

指定短期入所生活介護重要事項説明書

様

指定短期入所生活介護
しあわせの灯

指定短期入所生活介護事業所重要事項説明書

<令和6年6月1日現在>

1. 指定短期入所生活介護施設 しあわせの灯

(1) 施設の名称・所在地等

施設名称	指定短期入所生活介護施設 しあわせの灯
所在地	東京都豊島区南池袋4丁目5番1号
介護保険指定番号	1371604826

(2) 同施設の職員体制（職員の資格及び員数等は変動します）

管理者・事務職員	管理者	1人	介護・看護職員	看護職員	1人
	生活相談員	1人		介護福祉士	7人
	管理栄養士	2人		介護職員実務者研修修了者 (旧ヘルパー1級)	5人
	介護支援専門員	1人		介護職員初任者研修修了者 (旧ヘルパー2級)	6人
	事務職員	1人		機能訓練指導員	1人

(3) 同施設の設備の概要

定員	24名	医務室	1階1箇所
居室	24室	共同生活室	各階1箇所
浴室	地下1階機械浴	事務室	1階
	各階一般浴		

2. 入居の居室について

入居後、ご契約者からの居室変更の希望があった場合は、居室の空き状況等やその他の状況を勘案して、その可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況等により居室を変更する場合があります。なお、その際には、ご契約者やご家族等にご連絡のうえ決定するものとします。

3. 利用期間

別紙のとおり

4. 利用料金

(1) 介護予防給付によるサービス

介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	623円	1,246円	1,869円
要支援2	756円	1,512円	2,268円

(2) 介護給付によるサービス

介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要介護度1	828円	1,656円	2,484円
要介護度2	905円	1,810円	2,714円

要介護度 3	989 円	1,978 円	2,967 円
要介護度 4	1,065 円	2,129 円	3,194 円
要介護度 5	1,141 円	2,282 円	3,423 円

(3) ※上記のサービス費に次の項目が加算されます（負担割合が1割の方の概算額）。

加算項目	1日あたりの自己負担額
看護体制加算（Ⅰ）	4 円
看護体制加算（Ⅱ）	8 円
機能訓練体制加算	13 円
夜勤職員配置加算（Ⅱ）	19 円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 円

※職員の配置状況により算定される加算が変更となる場合があります。

※サービス提供体制強化加算が算定される場合、（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）のいずれかが算定されます。

(4) その他介護給付サービス加算（負担割合が1割の方の概算額）

加算項目	金額	加算条件
療養食加算	8 円/1 食	医師の指示に基づく療養食を提供した場合。
送迎加算	204 円/回	送迎を行った片道料金
認知症行動・心理 症状緊急対応加算	222 円/日 (入所から7日 を上限)	認知症行動・心理症状が認められ、緊急に指定短期入所生活介護が必要であると医師が判断した場合。
若年性認知症 利用者受入加算	133 円/日	個別に担当者を定め、65 歳未満の若年性認知症利用者を受け入れた場合。
個別機能訓練加算	62 円/日	個別機能訓練計画に基づき、専従の機能訓練指導員により、機能訓練を実施する場合。
医療連携強化加算	64 円/日	利用者の急変の予測や早期発見等の為、看護職員による定期的な巡視を行っており、主治の医師と連絡が取れない場合に備えて、あらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを行い、急変時の医療提供の方針について合意を得ている場合。
緊急短期入所 受入加算	99 円/日 (入所から7日 を上限、やむを 得ない事情が ある場合には 14 日を上限)	利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が緊急に短期入所生活介護を受けることが必要と認めた者に対し、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所生活介護を緊急に行った場合。
長期利用者減算 (31~60 日)		1 日あたり 30 単位を減算。
長期利用の適正化 (61 日以降)		介護福祉施設サービス費の単位数と同単位。 ※介護予防については要介護 1 の単位数の 75/100(要支援 1)、93/100(要支援 2)に相当する単位数を算定。

注1) 高速道路を利用した場合、高速代の実費をご負担いただきます。豊島区外への送迎の場合、「送迎加算」に加え、豊島区外の距離 1 km 当たり 200 円を追加してご負担いただきます。

●介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）

介護職員の処遇改善について一定の基準に適合している場合、(1)から(4)までに算定した

金額の 13.6%に相当する金額。

(5) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスおよび介護保険の支給限度額や指定日数を超える利用については、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

