

**空床利用 短期入所生活介護**

**空床利用 介護予防短期入所生活介護**

**介護保険事業所番号:1171000746**

**重 要 事 項 説 明 書  
(令和 7 年 9 月 1 日)**

**特別養護老人ホーム 八潮いこいの里(ユニットショート)**

# 「空床利用」短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

## 1. 施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 048-953-9640 (午前9時～午後6時まで)

生活相談員 吉田 博美

## 2 ショートステイ 八潮いこいの里の概要

### (1) 提供できるサービスの種類

短期入所介護及び介護予防短期入所生活介護サービスに付随するサービス

### (2) 施設の名称及び所在地

施 設 名 称	特別養護老人ホーム 八潮いこいの里
法 人 所 在 地	神奈川県横浜市泉区中田西四丁目157番30
介 護 保 険 事 業 者 番 号	117100746
送迎を実施する対象地域	八潮市・草加市・三郷市

### (3) 施設設備の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。			
個室	90	多床室	0 室
食堂	8 箇所	医務室	1 室
機能訓練室	8 室	静養室	1 室
浴 室(施設内)	10 箇所(個浴 8・機械浴 2)		

### (4) 施設の職員体制 (介護職及び看護職は、特別養護老人ホーム兼務)

	業務内容	常 勤 (人員)	非常勤 (人員)	計 (常勤換算)
管理者(※)	サービス管理全般	1 名		1 名
医 師(※)	診療、健康管理等		1 名	0.07 名
生活相談員(※)	利用者及び家族等からの相談に応じる	1 名		1 名
管理栄養士(※)	栄養管理等	2 名		1.8 名
介護支援専門員	サービス計画の立案・管理等	1 名		1 名
機能訓練指導員	機能の減衰を防止するための訓練を行う。	1 名	1	1.64 名
事務職員	一般事務・料金請求等			
看 護 ・ 介 護 職 員	看 護 師	医療、健康管理業務等 (機能訓練指導員を兼務)	1 名	名
	准 看 護 師		2 名	2 名
	介護福祉士		13 名	3 名
	そ の 他	日常介護業務等	19 名	13 名

(※)内は併設事業所と兼務

### 3 短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護サービス内容

- ① 食事：朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～  
上記の時間にお食事を提供させていただきます。その他、湯茶・おやつ等のサービスがございます。  
お食事・湯茶・おやつ等は原則として食堂にておとりいただきます。
- ② 入浴：週に2回入浴していただいております。ただし心身の状態に応じ、清拭等になる場合があります。
- 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 健康管理：簡単な健康チェックを行います。
- ⑤ 機能訓練：ご契約者の心身等の状況において、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生活機能訓練を施します。
- ⑥ その他の支援
  - ・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、適切な整容が行われるよう援助します。
- ⑦ 緊急時の対応：体調の変化等、緊急の場合には緊急連絡先に連絡いたします。
- ⑧ 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ております。
- ⑨ その他のサービス：理美容サービス（料金は別途かかります。）

### 4 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている契約者の共同生活の場としての快適、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

#### 1. 持込みの制限

- ① 貴重品、危険物、薬品（医師から処方されたお薬は看護師がお預かりし、管理させていただきます。）
- ② 熱源を利用する電化製品等（火災の恐れのあるもの）
- ③ ペットは原則として種類に関係なく不可とさせていただきます。

#### 2. 面会

- ①面会時間 9:00～11:00 13:00～16:00
- ②来訪者は、来訪時に受付にて面会簿にご記入ください。面会時間は1時間以内でお願い致します。

#### 3. 外出：外出をされる場合は、事前にお申し出下さい。

#### 4. 食事：外出により食事が不要な場合は、事前にお申し出下さい。

#### 5. 施設・設備の使用上の注意

- ① 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。
- ② 故意、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回復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③ 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、ご契約の居室内に立入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、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。

### 5 利用料金

短期入所生活介護の利用料は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該施設サービスが法定代理受領サービスであるときは、その1割又は2割、3割の額とする。

(1)介護保険負担分料金目安（ご契約者の要介護度に応じたサービス単位）

要介護度	支援 1	支援 2	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5
基本単位	529	656	704	772	847	918	987

(自己負担金：所定単位数に介護職員処遇改善加算(0.14)に地域加算(10.55)を掛けた金額の1割又は2割、3割となります。)

