

重要事項説明書

(短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護)

1 運営方針

要介護・要支援状態にある利用者が、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように必要な援助を行います。その為に、利用者が心身の状態などに応じた適切なサービスを受けられることが出来るようにすることを運営方針とします。

2 事業者の概要

法人種別・名称	社会福祉法人 読売光と愛の事業団
代表者氏名	理事長 水 田 邦 雄
法人所在地	東京都千代田区大手町 1-7-1 読売新聞東京本社内

3 施設の概要

施設名称	よみうりランド花ハウス
管理者名	施設長 川 戸 直 志
施設所在地	神奈川県川崎市多摩区菅仙谷 4-1-4
電話番号	044-969-3111
介護保険事業者番号	1475400683

4 職員体制 (令和6年4月1日 現在)

従事者の職種	員数	区 分			
		常 勤		非常勤	
		専任	兼任	専任	兼任
施 設 長	1名	名	1名	名	名
介護支援専門員	4名	3名	名	名	1名
生 活 相 談 員	2名	1名	名	名	1名
介 護 職 員	92名	名	59名	名	33名
看 護 職 員	10名	名	2名	名	8名
機能訓練指導員	2名	名	2名	名	名
栄 養 士	3名	名	3名	名	名
医 師	1名	名	名	名	1名

5 設備の概要

区 分	数 量 ・ 規 模		備 考
入所定員	10名		
居 室	個 室	10室 (1室 17.52㎡以上)	便所・洗面所付
共同生活室	1室 (1室 128.76㎡)		
浴 室	1室 (1室 42.46㎡)		一般浴槽
浴 室	1室 (1室 19.23㎡)		特殊浴槽
ユニット便所	1室 (1室 4.72㎡)		
医 務 室	1室 (1室 20.02㎡)		
ラウンジ	1室 (1室 55.15㎡)		

6 協力病院等

名 称	稲城市立病院	名 称	日本医科大学付属多摩永山病院
所 在 地	稲城市大丸1171	所 在 地	多摩市永山1-7-1
電話番号	042-377-0931	電話番号	042-371-2111
診 療 科	内科、腎臓内科、小児科、外科 整形外科、脳神経外科、リハビリテーション科、放射線科、産婦人科、眼科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、精神科（入院患者のみ）	診 療 科	内科、循環器内科、小児科、呼吸器・腫瘍内科、呼吸器外科、消化器外科、乳腺外科・一般外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、腎臓内科、血液内科、女性診療科・産科、麻酔科、放射線科、放射線治療科
入院設備	有り	入院設備	有り

7 緊急時の対応方法

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

緊急連絡先 ①	氏 名 : 連 絡 先 :
緊急連絡先 ②	氏 名 : 連 絡 先 :

8 非常災害対策

災害時の対応	「介護老人福祉施設 よみうりランド花ハウス消防計画」にのっとり対応を行います。
近隣との協力関係	近隣町内会及びよみうりランドと近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援ができるよう話し合いをします。
平常時の訓練	「介護老人福祉施設 よみうりランド花ハウス消防計画」により、年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。
防 災 設 備	スプリンクラー・避難階段・自動火災報知器・誘導灯・補助散水栓 ガス漏れ報知器・防火扉・非常通報装置・漏電火災報知器・非常用電源 カーテン・布団等は、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	防火管理責任者 信 太 竜 二

9 相談窓口、苦情対応

- サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当施設相談窓口	電話番号 044-969-3111 fax番号 044-969-3112 相談員 石鳥谷 直子 対応時間 9:00 ~ 17:00 土、日祭日除く
苦情相談解決 第三者委員	小池 多恵子 (菅第2地区民生委員児童委員協議会会長) 電話番号 044-945-4611

- 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

川崎市役所 高齢者事業推進課 事業者指導係	電話番号 044-200-0445 fax番号 044-200-3926 対応時間 9:00 ~ 17:00 土、日祭日、年末年始除く
神奈川県国民健康保険団 体連合会 (国保連)	電話番号 045-329-3447 利用時間 8:30 ~ 17:15 土、日祭日、年末年始除く
かながわ福祉サービス 運営適正化委員会	電話番号 045-311-8861 fax番号 045-312-6302 利用時間 9:00 ~ 17:00 土、日祭日、年末年始除く

10 その他

- ① 契約期間中、介護保険法等の法令改正及び施設の料金改正により利用者の負担金の改定が必要となった場合には、料金改正後速やかに利用者に対し改定の施行時期及び改定後の金額を説明し、本契約の継続について契約者の意思を確認するものとします。
- ② 感染症の発生及びまん延等に関する取組として、実施に必要な対応に取り組みます。
- ③ 人権の擁護、虐待の防止等の観点から発生またはその再発を防止するための実施に必要な対応に取り組みます。
- ④ ハラスメント対策の実施に必要な対応に取り組みます。

