

短期入所生活介護サービス（ショートステイ） 介護予防短期入所生活介護サービス

利用料金

（１）基本料金（利用料） お支払いいただく料金は下記のとおりです。

１）併設型短期入所生活介護費（Ⅰ） 従来型個室

要介護度	１日あたりの利用料金 (介護報酬額)	１日あたりの 自己負担金		
		(１割)	(２割)	(３割)
要介護１	6,693 円	670 円	1,339 円	2,008 円
要介護２	7,459 円	746 円	1,492 円	2,238 円
要介護３	8,269 円	827 円	1,654 円	2,481 円
要介護４	9,046 円	905 円	1,810 円	2,714 円
要介護５	9,812 円	982 円	1,963 円	2,944 円

継続利用 61 日目以降

要介護度	１日あたりの利用料金 (介護報酬額)	１日あたりの 自己負担金		
		(１割)	(２割)	(３割)
要介護１	6,360 円	636 円	1,272 円	1,908 円
要介護２	7,126 円	713 円	1,426 円	2,138 円
要介護３	7,936 円	794 円	1,588 円	2,381 円
要介護４	8,713 円	872 円	1,743 円	2,614 円
要介護５	9,479 円	948 円	1,896 円	2,844 円

２）併設型短期入所生活介護費（Ⅱ） 多床室

要介護度	１日あたりの利用料金 (介護報酬額)	１日あたりの 自己負担金		
		(１割)	(２割)	(３割)
要介護１	6,693 円	670 円	1,339 円	2,008 円
要介護２	7,459 円	746 円	1,492 円	2,238 円
要介護３	8,269 円	827 円	1,654 円	2,481 円
要介護４	9,046 円	905 円	1,810 円	2,714 円
要介護５	9,812 円	982 円	1,963 円	2,944 円

継続利用 61 日目以降

要介護度	1 日あたりの利用料金 (介護報酬額)	1 日あたりの 自己負担金		
		(1 割)	(2 割)	(3 割)
要介護 1	6,360 円	636 円	1,272 円	1,908 円
要介護 2	7,126 円	713 円	1,426 円	2,138 円
要介護 3	7,936 円	794 円	1,588 円	2,381 円
要介護 4	8,713 円	872 円	1,743 円	2,614 円
要介護 5	9,479 円	948 円	1,896 円	2,844 円

(2) 介護予防 (利用料)

1) 併設型介護予防短期入所生活介護費 (I) 従来型個室

要介護度	1 日あたりの利用料金 (介護報酬額)	1 日あたりの 自己負担金		
		(1 割)	(2 割)	(3 割)
要支援 1	5,006 円	501 円	1,002 円	1,502 円
要支援 2	6,227 円	623 円	1,246 円	1,869 円

継続利用 31 日目以降

要介護度	1 日あたりの利用料金 (介護報酬額)	1 日あたりの 自己負担金		
		(1 割)	(2 割)	(3 割)
要支援 1	4,906 円	491 円	982 円	1,472 円
要支援 2	6,082 円	609 円	1,217 円	1,825 円

2) 併設型介護予防短期入所生活介護費 (II) 多床室

要介護度	1 日あたりの利用料金 (介護報酬額)	1 日あたりの 自己負担金		
		(1 割)	(2 割)	(3 割)
要支援 1	5,006 円	501 円	1,002 円	1,502 円
要支援 2	6,227 円	623 円	1,246 円	1,869 円

継続利用 31 日目以降

要介護度	1 日あたりの利用料金 (介護報酬額)	1 日あたりの 自己負担金		
		(1 割)	(2 割)	(3 割)
要支援 1	4,906 円	491 円	982 円	1,472 円
要支援 2	6,082 円	609 円	1,217 円	1,825 円

*多床室とは、2 人部屋、4 人部屋など相部屋のことをいいます。

*端数処理のため、多少金額が変動します。

(3) 加算料金 (介護) (□にレ点のついているもの)