① 居住費

個室	2,637 円
----	---------

注1) 介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された居住費の金額(1日当り)のご負担となります。

② 食費

食費	3食合計 1,850 円(朝食:500 円 昼食 700 円 夕食:650 円)
----	--

注1) 介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、食費の合計金額が認定証に記載された金額を超える場合は、認定証に記載された金額(1日当り)のご負担となります。

③ その他のサービスの概要と利用料金

(1) 特別な食事

ご契約者のご希望に基づいた特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

(2) 日常生活上必要となる諸費用

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していただきます。日用品費：150 円

(3) 私物の洗濯代金

ご契約者の希望による私物の洗濯を実施した場合にご負担いただきます。

洗濯代金：650 円／1人・1回あたり

(4) 貴重品の管理

原則として、金銭、貴重品等のお預かりは致しません。本所が真にやむを得ないと認めた場合には、その管理サービスをご利用頂けます。貴重品として管理するものは、金銭、宝石、預金通帳、金融機関へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書等です。事前にご相談下さい。預り金管理料：1日当り金額 250 円

(5) 上記以外のサービス

(1)～(3)以外のサービスにつきましては、別紙1「サービス一覧及び料金」のとおりです。ご契約者の希望により理美容、クラブ活動等に参加していただくことができます。但し、場合によってはご希望に添えないこともあります。

(6) 支払方法

毎月、15日頃までに前月分の請求を致します。月末までにお支払い下さい。お支払い方法は、現金または銀行振込となります。(振込手数料は利用者負担となります。)

(7) キャンセル料

① 入所日の前日、午後5時までに連絡をいただいた場合・・・ 無料

② 入所日の前日、午後5時までに連絡がなかった場合・・・ 一日の居住費及び食費

5. 入退所の手続き

(1) 入所手続き

- ① 原則として、介護支援専門員（ケアマネージャー）を通じてお申し込みください。居室に空きがあれば検討の上ご入所いただけます。契約の締結をもって入所、サービスの提供が可能となります。
- ② 入所にあたり、本人及び他利用者の健康を保護するため、感染症などに対する予防措置にご協力いただきます。下記の証明書をお持ちであればご提出ください。
 - ア. ご利用予定日 3 ヶ月以内の胸部 X 線検査で異常がないことの証明書
 - イ. 他の感染症（梅毒、B 型肝炎、C 型肝炎、疥癬など）にかかっていないことの医師の証明
 - ウ. 重篤な精神疾患にかかっていないことの医師の証明
 - エ. 看護サマリー、診療情報提供書等

(2) 退所手続き

- ① 利用期間満了に伴う退所
- ② 契約書第八条に基づく退所

(3) 入退所時間

- ① 入所時間 : 原則、13時から16時の間
 - ② 退所時間 : 原則、9時から12時の間
- ただし、空室の状況で変更可能です。

(4) 持込み品等の届出

施設運営の適正化、ご利用者様危害予防等のため、ご利用に際しての本所への持込み品については、事前に「持込み品等（金銭、貴重品等以外）届出票」を提出頂きます。品物によっては、持込みを制限させて頂くことがあります。また、紛失、損壊等の事故があつては困るものは、別途「金銭、貴重品等の管理申込票」にてご依頼下さい。当該依頼の無いものの紛失、損壊等については本所の責めに帰すべき事由以外は、賠償等の一切の補償等は致しません。

6. 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

「心をこめてお世話させて頂く」という基本ポリシーに基づき、福祉の第一線に立つ者として職員一同一丸となり、入苑者の皆様に“安心して生活できる場”を共に創り上げてきました。

私たちが大切にし、目指し続ける目標は、職員全員の真心こもる“介護の心”です。

(2) 施設の体制等

事 項	有無	備 考
緊急対応訓練の有無	有	
従業員への研修の実施	有	
サービスマニュアルの作成	有	
身体的拘束	無	契約書第四条第3項を除く
相談・苦情窓口	有	重要事項説明書第11条に記載
緊急時提携医療機関	有	協力病院

(3) 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 面会 可（時間指定有：月～土、10：00～16：00）
- ・ 外出 可（同伴者要）
- ・ 飲酒、喫煙 可（別途相談）
- ・ 金銭、貴重品の管理 可（別途申込票が必要）
- ・ 所持品の持ち込み 可（制限有）
- ・ 施設外への受診 可（原則ご家族対応）
- ・ 信教の自由 可（布教活動は不可）
- ・ ペット 不可

