短 期 入 所 生 活 介 護 重 要 事 項 説 明 書
介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

＜令和８年６月１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　０４８０－５３－６９７７　　久下さん家 サービスカウンター

（午前９：００～午後６：００）

２　「ショートステイ久下さん家」の概要

（１）提供できるサービスの種類　　短期入居介護サービス及び付随サービス

（２）施設の名称及び所在地等

施設名称	ショートステイ久下さん家
所在地	埼玉県加須市久下三丁目５番地１
介護保険指定番号	短期入居生活介護　　（埼玉県１１７３８０１６０４） 介護予防短期入所生活（埼玉県１１７３８０１６０４）
管理者	新井　江里子

（３）施設の職員体制

	業務内容	計
管理者	サービス管理全般	１名
医師	医学的管理全般	（１名）
生活相談員	生活上の相談等	１名
管理栄養士	栄養管理等	名
機能訓練指導員	リハビリテーション・機能回復訓練等	１名
介護支援専門員	サービス計画立案・管理等	名
介護職員	日常介護業務全般	７名
看護職員	医療・健康管理業務全般	名
事務職員	事務全般・請求事務等	名

（４）施設の設備の概要

定員		２０名		
居室	１人部屋	２０室	静養室	１室
浴室		一般浴槽と特殊浴槽があります。		

３ サービス内容

①食　　事…朝食　　８：００～
　　昼食　１２：００～
　　夕食　１８：００～
　　以上の他に、午前１０時と午後３時におやつを召し上がっていただきます。

②入　　浴…週に最低２回入浴していただけます。ただし、利用者の状態に応じ、特別浴または清拭となる場合があります。

③介　　護…ご希望や状態に応じ、適切な介護サービスを提供します。
　　着替え介助、排泄介助、おむつ交換、体位変換、シーツ交換、施設内の移動の付き添い等

④機能訓練…必要に応じ居室等において機能回復訓練を行います。

⑤生活相談…常勤の生活相談員に、介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。

⑥緊急時の対応
　　…利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

⑦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います。

⑧特別食の提供
　　…当施設では、通常メニューのほかに医療上必要な場合等のために特別食をご用意しております。詳しくは職員にお尋ねください。料金は別途かかるばあいがあります。

⑨所持品等の保管
　　…特別な事情がある所持品等のみお預かりいたします。お預かりする所持品等の種類や量等に制限があります。詳しくは、職員にお尋ねください。

⑩レクリエーション
　　…日々のクラブ活動のほか、種々の行事が行われます。
　　行事によっては、別途費用がかかるものもございます。詳しくは、その都度ご説明のうえご承諾をいただきます。

⑪その他のサービス
　　ア　通院サービス：医療上必要な場合は、通院サービスが行われます。料金は別途かかる場合があります。
　　イ　理美容サービス：当施設では、理美容サービスを実施しております。料金は別途かかります。

ウ　その他のサービス：介護保険の適用を受けられないサービス等については、お申し出を受け、ご相談させていただきます。

4 利用料金

（１）基本料金

①施設利用料

	１日あたりのご利用者様負担額		
	１割の方	２割の方	３割の方
要介護１	６６７円	１,３３３円	１,９９９円
要介護２	７３９円	１,４７７円	２,２１６円
要介護３	８１３円	１,６２６円	２,４３９円
要介護４	８８５円	１,７６９円	２,６５３円
要介護５	９５７円	１,９１３円	２,８７０円

②食　費　　１日あたり　　２，１００円

③滞在費　　１日あたり　　２，０００円

④日用品費　　１日あたり　　１５０円

⑤機能訓練体制加算　　１日あたり 13 円（1 割計算）25／円(2 割)／37 円(3 割)

⑥生産性向上推進体制加算Ⅱ　月／1 回 11 円(1 割計算)21 円（2 割）31 円（3 割）

⑦ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算 1 日あたり 7 円（1 割計算）13／円(2 割)／19 円(3 割)

⑧送迎加算　　片道　　190 円(1 割負担)／380 円(2 割)／570 円(3 割)

⑨緊急短期入所受入加算 1 日あたり 93 円(1 割負担)／186 円(2 割)／279 円(3 割)

⑩長期利用減算 31 日～1 日あたり△31 円(1 割負担)／△62 円(2 割)／△93 円(3 割)