加算項目		加算金額		自己負担金		
				1 割	2 割	3 割
☐ 生活機能向上連携加算 (I) (3 月に 1 回を限度)	1 か月	1,110 円		111 円	222 円	333 円
☐ 生活機能向上連携加算 (II)	1 か月	2,220 円		222 円	444 円	666 円
☐ 生活機能向上連携加算 (II) (個別機能訓練加算算定の場合)	1 か月	1,110 円		111 円	222 円	333 円
☐ 機能訓練指導員に係る加算	1 日	133 円		14 円	27 円	40 円
☐ 個別機能訓練加算	1 日	621 円		63 円	125 円	187 円
☐ 看護体制加算 (I)	1 日	44 円		5 円	9 円	14 円
☐ 看護体制加算 (II)	1 日	88 円		9 円	18 円	27 円
☐ 看護体制加算 (III)	1 日	133 円		14 円	27 円	40 円
☐ 看護体制加算 (IV)	1 日	255 円		26 円	51 円	77 円
☐ 医療連携強化加算	1 日	643 円		65 円	129 円	193 円
☒ 夜勤職員配置加算 (I)	1 日	144 円		15 円	29 円	44 円
☐ 夜勤職員配置加算 (III)	1 日	166 円		17 円	34 円	50 円
☐ 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (7 日間を限度)	1 日	2,220 円		222 円	444 円	666 円
☐ 若年性認知症利用者受入加算	1 日	1,332 円		134 円	267 円	400 円
☒ 送迎加算 (片道)	1 回	2,042 円		205 円	409 円	613 円
☒ 緊短期入所受入加算 (原則 7 日間を限度)	1 日	999 円		100 円	200 円	300 円
☐ 療養食加算 (1 日 3 回を限度)	1 回	88 円		9 円	18 円	27 円

☐	在宅中重度受入加算(1)	1日	4,673円	468円	935円	1,402円
☐	在宅中重度受入加算(2)	1日	4,628円	463円	926円	1,389円
☐	在宅中重度受入加算(3)	1日	4,584円	459円	917円	1,376円
☐	在宅中重度受入加算(4)	1日	4,717円	472円	944円	1,416円
☐	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	1日	33円	4円	7円	10円
☐	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	1日	44円	5円	9円	14円
☐	サービス提供体制加算(Ⅰ)	1日	244円	25円	49円	74円
☒	サービス提供体制加算(Ⅱ)	1日	199円	20円	40円	60円
☐	サービス提供体制加算(Ⅲ)	1日	66円	7円	14円	20円
☐	生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	月1回	1,110円	111円	222円	333円
☐	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	月1回	111円	12円	23円	34円
☒	長期利用者減算(31日目以降)	1日	△333円	△34円	△67円	△100円
☒	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	1か月の利用総単位数×14.0%×11.1にて得た額の1割～3割				
☐	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	1か月の利用総単位数×13.6%×11.1にて得た額の1割～3割				

※施設の職員体制や取り組みなどによって変動します。

※端数処理のため、多少金額が変動します。

※償還払いの場合には、一旦、介護報酬額全額をお支払い頂き、その後、領収書を添付して保険者に請求されますと、規定の還付が得られます。

※介護サービスを利用した際の利用者負担は「介護保険負担割合証」に記載された割合が適用されます。

(4) 加算料金(介護予防)

(□にレ点のついているもの)

加算項目		加算金額		自己負担金		
				1割	2割	3割
☐	生活機能向上連携加算(Ⅰ) (3月に1回を限度)	1か月	1,110円	111円	222円	333円
☐	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	1か月	2,220円	222円	444円	666円
☐	生活機能向上連携加算(Ⅱ) (個別機能訓練加算算定の場合)	1か月	1,110円	111円	222円	333円
☐	機能訓練体制加算	1日	133円	14円	27円	40円
☐	個別機能訓練加算	1日	621円	63円	125円	187円

☐	認知症行動・心理症状緊急対応加算 (7日間を限度)	1日	2,220円	222円	444円	666円
☐	若年性認知症利用者受入加算	1日	1,332円	134円	267円	400円
☒	送迎加算(片道)	1回	2,042円	205円	409円	613円
☐	療養食加算(1日3回を限度)	1回	88円	9円	18円	27円
☐	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	1日	33円	4円	7円	10円
☐	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	1日	44円	5円	9円	14円
☐	サービス提供体制加算(Ⅰ)	1日	244円	25円	49円	74円
☒	サービス提供体制加算(Ⅱ)	1日	199円	20円	40円	60円
☐	サービス提供体制加算(Ⅲ)	1日	66円	7円	14円	20円
☐	生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	月1回	1,110円	111円	222円	333円
☐	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	月1回	111円	12円	23円	34円
☒	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	1か月の利用総単位数×14.0%×11.1にて得た額の1割～3割				
☐	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	1か月の利用総単位数×13.6%×11.1にて得た額の1割～3割				

※施設の職員体制や取り組みなどによって変動します。

※端数処理のため、多少金額が変動します。

※償還払いの場合には、一旦、介護報酬額全額をお支払い頂き、その後、領収書を添付して保険者に請求されますと、規定の還付が得られます。

※介護サービスを利用した際の利用者負担は「介護保険負担割合証」に記載された割合が適用されます。

(5) 滞在費

居住費	一日あたりの自己負担額
従来型個室	1,250円
多床室	915円

※但し、市区町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた利用者負担段階1～3段階の方は、認定証に記載された負担限度額が利用者負担となります。

