

短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）

重要事項説明書

（令和7年4月1日）

1、当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 048-546-1207（午前9：00～午後5：00まで）

担当 須永尚宏 塚越里絵 千島幸太

ご不明な点はなんでもお尋ねください。

2、特別養護老人ホームエンゼルの丘 短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）の概要

（1）提供できるサービスの種類

短期入所生活介護（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）通常の送迎の実施地域

・深谷市 ・熊谷市 ・本庄市 ・美里町 ・寄居町

（上記以外はお相談ください）

（3）施設の名称 及び 所在地

| | |
|----------|--|
| 施設名称 | 特別養護老人ホームエンゼルの丘 （短期入所生活介護/介護予防短期入所生活介護） |
| 所在地 | 埼玉県深谷市今泉 625 番地 |
| 介護保険指定番号 | 埼玉県 1174601326 号 |

（4）施設の職員体制

| | 備考 | 計 |
|------------|------------|-------|
| 管理者〈センター長〉 | | 1名 |
| 医師 | 嘱託 | 1名 |
| 生活相談員 | | 1名 |
| 介護職員 | | 30名以上 |
| 看護職員 | 機能訓練指導員と兼務 | 3名以上 |
| 管理栄養士又は栄養士 | | 1名以上 |
| 機能訓練指導員 | 看護職員と兼務 | 1名以上 |
| 調理員 | | 必要数 |
| 事務員 | | 必要数 |

(5) 特別養護老人ホームエンゼルの丘 短期入所生活介護/介護予防短期入所生活介護の設備と概要

| | | | |
|---------|------------------------|--------|------|
| ユニット型個室 | 60 室 | 医務室 | 1 室 |
| 多床室 | 4 人部屋 6 室 3 人部屋 2 室 | ゲストルーム | 1 室 |
| 静養室 | 1 室 | 一般浴槽 | 1 ヶ所 |
| 予備室 | 2 室 | 特殊浴槽 | 1 ヶ所 |
| 面談室 | 1 ヶ所 | | |

3、サービスの内容

| 種類 | 内容 |
|----------|---|
| 食事 | 食事時間 朝食 午前 7:30~午前 8:30 の間から 昼食 午前 11:45~午後 12:30 の間から 夕食 午後 17:30~午後 18:30 の間から 以上の他 おやつや湯茶等のサービスがあります。原則食堂においてお召し上がりください。 |
| 入浴 | 一般浴、機械浴、個浴あり。 原則として週に最低 2 回の入浴。または、状態に応じて清拭を行います。 |
| 介護 | ご希望や状態に応じて適切な介護サービスを提供します。 <u>着替え介助、排泄介助、食事等の介助、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</u> 等 |
| 機能訓練 | ご利用者の状態に応じ機能回復訓練を行います。 |
| 健康管理 | 短期入所生活介護ご利用中はバイタルチェックを行います。 又、必要に応じて診療や健康相談を受けることができます。 |
| レクリエーション | 体操、カラオケ、ビデオ鑑賞等 年間行事も多数あり。 |
| 理容・美容 | 出張サービスによる理美容があります。詳細はその都度お尋ねください。 |
| 安全管理 | 防災、避難訓練等安全面に常時配慮します。 |
| 送迎サービス | ご利用者の心身の状態、ご家族の事情からみて送迎が必要な方のみ行います。 |

4、サービス利用料金について

お支払い頂く利用料金は契約書別紙のとおりです。

(1) 支払い方法

お支払い方法は、現金支払い、銀行引き落としのいずれかになります。利用料金は毎月 20 日までに前月分の請求をいたしますので請求月末日までにお支払いください。お支払いの確認をさせていただいた時点で領収書の発行をいたします。

5.サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

まずはお担当のケアマネージャーを介してお申し込みください。ご利用期間決定後、契約を締結します。ご利用の予約は随時お申し込みください。(空床型の利用となりますので、前もってのご予約は頂けない場合があります。ご了承ください。)

(2) サービスの利用契約の終了

- ・ご利用者のご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ご利用中でなければ、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。

- ・自動終了の場合

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。

① ご利用者が介護保険施設に入所した場合

② 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)又は、要支援 1、要支援 2 と認定された場合、(この場合に限り、予約をお取りしたまま、契約条件を変更して再度契約をすることとなる場合があります。)