7. 緊急時の対応方法

ご利用者に様態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（第一連絡先）	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

主治医	
病院・診療所名	
住所	
電話番号	
担当医師名	

8. 非常災害対策

- ・ 防災時の対応…有
- ・ 防災設備…有
- ・ 防災訓練…年2回
- 防災責任者…小川 篤史

9. 虐待の防止のための措置に関する事項

(1) 当事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じます。

- ①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に十分に周知します。
- ②虐待の防止の為の指針を整備します。
- ③従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的(年1回以上)に実施いたします。
- ④前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

(2) 前項第一号に規定する委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。

(3) 従業者は、高齢者虐待防止法を順守し、利用者等への家族等からの虐待が疑われる場合には、利用者等の保護とともに家族関係の改善を図ることとし関係機関及び区市町村に通報します。

10. 管理体制に関する特記事項

(1) 見守りカメラの使用について

ショートステイしあわせの灯では、プライバシーに配慮したうえで安全対策を強化することを目的に見守りカメラを使用する場合があります。カメラの使用を希望しない場合、施設に申し出るにより設置しないことが可能です。

【見守りカメラの使用目的】

- ①ご利用者の安全と事故予防、事故発生時の早期発見を目的とします。
- ②利用者の行動把握、早期対応により、ご利用者の自立支援、生活の質の向上につなげることを目的とします。

(2) 衛生管理上、飲食物を持ち込む場合は職員に声をおかけください。場合によって施設にて管理させていただきます。

(3) 「入所契約書」第六条の危険物とは、刃物類・ロープ・餅等です。

(4) サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに市区町村及びご利用者の家族等に連絡を行い、必要な措置を講じます。

11. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情受付体制

当施設における苦情やご相談は、以下の担当で受け付けています。

苦情解決責任者：施設長 小川 あい 受付担当者：相談員 小川 篤史

電話：(03) 5927-8050 ファックス：(03) 5927-8051

(2) 当事業所以外の苦情相談受付連絡先

【豊島区保健福祉部 介護保険課】

東京都豊島区南池袋 2-45-1 電話：03-3981-1474 ファックス：03-3981-6208

【東京都国民健康保険団体連合会】

東京都千代田区飯田橋 3-5-1 東京区政会館 1 1 階

電話：03-6238-0177

12. 当法人の概要

名称・法人種別

社会福祉法人 櫻灯会

代表者役職・氏名

理事長 櫻井 眞里

本部所在地・電話番号

東京都西多摩郡日の出町大字大久野 231-1

電話 (042)-597-1941(代)

F A X (042)-597-1949

ホームページ <http://www.outoukai.or.jp>

e-mail hinodeshien@outoukai.or.jp

定款の目的に定めた事業

1. 特別養護老人ホーム

4. 認知症対応型老人共同生活援助事業

2. 老人短期入所事業

5. 居宅介護支援事業

3. 老人デイサービスセンター

施設・拠点等

1. 特別養護老人ホーム

3ヶ所

4. グループホーム

3ヶ所

2. 老人短期入所事業所

4ヶ所

5. 居宅介護支援事業者

2ヶ所

3. 老人デイサービスセンター

4ヶ所

この内容は予告なく変更する場合があります。

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護事業の提供開始にあたり、利用者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しました。

事業者

<所在地> 東京都豊島区南池袋4丁目5番1号

<名称> 指定短期入所生活介護事業所
しあわせの灯 印

<説明者>

氏名 印

私は、契約書および本書面により、事業者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。

(利用者) 住所

氏名 印

※ご利用者様本人が記入困難な場合には、代理人様が以下及び(利用者)欄の両方をご記入下さい。

(代理人) 住所

氏名 印



指定短期入所生活介護 しあわせの灯

指定短期入所生活介護に関する契約書

様

指定短期入所生活介護 しあわせの灯

指定短期入所生活介護事業所契約書

様（以下、「利用者」といいます）と指定短期入所生活事業所 しあわせの灯（以下、「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して行う指定短期入所生活介護事業サービスについて、次のとおり契約します。

第一条（契約の目的）

事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、指定短期入所生活介護事業サービスを提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第二条（契約期間）

- 1 この契約の契約期間は令和 年 月 日からとする。ただし、要介護認定の有効期間が来た場合には、その日をもって終了とする。
- 2 事業者は、本契約の有効期間内において、別紙定める利用期間の間事業サービスを提供いたします。
- 3 利用者は、原則として、利用の開始、終了に関しては9時から17時までに行います。