介護保険加算項目　※主な加算の内容

加算名称	単位	予防	介護	内 容
※送迎加算	184/日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ショートステイを利用する際の送迎片道
夜勤職員配置加算(Ⅱ)	18/日		<input type="radio"/>	夜勤帯に介護職員または看護職員を国が定めた基準に1を加えた数以上配置した場合加算
看護体制加算(Ⅰ)	4/日		<input type="radio"/>	常勤看護師を1名以上配置している体制に対する加算
看護体制加算(Ⅱ)	8/日		<input type="radio"/>	24時間連絡体制を確保している体制に対する加算
※療養食加算	24/日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	医師の発行する食事箋にもとづき糖尿病食等、療養食の提供に対する加算 ※1回につき8単位　1日3回限度。
※若年性認知症利用者受入加算	120/日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	若年性認知症利用者に対して短期入所生活介護を行った場合には加算する。
※在宅中重度者受入加算	421/日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	イ 看護体制加算(Ⅰ)を算定している場合(看護体制加算(Ⅱ)を算定していない場合に限る。)
	417/日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ロ 看護体制加算(Ⅱ)を算定している場合(看護体制加算(Ⅰ)を算定していない場合に限る。)
	413/日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ハ 看護体制加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)をいずれも算定している場合
	425/日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	二 看護体制加算を算定していない場合
機能訓練指導体制加算	12/日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	常勤の機能訓練指導員を配置。
個別機能訓練加算	56/日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ご自宅を訪問し、ADL/IADLの維持向上を目的として個別な機能訓練計画書を作成し、実施した場合の加算。
緊急短期入所受入加算	90/日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	居宅サービス計画に位置付けられていない短期入所生活介護を緊急的に行った場合の加算。(14日を限度として)
医療連携体制強化加算	58/日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	看護体制加算Ⅱを算定する事業所において、国の定める利用者要件を満たした重度の利用者を受け入れた際に。医療対応に係る取り決めを行った場合の体制加算。
看取り連携体制加算	64/日	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	看護職員の体制確保や対応方針を定め、看取り期の利用者に対してのサービス提供を行った場合の加算

口腔連携強化加算	50 単位/月	口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合の加算
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10 単位/月	必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている場合や、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している場合に加算されます。
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	算定した単位数の14%/月	利用者に対し、指定短期入所生活介護を行った場合には、単位数を所定単位数に加算する

※の加算については該当者に対しての請求となります。

通常の送迎実施地域を超えて行う送迎に要する費用

I 通常の送迎実施地域を超えた地点から10キロメートル未満 500円

II 通常の送迎実施地域を超えた地点から10キロメートル以上 1,000円

## (2)介護保険外負担分料金

### 居室料

	一日あたり
	ユニット型個室
第1段階	880円
第2段階	880円
第3段階①	1,370円
第3段階②	1370円
基準額(第4段階)	2,700円

### 食 費

所得段階	一日あたり
第1段階	300円
第2段階	600円
第3段階①	1,000円
第3段階②	1,300円
基準額(第4段階)	1,600円

※内訳 朝食400円 昼食700円 夕食500円

※滞在費・食費の負担額についてはご利用者の所得に応じて負担軽減等の段階が設定されています。市町村の介護保険担当部署に申請し認定を受けた結果により負担額が決定されます。

### ※利用者負担額について

#### (第1段階とは)

- 世帯全員が市町村民税非課税で、老齢福祉年金を受給している方。

#### 2. 生活保護の方

#### (第2段階とは)

- 世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が年間80万円以下の方。

#### (第3段階①とは)

- 世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が年間80万円超、120万円以下の方。

#### (第3段階②とは)

- 世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が年間120万円超の方。

## (3)その他の料金

以下のサービスは、介護保険の対象とならないため、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

サービスの提供をご希望される場合には、所定の料金をお支払い頂きます。

なお、記載の料金は、経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更する場合が

あります。その場合、事前に変更内容と事由についての説明を、変更を行う1ヶ月前までにお知らせ致します。

その際利用料変更に同意されない場合には、利用契約の解除を申し出ることができます。

項目	内訳
医療費(代行)	契約者本人の医療に関する費用(※医療機関等からの請求金額)
理美容代	実費
嗜好品	実費
郵送費	実費(切手、葉書の購入など)
日常生活品費	日常生活品の購入代金等、ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。(歯ブラシ・口腔衛生用品・居室にて使用する個人的な物品など)
特別な食事	<ul style="list-style-type: none"><li>・契約者の希望により特別な食事を提供した場合、その実費</li><li>・当施設では、通常のメニューの他に医療上必要な場合等の為に療養食を御用意しております。提供する形態等により、料金は別途かかります。(高カロリー補助食品・補成分食)</li></ul>
特別な行事参加費	外出や旅行等特別な行事の参加にかかる費用
サービス終了後の居室利用料金	ご契約者が、サービス終了後も残置物を置かれたままにした場合や、居室を明け渡さない場合等に、本来のサービス終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金(この場合、所得に関わる減額はされません)
ご家族の御食事代	ご家族の来訪時のお食事代(契約者と同メニュー・同料金) ただし、行事などの特別食は要した費用をご請求させていただきます。
買物の代行	購入額実費
所持品の処分費	実費
電気代	TV、電気毛布、加湿器について1日につき 50 円。ラジオ パソコン、電気カミソリ、携帯電話、その他電化製品 1 日 20 円(居室に設置することで請求が発生します。) ※電気代の上限は1日 50 円とする。
教養娯楽費	ご契約者の希望にて趣味活動を行った場合。例:茶道、華道、編み物等(材料代等の実費をいただきます。)