(6) 食費

1日につき	*朝食	395円	1,650円
	*昼食	775円	
	*夕食	480円	

*食費は、入退所日を除く利用期間中は、1日あたり1,650円になります。

*おやつ、水分については、食費に含みます。

(7) 自己負担料金 (生活保護の方も実費が必要です)

行事参加費・日用品費・理美容費			実 費
特別な食事にかかる費用		そば・寿司バイキング等の食事の提供	実 費
文書複写費		1枚あたり	10円
証明書・文書作成料		1種類あたり	200円 (税別)
開示手数料		1件につき	500円 (税別)
送迎に関する 自己負担金	営業圏域外	実費ガソリン代相当/ 1kmあたり	20円

*上記負担金については介護保険制度の変更またはサービス提供内容の変更に伴い変更することがあります。

(8) キャンセル料金

1) 利用開始予定日以前のキャンセル

入所前に利用者又は利用者保証人の都合でサービスをキャンセルする場合、下記のキャンセル料がかかります。

入所日の7日前までに連絡を頂いた場合	無 料
入所日の7日前までに連絡を頂かなかった場合	7日分を限度に1日あたり850円を頂きます

2) 利用中のキャンセル

入所中に利用者又は利用者保証人の都合でサービスをキャンセルする場合、下記のキャンセル料がかかります。

入所中に連絡を頂いた場合	連絡を頂いた翌日から7日分を限度に1日当たり 850円を頂きます。
--------------	-----------------------------------

短期入所生活介護サービス（ショートステイ）

介護予防短期入所生活介護サービス

重要事項説明書

利用者に対する居宅サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令第37号
第125条に基づいて、当事業所が説明すべき事項は、次のとおりです。

1. 事業所の概要

(1) 施設の名称、所在地等

事業所番号	1 3 7 2 1 0 1 5 0 9
事業所名	特別養護老人ホーム扇
管理者名	藤田 圭子
所在地	東京都足立区扇一丁目52番23号
電話番号	03-3856-1199
定 員	4床
職員配置	3:1以上
送迎エリア	足立区内

※当事業所は、部門全体を統括する責任者を配置しています。

部門統括施設長：東 理江

(2) 施設の設備等の概要

1) 施設の概要

事業所名		特別養護老人ホーム扇
敷地面積		3, 0 4 2. 4 3 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート 地上4階・地下1階
	延床面積	4, 3 1 8. 2 7 4 m ²
	専用面積	3 7. 7 0 m ²

2) 居室について

事業所名	特別養護老人ホーム扇	
居室の種類	部 屋 数	1人あたり面積
2人部屋	多床室 2室	9. 4 2 5 m ²

3) 主な設備について

設備の種類	数	面 積	特 色
食堂・居間	3 か 所	170. 8㎡	

機能訓練室	1 室	75.3 m ²	デイサービスと共用
一般浴室	2 か所	57.4 m ²	デイサービスと共用
機械浴室	1 か所	41.6 m ²	特殊浴槽2台
医務室	1 室	20.7 m ²	
洗面所	各居室1か所		
トイレ	各居室1か所		一部共用トイレ
厨房	1 室	74.1 m ²	デイサービスと共用

4) 職員の体制（基準配置人員）

短期入所及び特養を合わせた定員数に対する職員配置です。

事業所名	特別養護老人ホーム扇		
定員特養を含む	80名		
施設長（管理者）	1名	管理栄養士	1名
生活相談員	1名	介護支援専門員	1名
看護職員	3名	機能訓練指導員	1名
夜間帯			
介護職員			
看護職員			
	4人		
看護職員	オンコール体制		

※上記職員以外にも事業所の運営に必要な人員と職種を適宜配置しています。

※オンコール体制（当番の看護師と介護職員が、いつでも携帯電話等で、連絡が取れる体制になっています。）

介護職員と看護職員を合わせた職員数が常勤換算方法で利用者3名に対して1名以上となるよう配置しています。ただし、この数字は業務時間帯を通じて常に職員が利用者3名に対して1名の割合で配置されていることを意味するものではありません。

2. サービスの内容

種 類	内 容
食 事	健康状態に合わせて、常食・刻み食・ソフト食（1）（2）等を提供します。アレルギー等がある場合は、事前にご相談下さい。
	食事時間は、おおよそ以下の時間帯で提供し、この時間帯で喫食が可能です。
	朝 食 7：30～ 9：00
	昼 食 11：30～13：00
	おやつ 14：30～15：30
	夕 食 18：00～19：30