長期利用減算 61 日～

	１日あたりのご利用者様負担額		
	１割の方	２割の方	３割の方
要介護１	６０９円	１,２１７円	１,８２６円
要介護２	６７８円	１,３６２円	２,０４３円
要介護３	７５７円	１,５１３円	２,２６９円
要介護４	８２９円	１,６５７円	２,４８６円
要介護５	９００円	１,８００円	２,７００円

※介護保険報酬には地域区分別（6 級地）の単位単価（10.33 円）を乗じています。（端数に多少の誤差が生じる可能性があります。）

※介護職員処遇改善加算費（Ⅱ）ロの（17.2%）が加算されます。

※また、体制により、加算の内容が変動する場合があります。

（２）介護予防短期入所生活介護費

①　施設利用料　１割負担の方　　２割負担の方　　３割負担の方

ａ）要支援１　　４９５円　　９９０円　　１,４８５円　（一日あたり）

ｂ）要支援２　　６１６円　　１,２３２円　　１,８４７円　（一日あたり）

②　食費、滞在費、日用品費、機能訓練体制加算、送迎加算は上記と同じ。

※介護保険報酬には地域区分別（6 級地）の単位単価（10.33 円）を乗じています。（端数に多少の誤差が生じる可能性があります。）

※介護職員処遇改善加算費（Ⅱ）の（13.6%）が加算されます。

（３）その他の料金

①特別食　　実費

②その他　　上記のほか、レクリエーション費用、理美容費、買物サービスの費用、送迎などは自己負担になります。

（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、下記キャンセル料がかかります。

①入居日の前日午後５時までにご連絡いただいた場合	無料
②入居日の前日午後５時までにご連絡がなかった場合	１日の利用料金の１０％

（５）利用中の中止

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

※以下の場合には、利用途中でもサービスを中止する場合があります。

・利用者が中途退居を希望した場合

・入居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

・他の利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合

（６）支払方法

毎月 20 日までに短期入居生活介護の利用月ごとの請求書を通知させて　い

ただき、25 日又は 28 日に口座振替(自動引き落とし)させていただきます。

5 サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

はじめてご利用の場合は、健康診断書の提出が必要です。

「居宅サービス計画」の作成を依頼している場合、事前に介護支援専門員とご相談ください。

（２）利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に短期入居生活介護をご利用中でなければ文書等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。

6 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、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先①		
	ふりがな 氏名	
	住所	
	電話番号	
	続柄	
緊急連絡先②		
	ふりがな 氏名	
	住所	
	電話番号	
	続柄	

7 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関に協力をいただき、入居者の急変時には、速やかに対応をお願いするようにしております。

医療機関の名称	医療法人社団　弘人会中田病院
〃　　所在地	埼玉県加須市元町６－８

〃　電話番号	0480-61-3122

8 相談、要望、苦情等の窓口

短期入居に関する相談、要望、苦情等は、サービス提供責任者か下記窓口までお申し出ください。

事業所相談窓口

電話番号　　０４８０－５３－６９７７

（受付時間　月～土曜日　午前９：００～午後６：００）

※日曜日、１月１日～１月３日は除く。

苦情相談担当者　：　管理者　新井　江里子

なお、お住まいの市町村または埼玉県国民健康保険団体連合会でも受け付けております。

・加須市役所　高齢介護課
　電話番号　０４８０－６２－１１１１（代表）
・久喜市役所　高齢介護課
　電話番号　０４８０－２２－１１１１（代表）
・羽生市役所　高齢介護課
　電話番号　０４８－５６１－１１２１（代表）
・白岡市役所　高齢介護課
　電話番号　０４８０－９２－１１１１（代表）
・古河市役所　高齢介護課
　電話番号　０２８０－９２－４９２１（直通）
・埼玉県国民健康保険団体連合会　介護保険課　相談窓口
　電話番号　０４８－８２４－２５６８（直通）
・茨城県国民健康保険団体連合会　介護保険課　相談窓口
　電話番号　０２９－３０１－１５６５（直通）

令和　　年　　月　　日

短期入居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事項を説明しました。

事業者　　社会福祉法人　ハイマート
理事長　　井上　直樹
所在地　　埼玉県加須市久下三丁目６番地１

事業所名　　ショートステイ久下さん家

説明者　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、契約書及び本書面により、事業者から短期入居生活介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者
住　所　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

契約者
住　所　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