③ ご利用者がお亡くなりになった場合

④ その他として、ご利用者が、サービス利用料金の支払いを 30 日以上遅滞し、料金を支払うように催告したにも関わらず、4 日間以内に支払われない場合。または、ご利用者やご家族などが当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがたい程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 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ございます。尚、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

利用者の皆様の一人一人の生き方、主体性を尊重し、心を介護の基本として、思いやりとあたたかさ、安心と、誠意をもった介護サービスを提供します。

(2) サービス利用のために

| 事 項 | 有無 | 備考 |
|--------------|----|---------------------------|
| 従業員の研修の有無 | ○ | 月 1 回 |
| サービスマニュアルの作成 | ○ | |
| 身体拘束 | ○ | 必要な場合に限りご家族との相談において行ないます。 |
| 男性介護職員の有無 | ○ | |

(3) 施設利用にあたっての留意点

- ・面会時間 午前 9 : 00 ~ 午後 7 : 00 まで
- ・外出 職員にお申し出ください。
- ・飲酒、喫煙 原則禁止となります。
- ・金銭、貴重品の持ち込み 原則ご遠慮ください。
- ・所持品の持ち込み 必ずお名前を記入ください。
- ・施設外での受診 職員にお申し出ください。
- ・宗教活動 原則禁止となります。
- ・ペット 原則禁止となります。

7、緊急時の対応方法

- ・ご利用者に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご親族、居宅介護支援事業所等に連絡する等必要な措置を講じます。
- ・緊急やむを得ない場合に身体拘束を行うと判断された場合は、ご利用者本人やご家族に対して、身体拘束の内容、理由、時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得てから行います。

8、事故発生時の対応

- ・ご利用者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・ご家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、施設が賠償すべき事故の場合には速やかに対応し、履行します。

9、サービス内容に関する相談、苦情

短期入所生活介護に関する、相談、要望、苦情等は下記窓口までお申し出ください。

サービス相談窓口

(1) 特別養護老人ホーム エンゼルの丘 (短期入所生活介護/介護予防短期入所生活介護)

電話番号 048-546-1207 FAX番号 048-546-1208

- ・苦情解決責任者 管理者 須永 尚宏
- ・苦情受付担当者 生活相談員 千島 幸太

(2) 苦情処理の体制および手順

- 1 苦情受付担当者は、利用者、家族等からの苦情を随時受け付ける。苦情受付後、内容の整理申出人の意向（苦情解決の方法）の確認を行う。
- 2 苦情受付担当者は、苦情を苦情解決責任者へ報告を行う。
- 3 苦情解決責任者は、事実内容確認、原因追及、対応、是正内容の検討を実施する。検討後、申出人との話し合いにより解決を図る。（必要に応じて法人代表者へ報告を行う）
- 4 苦情受付担当者は、苦情受付から、解決、改善迄の経過について書面に記録し再発予防を図るとともに、必要に応じて各関係機関及び第三者委員、国保連合等への報告を行う。

① その他当施設以外に、市町村の相談・苦情窓口等で受け付けています。

ア、 利用者がお住まいになられている市町村役場・介護保険担当課

深谷市役所 長寿福祉課 電話 048-574-8544

熊谷市役所 長寿いきがい課 電話 048-524-1402

本庄市役所 介護保険課介護業務係 電話 0495-25-1719

寄居町役場 健康福祉課 電話 048-581-7718

美里町役場 介護保険課 介護高齢者係 電話 0495-76-5132

イ、

・ 第三者委員 小林 喜一郎 電話 048-585-2527

畠山 敏之 電話 048-572-1100

高田 元治 電話 048-585-4544

(受付時間 月～金 午前9:00～午後5:00)

ウ、埼玉県国民健康保険団体連合会

苦情担当電話番号 048-824-2568

10 埼玉県福祉サービス第三者評価受審の有無

実施の有無 有 ・ 無

11 秘密保持

(1) 事業者及び事業者の使用する者は、個人情報保護法等に則り、サービス提供する上で知り得た利用者様及びそのご家族様に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。（但し、必要と認められる場合、利用者の家族状況、身体状況等についてサービス担当者会議において用いることがあります。）

(2) 事業者の従業者であった者に、業務上知り得た利用者様又はそのご家族様の秘密を、保持

させる為、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を従業者との雇用契約の内容とします。

- (3) 利用者又はその家族の個人情報について。「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドランス」を遵守し、適切な取り扱いに努めます。