	・施設内喫茶（実費負担）等があります。
排 泄	利用者の状態に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても援助を行います。
入 浴	概ね週に2回の入浴をして頂きます。 ・一般浴：自分で入浴される方、介助があれば入浴できる方 ・リフト浴：車椅子を利用している方、歩くのが不安定な方 ・機械浴：寝たままの姿勢で入浴される方 上記の浴槽は、利用者の状況を考慮して使用しています。 健康上の都合で入浴出来ない時は、着替えや清拭をして清潔を心掛けています。
着替え等	生活のリズムを考えて、毎朝夕の寝巻きなどの着替えは必要に応じてお手伝いします。 寝具類は施設で準備していますが、利用者の希望でお持ちになりたいものがありましたらご相談下さい。 シーツ交換は適時行っています。
健康管理	入所時に簡単な健康チェックを行います。 必要に応じて看護職員がバイタル確認を行ないます。急変時には医療機関等に引き継ぎます。 医療機関に通院する場合は、家族の付き添いを原則お願いします。
相談および援助	当施設は、利用者およびその家族からの相談についても誠意を持って応じ、必要な援助を行うよう努めます。
送 迎	身体状況等必要に応じた施設車輛で入退所の送迎を行います。初回や半年程度利用が空いたご利用は、家族または利用者代理人の付き添いが必要な場合があります。 ※ なお、日曜日の送迎は行っていない。
送 迎 エリア	・足立区内 ・その他のエリアについては実費を頂きます。
サービス 提供対象者	・足立区に在住の方（原則）

3. サービスの利用方法

申 込	担当の介護支援専門員により、FAXでお申し込み下さい。利用の予約は、毎月15日に2ヶ月先の予約が可能です。空床であれば、随時予約を受け付けています。 利用期間決定後、契約を結びます。 なお、利用の予約は所定の方法により出来ます。 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
-----	--

	門員と相談下さい。
--	-----------

4. 当施設利用の際の留意事項

来訪・面会	面会時間は、消灯の午後9時まで、それ以降は、ご遠慮下さい。 早朝や深夜の時間帯は、外部からの進入等、安全管理のため1階出入り口を施錠します。早朝・夜間で、急を要する場合は、電話等で連絡をお願いします。
外 出	・外出時のお願い 予定がありましたら事前に連絡を下さい。お出かけ前に職員に声かけ下さい。服薬などあればお渡しします。帰苑予定の時間もわかりましたらお知らせ下さい。 お戻りになりましたら職員にお知らせ下さい。外出時、何か召し上がってきた時は一言お知らせ下さい。
特養入所者空きベッド利用	短期入所生活介護サービス枠のベッド満床の時などは、特別養護老人ホームの入所者空きベッドを活用して、短期入所生活介護サービスとして受入れます。
居室・設備器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。用法以外の使用により破損等が生じた場合、賠償して頂くことがございますのでご了承下さい。
喫煙・飲酒	・喫煙 必ず喫煙所で吸ってください。消灯後（午後9時以降）は禁煙となっております。 ・飲酒 ほかの利用者の迷惑にならないようにお願いします。健康上制限がある方はお控えください。
迷惑行為	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品の管理	居室のタンス及び居室のスペースに置ける程度のものをお持ち下さい。また災害時、居室よりベランダへの避難路を確保できるようにお願いします。
現金等の管理	ご利用者の手元での現金管理は必要最小限のお小遣いでお願いします。（自己管理が無理な場合は、ご相談下さい）
宗教活動 政治活動	施設内での宗教活動および政治活動は禁止です。
動物の 持 込	施設内へのペットの持ちこみは、ご遠慮下さい。
その他	ほかの利用者に対して迷惑及び危険を及ぼすような行為をしないで下さい。

事業所の施設や設備等は、その本来の用途に従って使用し、故意に破損させたり変更を加えないで下さい。 利用者の生命及び身体の安全を確保し、適切なサービスを提供するために事業者およびサービス従業員が行う指示に従って下さい。
--

(以上の留意事項につき、利用者及び利用者保証人により守られず生じた結果には、事業者として責任を負いかねる場合があります。)

5. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行なわないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には以下のようにします。

- (1) 事業者が利用者に対し隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限する場合は、利用者または利用者保証人に対して事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明いたします。
- (2) 事業者が利用者に対し隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限した場合には、介護サービス記録に次の事項を記載します。
 - ①利用者に対する行動制限の根拠。
 - ②見込まれる期間及び実施された期間。
- (3) やむを得ず、利用者の行動を制限する場合には、所定の覚書を締結します。