11 利用者負担金

(1) 利用者の方からいただく負担金は次のとおりです。

1. 介護報酬に係る費用

種 別		短期入所生活介護		サービス1日あたりの単位数、金額				R6.8.1
地域加算		2級地	10.88 円					
項 目			所 定 単位数	本人負担額 (1割の場合)	本人負担額 (2割の場合)	本人負担額 (3割の場合)		
基本額	空床型・併設型ユニット型 短期生活介護（Ⅰ）	要介護1	704単位	約 766 円	約 1,532 円	約 2,298 円	*	
		要介護2	772単位	約 840 円	約 1,680 円	約 2,520 円	*	
		要介護3	847単位	約 922 円	約 1,844 円	約 2,765 円	*	
		要介護4	918単位	約 999 円	約 1,998 円	約 2,997 円	*	
		要介護5	987単位	約 1,074 円	約 2,148 円	約 3,222 円	*	
機能訓練体制加算		1日につき	12 単位	約 14 円	約 27 円	約 40 円	*	
看護体制加算（Ⅰ）		1日につき	4 単位	約 5 円	約 9 円	約 14 円	*	
看護体制加算（Ⅱ）		1日につき	8 単位	約 9 円	約 18 円	約 27 円	*	
夜勤職員配置加算（Ⅱ）		1日につき	18 単位	約 20 円	約 40 円	約 59 円	*	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		1日につき	18 単位	約 20 円	約 40 円	約 59 円	*	
緊急短期入所受入加算		1日につき（14日以内）	90 単位	約 98 円	約 196 円	約 294 円	*	
送迎加算費		片道につき	184 単位	約 201 円	約 401 円	約 601 円	*	
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）		1月につき	10 単位	約 11 円	約 22 円	約 33 円	*	
口腔連携強化加算		1月につき	50 単位	約 55 円	約 109 円	約 164 円	*	
看取り連携体制加算		1日につき（7日限度）	64 単位	約 70 円	約 140 円	約 209 円	*	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		1月につき	(1ヶ月の総単位数 × 14.0%) のうちの1割相当分		左記の2割相当分	左記の3割相当分	*	

種 別		介護予防短期入所生活介護		サービス1回あたりの単位数、金額			
地域加算		2級地	10.88 円				
項 目			所 定 単位数	本人負担額 (1割の場合)	本人負担額 (2割の場合)		
基本額	空床型・併設型ユニット型 予防短期生活介護（Ⅰ）	要支援1	529単位	約 576 円	約 1,152 円	約 1,727 円*	
		要支援2	656単位	約 714 円	約 1,428 円	約 2,142 円*	
機能訓練指導員加算		1日につき	12 単位	約 14 円	約 27 円	約 40 円*	
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）		1月につき	10 単位	約 11 円	約 22 円	約 33 円*	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		1日につき	18 単位	約 20 円	約 40 円	約 59 円*	
送迎加算費		片道につき	184 単位	約 201 円	約 401 円	約 601 円*	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		1月につき	(1ヶ月の総単位数 × 14.0%) のうちの1割相当分		左記の2割相当分	左記の3割相当分*	

(1) 1ヶ月の利用料の計算方法は、1日あたりの金額に利用日数を乗じた額になりますが、介護保険の制度上、本人負担額が月により1円単位の誤差がでます。

2. その他の費用

共 用									
滞在費		1日につき						3,299円	
食費		朝食						510円	
		昼食						810円	
		おやつ						100円	
		夕食						710円	
日用品費		利用者・家族の希望						実費	
教養娯楽費		利用者・家族の希望						実費	
特別な食事		利用者・家族の希望						実費	
理美容代	パーマ、カラー等を提供	利用者・家族の希望						別紙	
行事代	行事に参加した場合の参加費等	利用者・家族の希望						実費	
交通費	通常の実施地域以外の地域に送迎を行う場合(1回につき)	事業者から概ね5km未満						500円	
		以降5kmを超えて1km毎に						100円	
家族等の宿泊代	利用希望の日は宿泊 6日前、食事 4日前申込。	宿泊代(寝具含) 1,000円/日							実費
		食事代 朝 400円 昼 700円 おやつ 100円 夜 600円							
キャンセル料	利用期間中の各利用日の前日までに連絡がなかった場合、介護報酬に係る利用者負担金(1割または2割分)及び滞在費及び食費注文済分								実費
負担限度額適用者	保険料第一段階	滞在費	1日につき					880円	
		食費	1日につき					300円	
	保険料第二段階	滞在費	1日につき					880円	
		食費	1日につき					600円	
	保険料第三段階①	滞在費	1日につき					1,370円	
		食費	1日につき					1,000円	
	保険料第三段階②	滞在費	1日につき					1,370円	
		食費	1日につき					1,300円	

(1) 負担限度額の適用につきましては、保険者が発行する限度額認定証によります。