12 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1)

虐待防止に関する担当者を選定しています。

| | |
|-------------|------------------------|
| 虐待防止に関する担当者 | (職・氏名を記載する)センター長 須長 尚宏 |
|-------------|------------------------|

(2)

虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。虐待防止のための指針の整備をしています。

(3)

従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。新人職員に対しては入職時に研修を行います。

(4)

サービス提供中に、当該事業所授業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通知します。

13 身体的拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の(ア)～(ウ)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

ア、切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。

イ、非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。

ウ、一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

- (2) 身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

- ① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を三月に一回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に 周知徹底を図ります。
- ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備し、必要に応じて見直しを行います。
- ③ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。新人職員に対しては入職時に研修を行います。

14 衛生管理等

- (1) 短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）の用に供する施設、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じます。
- (2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所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おおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ② 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。新人職員に入職時研修を行います。

15 業務継続計画の策定等について

- (1) 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短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、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実施します。新人職員入職時に研修を実施します。
- (3) 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います。

16 ご利用者の状況書の利用について

ご利用者の、より良い適切なケアを目的として、サービス担当者会議等においてご利用者の状況書を用いる場合があります。

17 当法人の概要

| | | |
|----------|-------------------|-----|
| 名称・法人種別 | 社会福祉法人かつみ会 | |
| 代表者役職 氏名 | 理事長 伊藤重来 | |
| 法人所在地 | 埼玉県深谷市山河 557 番地 1 | |
| 電話番号 | 048-585-0462 | |
| 法人の事業 | ケアハウス | 1ヶ所 |

| | |
|-------------|-----|
| 居宅介護支援事業所 | 3ヶ所 |
| 通所介護事業所 | 1ヶ所 |
| 訪問介護事業所 | 2ヶ所 |
| 特定施設入居者生活介護 | 1ヶ所 |
| 短期入所生活介護 | 3ヶ所 |
| 介護老人福祉施設 | 1ヶ所 |
| 保育園 | 5ヶ所 |
| 学童クラブ | 6ヶ所 |
| 認知症対応型通所介護 | 1ヶ所 |
| 地域密着型通所介護 | 1ヶ所 |

令和 年 月 日

特別養護老人ホームエンゼルの丘（短期入所生活介護/介護予防短期入所生活介護）のご利用にあたり、下記利用者様に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

事業者 社会福祉法人 かつみ会

事業所名 特別養護老人ホームエンゼルの丘 （介護予防）短期入所生活介護

管理者 センター長 須永 尚宏 ㊞

所在地 埼玉県深谷市今泉 625 番地

説明者・氏名 ㊞

私は、契約書および本書面により、上記事業者から特別養護老人ホームエンゼルの丘（短期入所生活介護/介護予防短期入所生活介護）について重要事項の説明を受け同意いたしました。

利用者 住 所

氏 名 ㊞

代理人 住 所

氏 名 ㊞

続柄 1、家 族 ()

2、その他 ()

3、成年後見人 ()

短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）

契約書別紙

《 令和7年4月1日 現在 》

1 当施設が提供する相談窓口

電 話 048-546-1207（平日 午前9：00～午後5：00まで）

F A X 048-546-1208

担当者 須永尚宏 塚越里絵 千島幸太

2 施設の名称 及び所在地

施設名称 特別養護老人ホームエンゼルの丘 短期入所生活介護

所在地 埼玉県深谷市 今泉 625 番地

介護保険指定番号 埼玉県 1 1 7 4 6 0 1 3 2 6 号

3 短期入所生活介護の概要

- ① 利用可能 居室 ……ユニット型個室 6ユニット（1ユニット 定員10名）
……多床室 4人部屋 6室 3人部屋 2室
空床（空きベット）利用型

- ② 設備等 食堂、機能訓練室、医務室、談話室、浴室（一般浴、機械浴）
静養室

③ サービスの内容

| 種類 | 内容 |
|----|---|
| 食事 | 食事時間 朝食 午前7：30～午前8：30の間から 昼食 午前11：45～午後12：30の間から 夕食 午後17：30～午後18：30の間から 以上の他 おやつや湯茶等のサービスがあります。原則食堂においてお召し上がりください。 |
| 入浴 | 一般浴、機械浴、個浴あり。 原則として週に最低2回の入浴。または、状態に応じて清拭を行います。 |
| 介護 | ご希望や状態に応じて適切な介護サービスを提供します。 <u>着替え介助</u> 、 <u>排泄介助</u> 、 <u>食事等の介助</u> 、 <u>おむつ交換</u> 、 <u>体位交換</u> 、 <u>シーツ交換</u> 、 <u>施設内の移動の付き添い</u> 等 |