6. サービスの中止

短期入所生活介護サービス利用契約書第14条（本サービスの中止）に記載のとおり。

第14条（本サービスの中止）

天災などの事業者の責に帰すべからざる事由により本サービスの提供ができなくなった場合、事業者は利用者に対する本サービス提供の義務を負いません。

7. サービスのキャンセル

短期入所生活介護サービス利用契約書第7条（料金）—4項および契約書別紙2-（6）（キャンセル料金）に記載のとおり。

第7条（料金）

4. 利用者または利用者保証人が事業者に対しキャンセルを申し出た場合、契約書別紙に定めるキャンセル料を請求する場合があります。

別紙2-（6）キャンセル料金

- ①利用開始予定日以前のキャンセル

入所前に利用者又は利用者保証人の都合でサービスをキャンセルする場合、下記のキャンセル料がかかります。

入所日の7日前までに 連絡を頂いた場合	無 料
入所日の7日前までに 連絡を頂かなかった場合	7日分を限度に1日当たり 850円 を頂きます。

②利用中のキャンセル

入所中に利用者又は利用者保証人の都合でサービスをキャンセルする場合、下記のキャンセル料がかかります。

入所中に連絡を頂いた場合	連絡を頂いた翌日から7日分を限度に 1日当たり 850円を頂きます。
--------------	---------------------------------------

8. 契約の終了

短期入所生活介護サービス、介護予防短期入所生活介護サービス利用契約書第17条（契約の終了）に記載のとおり。

第17条(契約の終了)

利用者は、契約の定めるところに従い事業者が提供するサービスを利用することができます。但し、次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ①利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合。
- ②利用者が介護保険施設に入所した場合。
- ③利用者または利用者保証人等が、本契約書および各条項に従わない場合。
- ④利用者が死亡した場合。

9. 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合には区市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、前項の事故の状況および事故に際して取った処置を記録します。
- (3) 事業者は、利用者に対する介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生し、損害が生じた場合には、損害賠償を行います

10. サービス内容に関する相談、苦情

- (1) 当事業所のサービスについて、不明な点や疑問、苦情がございましたら、窓口業務の営業時間内(日祭日を除く)9:00～17:00の時間帯で当法人各事業所の相談窓口まで相談下さい。

事業所名	特別養護老人ホーム 扇
担当者	小平 誠
電話番号	03-3856-1199
ファックス番号	03-3856-1711
E-mail	oogi@seifuukai.or.jp

(2) その他当施設以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

①足立区 介護保険課 事業者指導係 電話 03-3880-5111

〒120-8510 足立区中央本町1-17-1

②基幹地域包括支援センター西部 電話 03-6807-2460

〒123-0872 足立区江北5-14-5すこやかプラザあだち

(3) その他東京都での介護サービス苦情相談窓口

①東京都国民健康保険団体連合会

介護相談指導課介護相談窓口 電話 03-6238-0177

〒102-0072 千代田区飯田橋3-5-1

②東京都介護保険相談窓口

福祉保健局高齢社会対策部介護保険課 電話03-5320-4597

〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1都庁舎

1 1. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有
実施した直近の年月日	令和4年 12月 10日
実施した評価機関の名称	特定非営利活動法人 日本ライフサポーター協会
評価結果の開示状況 (いずれか一つ以上の開示です)	法人ホームページ・館内掲示・ファイル提示

令和 年 月 日

短期入所生活介護サービスを提供するにあたり、利用者に対して本書面および契約書ならびに契約書別紙に基づいて重要事項を説明しました。

〈事業者〉 (住 所) 東京都足立区花畑四丁目39番10号
(事業者名) 社会福祉法人 聖風会
(代表者名) 理事長 近 藤 常 博 印

〈説明者〉 (所属・職種) _____
(氏 名) _____ 印

私は、本書面および契約書ならびに契約書別紙に基づいて、事業所から短期入所生活介護についての重要事項の説明を受けました。また、この内容に同意します。

〈利用者〉 (住 所) _____
ふりがな
(氏 名) _____ 印

〈利用者保証人〉 (住 所) _____
ふりがな
(氏 名) _____ 印

(続 柄) _____

下記の理由により利用者に代わり上記の契約につき説明を受けその内容を理解しました。

〈署名代理者又は法定代理人〉
(住 所) _____
ふりがな
(氏 名) _____ 印
(続 柄) _____
(理 由) _____