※上記の個別に希望される物品については、ご家族で用意いただける場合には施設からの請求は発生しません。

## 利用料の目安（日額）

要 支 援	要 介 護	加算単位	片道	日	日	月	1日の自己負担額目安			
							夜勤職員配置算(Ⅱ)	個別機能訓練加算	介護職員処遇改善I	1割負担の方
1		529	送迎加算	184	18	56	基本報酬+加算単位数合計×0.14	947円	1,893円	2,839円
2		656						1,100円	2,199円	3,298円
1		704						1,158円	2,315円	3,472円
2		772						1,239円	2,477円	3,716円
3		847						1,330円	2,659円	3,988円
4		918						1,415円	2,830円	4,245円
5		987						1,497円	2,994円	4,491円

## (4)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発生します。

①入所の前日午後5時までにご連絡いただいた場合	無 料
②入所の前日午後5時までにご連絡がなかった場合	1日の利用料の10%

## (5)支払方法

- ①毎月、15日に前月分の請求書を発送いたします。金融機関からの口座振替を原則とします。
- ②所定の用紙にご記入の上、口座引き落としの手続きをお願いいたします。
- ③利用料にかかるご請求の総額が、お手元に届きます。(この場合、立替金等との総額の引き落とし額となります)
- ④毎月20日に、ご指定の口座から総額のご請求額を引き落としさせていただきます。
- ⑤引き落としの領収書の発行は、月遅れとなりますことをご了承ください。

口座振替日	毎月20日(土・日・祭日の場合は翌営業日)
通帳記入	武蔵野銀行八潮支店又はキラメキカイと記帳
振替手数料	請求時に上乗せさせていただきます。

## (6)料金の変更等

介護保険関係法令の改正等により料金が変更になる場合には、事前にお知らせいたします。

## 6 利用中の中止

利用契約書第19条による利用途中にサービスを中止して対処する場合、退所日までの日数を基に計算します。

## 7 サービスの利用方法

### サービスの利用申込み

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。事前に担当の介護支援専門員とご相談ください。

## 8 貴重品及び金銭の取扱いについて

原則として、貴重品及び金銭の持込みについては、お断りさせていただきます。万が一、お持込になった場合、施設側の責任は一切負わないものとします。

## 9 緊急時における対応

施設は利用者及び身元引受人又は入所者若しくは身元引受人が指定する者に対し、連絡します。

## 10 個人情報の保護

当施設では個人情報の利用目的を下記の内容といたします。

- ・ 介護サービス提供での利用。
- ・ 介護給付請求及び予防介護給付請求・利用料金請求に関する利用。
- ・ 介護サービスや業務における基礎資料。
- ・ 監督官庁・行政監査等への情報提供。
- ・ 介護保険法令、また監督官庁・行政機関等に定められている法令・遵守規則等に基づく報告義務に関する場合。
- ・ ボランティア活動・地域との交流において運営・安全上必要と勘案される状況における必要事項。
- ・ 介護実習・研修への協力。
- ・ 介護サービスの質の向上を目的とする内部研修・検討会議での利用。
- ・ 見学者等が目にする施設内における日常生活の様子と掲示される行事写真や居室の氏名プレート。

## 11 相談、要望、苦情等の窓口

施設担当者	生活相談員	吉田 博美	048-953-9640
苦情解決責任者	施 設 長	樋口 純平	

当施設以外に下記の相談窓口・苦情受付でも相談を受け付けます。

- ・ 八潮市 介護長寿課 電話 048-996-2111・ 介護支援係(内線449)
- ・ 草加市役所 長寿介護福祉課 電話 048-922-2862
- ・ 三郷市役所 福祉部長寿いきがい課 電話 048-953-1111
- ・ 埼玉県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情対応係 電話 048-824-2568

## 12 事故発生時の対応

- ① 速やかに看護師、他の介護士へ連絡し、連携して救急対応にあたります。専門的な医学的対応が必要な場合、医療機関へ連絡し診療依頼を致します。
- ② 速やかに身元引受人へ事故発生の状況、入居者の状態を連絡します。その後も必要に応じて随時、経過を正確かつ詳細にお伝えします。
- ③ 事故の状況及び事故に際してとった措置を記録保管するとともにカンファレンス、委員会にて事故の要因分析を行い事故防止に努めます。
- ④ 行政に事故の状況及び事故に際してとった措置を報告致します。

短期入所生活介護及び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及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

(事業者)

所在地 埼玉県八潮市大字塙526-1

名称 社会福祉法人 きらめき会

特別養護老人ホーム 八潮いこいの里(ユニットショート)

説明者 職名 生活相談員

氏名 吉田 博美 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護についての重要な事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用契約者(契約者本人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(代筆者: \_\_\_\_\_)

身元引受人(連帯保証人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(本人との続柄: \_\_\_\_\_)