| | |
|----------|--|
| 機能訓練 | ご利用者の状態に応じ機能回復訓練を行います。 |
| 健康管理 | 短期入所生活介護ご利用中はバイタルチェックを行います。 又、必要に応じて診療や健康相談を受けることができます。 |
| レクリエーション | 体操、カラオケ、ビデオ鑑賞等 年間行事も多数あり。 |
| 理容・美容 | 出張サービスによる理美容があります。詳細はその都度お尋ねください。 |
| 安全管理 | 防災、避難訓練等安全面に常時配慮します。 |
| 送迎サービス | ご利用者の心身の状態、ご家族の事情からみて送迎が必要な方のみ行います。 |

4 利用料（別紙1）

5 短期入所生活介護ご利用の中止

利用開始予定日以前の中止

入所前にお客様の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。

| | |
|--------------------------|------------|
| 入所日の前日の午後5時までにご連絡頂いた場合 | 無料 |
| 入所日の前日午後5時までにご連絡頂かなかった場合 | 1日基本料金の50% |

6 利用期間中の中止

以下の事由に該当する場合、利用期間中でもサービスを中止し、諸事情を考慮したうえで、退所して頂く場合がございます。

- ① 利用者が中途退所を希望した場合
- ② 入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ③ 利用中に体調が悪くなった場合
- ④ 他の利用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

※上記の場合に必要な場合は、ご家族または、緊急連絡先に連絡するとともに、速やかに主治医、または、歯科医師等に連絡を取る等必要な措置を講じます。また、料金は退所日までの日数を基準に計算します。（別紙2）

7 相談、要望、苦情等の窓口

短期入所生活介護に関する、相談、要望、苦情等は下記窓口までお申し出ください。

（1）特別養護老人ホームエンゼルの丘（短期入所生活介護）

電話番号 048-546-1207 FAX番号 048-546-1208

- ・苦情解決責任者 管理者 須永 尚宏
- ・苦情受付担当者 生活相談員 千島 幸太

（受付時間 月～金 午前9:00～午後5:00）

② 苦情処理の体制および手順

- 5 苦情受付担当者は、利用者、家族等からの苦情を随時受け付ける。苦情受付後、内容の整理申出人の意向（苦情解決の方法）の確認を行う。

- 6 苦情受付担当者は、苦情を苦情解決責任者へ報告を行う。
- 7 苦情解決責任者は、事実内容確認、原因追及、対応、是正内容の検討を実施する。検討後、申出人との話し合いにより解決を図る。(必要に応じて法人代表者へ報告を行う)
- 8 苦情受付担当者は、苦情受付から、解決、改善迄の経過について書面に記録し再発予防を図るとともに、必要に応じて各関係機関及び第三者委員、国保連合等への報告を行う。

(2) 第三者委員 小林 喜一郎 電話 048-585-2527
 畠山 敏之 電話 048-572-1100
 高田 元治 電話 048-585-4544

(3) 市町村 居住地の市町村役場

(4) 埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情担当電話番号 048-824-2568

【別紙 1】

サービスを利用した場合の「基本施設サービス費」は以下の通りです。お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額になります。ただし、支払方法が償還払いになる場合は、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、施設からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

