円/日	50 円/日	75 円/日
		C	165 円/日	17 円/日	33 円/日	50 円/日

②滞在費

(1日当りの料金)

第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
820円	820円	1,310円	2,000円

※滞在費はご利用者様のお住まいの市区町村が認める介護保険負担限度額認定証にある段階に応じます。

### ③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/日	600円/日	1,000円/日	1,300円/日	1食：480円
				2食：960円
				3食：1,440円

※食費はご利用者様のお住まいの市区町村が認める介護保険負担限度額認定証にある段階に応じます。

### (2) その他の料金

#### ①送迎費

	片道あたりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額【1割】	介護保険適用時の自己負担額【2割】	介護保険適用時の自己負担額【3割】
送迎加算 (片道)	1,900円	190円	380円	570円

※介護保険法上、送迎を行うことが認められる場合に限り、対象地域は越谷市、松伏町とします。対象地域を越えて送迎サービスを希望する場合は、相談に応じ、越谷市、松伏町を超えてから2キロ未満は600円、2キロ以上は1,000円の追加料金で送迎サービスを受けることができます。(場合があります。)

②嗜好品費 個人の嗜好品に関しては実費分のご負担となります。

③その他 上記のほか、医療費、レクリエーション費用(任意)等

### (3) キャンセル料

利用開始前にお客様の御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3日前午前10時までに御連絡いただいた場合	無料
② 入所日の3日前午前10時までに御連絡がなかった場合	1日の利用料の100%

※利用料とは介護保険利用費と滞在費の1日分、食費はそれぞれの段階別の3食(1日)分となります。

### (4) 利用中の中止

利用途中にサービスを中止して退所する場合、退所日までの日数をもとに計算します。

※以下の場合に、利用途中でもサービスを中止する場合があります。

- ・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
- ・他の利用者の生命又は健康に重大な影響を与える行為があった場合

## (5) 支払方法

実績に基づき請求いたします。

利用終了後に当社より実績に基づいた請求書を月末締めで月半ばに送付致しますので請求書到着後10日以内に下記の当社指定口座へお振込み下さい。

お客様指定口座からの引落しを希望される場合はご相談下さい。

当社指定の銀行口座は請求書に記載されております。

## 5 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用申込み

担当の介護支援専門員を通してお電話等でお申し込みください。アセスメント、利用審査を経て、必要書類が揃い、契約を締結いたします。御利用の予約は、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御相談ください。

### (2) サービス利用契約の終了

#### ① お客様の御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御利用中でなければ、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。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・ お客様がお亡くなりになった場合

#### ③ その他

お客様が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内に支払わない場合、又はお客様や御家族などが当施設や当施設の従業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、又は、やむを得ない事情により施設を閉鎖又は縮小する場合は、10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ございます。

なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。

## 6 当施設のサービスの特徴等

### (1) 運営の方針

全体的に不足していると言われている（介護予防）短期入所生活介護（以下「ショートステイ」という。）のサービスを提供することで地域貢献をし、地域に親しまれる介護サービスの提供を行っていく。また、常にお客様の声を大切にし、顧客満足を念頭にサービスの提供を行っていきショートステイ事業所として実績と信頼を得ていけるようにする。

(2) サービス利用のために

事項	有無	備考
男性介護職員の有無	○	
従業員への研修の実施	○	定期的にスキルアップ研修を実施しています。
身体拘束	×	やむを得ない場合のみ実施
変更・追加の申込み	○	利用開始予定日 7 日前までにお申込み下さい。

(3) 施設利用にあたっての留意事項

- ・面会 基本的には10時から16時ですが、それ以外にご相談下さい。
- ・外出 外出は管理者に届出を出してから行って下さい。
- ・飲酒、喫煙 館内での飲酒、喫煙は基本的に禁止です。
- ・設備、器具の利用 火災の恐れのある物や、危険物と認められるもの以外は持ち込み可能ですが、一度ご相談下さい。
- ・金銭、貴重品の持ち込み 高価な貴重品や金銭の持ち込みはご遠慮下さい。
- ・所持品の持ち込み 危険物ではなければ預り証を発行してお持ち頂けます。
- ・施設外の受診 基本的に協力医療機関で受診していただきます。
- ・宗教活動 館内での宗教活動はご遠慮下さい。
- ・ペット 基本的にペットの持ち込みはご遠慮下さい。

7 非常災害対策

- ・防災時の対応 防火管理責任者又は管理者の指示の元、消防計画に基づき避難します。
- ・防災設備 自動火災報知器、消火器
- ・防災・避難訓練 年2回行います。
- ・防火責任者 会田 敦子

8 サービス内容に関する相談・苦情

木下の介護 越谷	相談窓口：会田 敦子（管理者） 電話番号：048-977-4511
株式会社木下の介護	電話番号：0120-100-537 相談時間：月曜日から金曜日（祝日年末年始除く） 10:00から18:00
越谷市福祉部介護保険課	電話番号：048-963-9305・9169 相談時間：月曜日から金曜日（祝日年末年始除く） 8:30から17:15

松伏町住民ほけん課高齢介護担当	電話番号：048-991-1886・1884 相談時間：月曜日から金曜日（祝日年末年始除く） 8：30から17：15
埼玉県国民保健団体連合会 介護保険課苦情対応係	電話番号：048-824-2568 相談時間：8：30から12：00 13：00から17：00 月曜日から金曜日（祝日年末年始除く）

## 9 協力医療機関及び緊急時対応機関

医療機関	病院名 及び 所在地	大泊クリニック  埼玉県越谷市大泊793-5
	電話番号	048-978-6323
	診療科	内科、心療内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、アレルギー科、整形外科、眼科、リハビリテーション科、皮膚科
	入院設備	なし
歯科	病院名 及び 所在地	春日部デンタルクリニック 埼玉県春日部市粕壁2-4-19 内藤ビル2階
	電話番号	048-753-5000

## 10 当社の概要

名称・法人種別	株式会社木下の介護
代表者役職・氏名	代表取締役 佐久間 大介
本社所在地	東京都新宿区西新宿六丁目5番1号
電話番号・FAX番号	03-5908-1310 ・ 03-5908-2382
定款の目的に定めた事業	1 介護保険法上におけるサービス 2 その他これに付随する事業

年 月 日

(介護予防) 短期入所生活介護御利用にあたり、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ました。

事業者

所在地 東京都新宿区西新宿六丁目 5 番 1 号

名 称 株式会社木下の介護

代表者 代表取締役 佐久間 大介

施設名 木下の介護 越谷 (越谷市指定 1170803678 号)

説明者

所 属

氏 名

印

私は、契約書及び本書面により、事業者から(介護予防)短期入所生活介護についての重要事項の説明を受け、内容に同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者 氏名

印

代理人 氏名

印