(1) 基本施設サービス費

| | | | 単位数 (1 単位 10.17 円) | 費用額 10 割 | 利用者負担額 (円) | | |
|--|---------------|-------|--------------------------|-------------|------------|-------|-------|
| | | | | | 1 割 | 2 割 | 3 割 |
| (空床型) 短期入所生 活介護サー ビス費/ (1 日) | (多床室) | 要支援 1 | 451 単位 | 4,586 | 459 | 918 | 1,376 |
| | | 要支援 2 | 561 単位 | 5,705 | 571 | 1,141 | 1,712 |
| | | 要介護 1 | 603 単位 | 6,132 | 614 | 1,227 | 1,840 |
| | | 要介護 2 | 672 単位 | 6,834 | 684 | 1,367 | 2,051 |
| | | 要介護 3 | 745 単位 | 7,576 | 758 | 1,516 | 2,273 |
| | | 要介護 4 | 815 単位 | 8,288 | 829 | 1,658 | 2,487 |
| | (ユニット 型個室) | 要介護 5 | 884 単位 | 8,990 | 899 | 1,798 | 2,697 |
| | | 要支援 1 | 529 単位 | 5,379 | 538 | 1,076 | 1,614 |
| | | 要支援 2 | 656 単位 | 6,671 | 668 | 1,335 | 2,002 |
| | | 要介護 1 | 704 単位 | 7,159 | 716 | 1,432 | 2,148 |
| | | 要介護 2 | 772 単位 | 7,851 | 786 | 1,571 | 2,356 |
| | | 要介護 3 | 847 単位 | 8,613 | 862 | 1,723 | 2,584 |
| | | 要介護 4 | 918 単位 | 9,336 | 934 | 1,868 | 2,801 |
| | | 要介護 5 | 987 単位 | 10,037 | 1,004 | 2,008 | 3,012 |

(2) 基本施設サービス費 連続61日以上短期入所生活介護を利用した場合

| ユニット型個室 | | | | | |
|----------|------------------------------------|------------------|--------|---------|---------|
| 要介護 度 | (単位 数) 1単 位 10.17 円 | 費用額 (10割) | 利用者負担額 | | |
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 要介護1 | 670 | 6,813 円 | 682 円 | 1,363 円 | 2,044 円 |
| 要介護2 | 740 | 7,525 円 | 753 円 | 1,505 円 | 2,258 円 |
| 要介護3 | 815 | 8,288 円 | 829 円 | 1,658 円 | 2,487 円 |
| 要介護4 | 886 | 9,010 円 | 901 円 | 1,802 円 | 2,703 円 |
| 要介護5 | 955 | 9,712 円 | 972 円 | 1,943 円 | 2,914 円 |
| 従来型多床室 | | | | | |
| 要介護 度 | (単位数) 1単位 10.17 円 | 費用額 (10割) | 利用者負担額 | | |
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 要介護1 | 573 | 5,827 円 | 583 円 | 1,166 円 | 1,749 円 |
| 要介護2 | 642 | 6,529 円 | 653 円 | 1,306 円 | 1,959 円 |
| 要介護3 | 715 | 7,271 円 | 728 円 | 1,455 円 | 2,182 円 |
| 要介護4 | 785 | 7,983 円 | 799 円 | 1,597 円 | 2,395 円 |
| 要介護5 | 854 | 8,685 円 | 869 円 | 1,737 円 | 2,606 円 |

(3) 基本施設サービス費 連続 31 日以上介護予防短期入所生活介護を利用した場合

| ユニット型個室 | | | | | |
|---------|----------------------------|------------------|--------|---------|---------|
| | (単位数) 1単位 10.17 円 | 費用額 (10割) | 利用者負担額 | | |
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 要支援 1 | 503 | 5,115 円 | 512 円 | 1,023 円 | 1,535 円 |
| 要支援 2 | 623 | 6,335 円 | 634 円 | 1,267 円 | 1,901 円 |

| 従来型多床室 | | | | | |
|--------|-------------------------|------------------|--------|---------|---------|
| | (単位数) 1単位 10.17 円 | 費用額 (10割) | 利用者負担額 | | |
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 要支援 1 | 442 | 4,495 円 | 450 円 | 899 円 | 1,349 円 |
| 要支援 2 | 548 | 5,573 円 | 558 円 | 1,115 円 | 1,672 円 |

(4) 加算・減算

※要件を満たす場合には、上記の基本部分に料金が加算又は減算されます。

※算定の見込みのある加算についてのみ追加記載ください。

介護保険給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者負担額を変更します。

また上記基本施設サービス費のほかに、下記加算が発生した場合は自己負担額に追加されます。

(円)

| 【加算名】 | | 単位数 1 単位 10.17 円 | 費用額 10 割 | 利用者負担額 | | |
|---|------|---------------------|-------------|--------|-----|--------|
| | | | | 1 割 | 2 割 | 3 割 |
| 看護体制加算 | (Ⅰ)口 | 4 単位/日 | 40 | 4 | 8 | 12 |
| | (Ⅱ)口 | 8 単位/日 | 81 | 9 | 17 | 25 |
| 夜勤職員配置加算 | (Ⅱ)口 | 18 単位/日 | 182 | 19 | 37 | 55 |
| 若年性認知症入所者受入加算 | | 120 単位/日 | 1,220 | 122 | 244 | 366 |
| 送迎加算 | | 184 単位/回 | 1,871 | 188 | 375 | 562 |
| 緊急短期入所受入加算 | | 90 単位/日 | 915 | 92 | 183 | 275 |
| サービス提供体制強化加算 | (Ⅲ) | 6 単位/日 | 61 | 7 | 13 | 19 |
| 介護職員等処遇改善加算 | (Ⅱ) | | | | | 13.60% |
| 要介護者～（要介護 1～要介護 5） ※連続して 30 日を超えてサービスを提供する場合（※連続 6 1 日以上短期入所生活介護を行った場合には算定しない。） | | 1 日につき 30 単位減 | | | | |

① 看護体制加算

常勤の看護師配置と、一定以上の看護師配置をしている場合

② 夜勤職員配置加算

夜勤を行う職員配置基準を超えて職員配置

③ 若年性認知症入所者受入加算

若年性認知症患者の特性やニーズに対応したサービス提供を行った場合

⑤ 送迎加算

利用者の心身の状態、家族等の事情等から見て送迎を行うことが必要と認められる場合
片道につき算定

⑥ 緊急短期入所受入加算（7 日間まで）

・厚生労働大臣が定める者に対し、ケアプランで計画的に行うことになっていない利用を緊急に行った場合。

・利用者の状態や家族の事情でケアマネジャーが緊急に利用を受けることが必要と認めた者

⑦ サービス提供体制強化加算

介護福祉士の資格者等、経験豊富な職員を一定の割合配置

※サービス提供体制強化加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）又は日常生活継続支援加算のいずれかのみ算定可

⑧ 介護職員等処遇改善加算

介護職員のキャリアアップの仕組みを作ったり、職場環境の改善を行ったりした施設に対して支給される

①～⑧の加算のうち 介護予防短期入所生活介護は①②⑥は算定致しません。

(5) その他の費用

○特別な室料

Aタイプ 400/日 トイレ、洗面台 12.5㎡ 森の街 110号室、111号室、112号室、
林の街 113号室、115号室、116号室
Bタイプ 300/日 洗面台 14.5㎡ 森の街 106号室 林の街 120号室

○食事の提供に要する費用

ア 基本料金 1日当たり 1,620円

(朝 450円、昼 650円、夕 520円) 第4段階の方

○自己負担料金

| 項目 | 内容 | 単位 | 料金 |
|--------|------------------|----|----|
| 教養・娯楽費 | 書道、絵画、その他のクラブ活動費 | 1日 | 実費 |
| 理美容費 | 施設にて訪問理美容を利用した場合 | 1回 | 実費 |

◎料金を提示したもの以外にも、利用者様からの依頼により購入する日用品などで、利用者負担が望ましいと考えられるものについては実費を請求させていただきます。

～利用料金の留意事項～

- ① 基本料金は、介護保険自己負担額と生活費自己負担額（居住費・食費）の合計額となります。
- ② 基本料金につきましては、市民税の課税・非課税によって、4段階に分かれ、所得に応じた負担とする制度があります。それによって、1表に示した負担額となります。一応30日ご利用を例として挙げてありますので、30日に満たない月、30日を越える月は、基本利用料金に対し、日数分の増減があります。
- ③ 自己負担料金につきましては、上記項目のサービスを受けた場合に発生します。

(6) <居住費(滞在費)・食費の負担軽減(負担限度額認定)>

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けられておられる方の場合は、市町村へ申請をすることにより、「介護保険負担限度額認定証」が交付され、居住費(滞在費)・食費の負担が軽減される場合があります。

令和3年8月1日から基準となる額面と新たにご負担いただく金額が変わります。

なお、居住費と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に

記載している負担限度額とします。

【令和7年4月1日】

(日額)

| 対象者 | | 区分 利用者 負担 | 居 住 費 | | 食 費 | | | | |
|----------------------------|--------------------------------------|-----------------|-------|---------|-------|-------|-----|-------|-------|
| | | | 多床室 | ユニット型個室 | | | | | |
| 生活保護受給の方 | | 第1段階 | 0 | 880 | 300 | | | | |
| 世帯全員が | 市町村民税非課税の 高齢福祉年金受給の方 | | | | | | | | |
| | 市町村民税非課税かつ 本人年金収入等80万以下の 方 | | | | | 第2段階 | 430 | 880 | 600 |
| | 市町村民税非課税かつ本人 年金収入等が80万超120万以 下 | | | | | 第3段階① | 430 | 1,370 | 1,000 |
| | 市町村民税非課税かつ本人 年金収入等が120万超 | 第3段階② | 430 | 1,370 | 1,300 | | | | |
| 世帯に課税の方がいるか、本人が市町村 民税課税 | | 第4段階 | 915 | 2,066 | 1,620 | | | | |

① お支払い頂く利用料金の単価は以下のとおりです。但し、介護保険給付の範囲を超えたサービス利用料金は、その超えた分についてご利用者の全額自己負担になります。また、ご利用者の都合により介護保険請求できない場合も全額ご利用者の自己負担となります。

② 平成27年8月介護保険法改正により、一定以上の所得のある方は、サービスを利用した時の負担割合が2割になります。また、平成30年8月介護保険法改正では、現役並みの所得がある方は、負担割合が3割になります。

市区町村から負担割合が記された「介護保険負担割合証」が交付されますので、ご提示ください。

《2割負担》

◎65歳以上の方でご本人の合計所得金額が160万以上で、且つ、以下1.2の場合。

1. 単身の方の場合、年金収入とその他の合計所得金額の合計が280万以上340万未満。
2. 同一世帯の65歳以上の方の人数が2人以上の場合、年金収入とその他の合計所得金額の合計が346万以上463万未満。

《3割負担》

◎65歳以上の方で、ご本人の合計所得金額が220万以上で、且つ、以下1.2の場合。

1. 単身の方の場合、年金収入とその他の合計所得金額の合計が340万以上。
2. 同一世帯の65歳以上の方の人数が2人以上の場合、年金収入とその他の合計所得金額

の合計が 463 万以上。

※上記料金は基本報酬×地域区分 10.17（深谷市 7 等級）となっております。

※介護保険自己負担額は介護給付費単位数（基本単位と日々の加算と処遇改善含む）×地域区分深谷市：7 級地 10.17 となります。

(7) 利用料金についての留意事項

- ・介護保険負担限度額認定証について お持ちの方はご提示ください。

| 区分 (段階) | 所得の状況 | 預貯金等の資産状況 |
|-------------|---|------------------------------|
| 第 1 段階 | 生活保護の方、又は、世帯全員が住民税非課税世帯で、 老齢福祉年金の方 | 単身：1,000 万以下 夫婦：2,000 万以下 |
| 第 2 段階 | 世帯全員が住民税非課税世帯で、前年の合計所得金額 ＋年金収入額が 80 万以下の方 | 単身：650 万以下 夫婦：1,650 万以下 |
| 第 3 段階 ① | 世帯全員が住民税非課税世帯で、前年の合計所得金額 ＋年金収入額が 80 万超 120 万以下の方 | 単身：550 万以下 夫婦：1,550 万以下 |
| 第 3 段階 ② | 世帯全員が住民税非課税世帯で、前年の合計所得金額 ＋年金収入額が 120 万超の方 | 単身：500 万以下 夫婦：1,500 万以下 |
| 第 4 段階 | 住民税課税世帯、上記対象条件以外の方 | 上記対象条件以外の方 |

※配偶者が市区町村民税を課税されている場合は、対象外となります（世帯が同じかどうかは問いません）。

※預貯金等の金額（ご本人の通帳の写し、有価証券の口座残高の写し、金銀の購入先の口座残高の写し、投資信託の口座残高の写し、タンス預金は自己申告）を確認し、配偶者がいる場合は合計 2,000 万、配偶者がいない場合は 1,000 万を超える場合には、対象外となります。

※減額の手続きなどの詳細は、役所の介護保険窓口にお問い合わせ下さい。

緊急時連絡表

利用者名

_____様

ご家族への緊急連絡先

| | 氏 名 | 続柄 | 住 所 | 連絡先 |
|---|-----|----|-----|-----|
| ① | | | | (自) |
| | | | | (携) |
| | | | | (会) |
| ② | | | | (自) |
| | | | | (携) |
| | | | | (会) |
| ③ | | | | (自) |
| | | | | (携) |
| | | | | (会) |

かかりつけ医

病院名 _____

主治医 _____

既往 _____

病院名 _____

主治医 _____

既往 _____