第三条（介護サービス計画）

- 1 事業者は、介護支援専門員によって作成された介護サービス計画によって介護サービスを提供いたします。
- 2 利用期間が、4日間以上の場合、事業者は利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、「介護サービス計画書」を作成し、その内容を利用者に説明し、利用者またはご家族の同意を得ます。

第四条（指定短期入所生活介護事業サービスの内容）

- 1 事業者は、介護サービス計画に沿って、利用者に対し居室、介護サービス、その他介護保険法令の定める必要な援助等を提供します。
- 2 利用者が、利用できるサービスの種類は〔重要事項説明書〕のとおりです。事業者は〔重要事項説明書〕に定めた内容について、利用者およびその家族に説明します。
- 3 事業者は、サービス提供にあたり、利用者または他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ないと判断した場合、利用者およびその家族に説明、同意を得た上で身体的拘束を行うことがあります。

第五条（サービスの提供の記録）

- 1 事業者は、指定短期入所生活介護事業サービスの提供に関する記録を作成することとし、これをこの契約終了後2年間保管します。
- 2 利用者は、9時から17時の間に当該利用者に関する第1項のサービス実施記録を閲覧できます。
- 3 利用者は、当該利用者に関する第1項のサービス実施記録のコピーを有償にて受け取ることができます。

第六条（危険物の持ち込み）

他利用者に危害を加えたり、施設の設備に損害を与えたりするおそれのある物、又は誤飲、中毒のおそれのある物を持ち込む事はできません。必要品については個別相談に応じます。

第七条（料金）

- 1 利用者は、サービスの対価を、利用期間ごとに支払います。
- 2 事業者は、利用期間ごとの請求書に明細を付して、利用者へ通知します。
- 3 利用者は、利用期間終了時に現金または振り込みにて支払います。
- 4 事業者は、利用者からの料金の支払いを受けたときは、利用者または家族に応じ領収証を発行します。

第八条（契約の終了）

1 自動終了

以下のいずれかに該当した場合は、通知がなくても自動的に契約を終了いたします。

- ・ 利用期間中に利用者が他の介護保険施設等に入所した場合。
- ・ 利用期間中に利用者が入院した場合。
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合もしくは介護保険被保険者資格を喪失した場合。
- ・ 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 その他

以下のいずれかに該当した場合は、退所していただく場合がございます。

- ③ 利用者がサービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず10日以内に支払わない場合。
- ④ 利用者やご家族が当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合。
- ⑤ やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合。
- ⑥ 利用者等の言動が集団生活になじまないと施設が判断した場合。

第九条（利用期間中のサービスの中止）

- 1 利用者は事業者に対して、前日までに申し出るにより、利用期間中でも退所することができます。
- 2 事業者は、利用者の体調が良好でなく、施設での生活に支障があると判断した場合、利用期間中でもサービスを中止することができます。

第十条（秘密保持）

- 1 事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密（予め利用者および家族が文書によって明示したもの）を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。この守秘義務はかつて職員であったものについても有効です。
- 2 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業者等に対し、利用者の個人情報を提供しません。

第十一条（事業者賠償責任）

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害をおよぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

第十二条（利用者賠償責任）

利用者の責めに帰すべき事由により、他利用者又は、施設職員・設備・物品に損害を及ぼした場合、利用者は損害をうけた利用者又は事業者に対し賠償します。

第十三条（連絡義務）

事業者は、利用者の健康状態が急変した場合は、あらかじめ届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに医師に連絡を取る等必要な処置を行います。

第十四条（連携）

- 1 事業者は、短期入所生活介護の提供にあたり、介護支援専門員及び保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
- 2 事業者はこの契約書の写しを介護支援専門員に速やかに送付します。
- 3 事業者はこの契約の内容が変更された場合、または終了した場合は、介護支援専門員に書面にて通知します。

第十五条（相談・苦情対応）

事業者は、利用者からの相談・苦情等に対応する窓口を設置し、施設の設備またはサービスに関する利用者の要望、苦情に対し、迅速に対応します。

第十六条（本契約に定めのない事項）

- 1 利用者および事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- 2 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第十七条（裁判管轄）

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者および事業者は、利用者の住所地を管轄する東京簡易裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

契約締結日 令和

年

月

日

事業者

<住所>

東京都豊島区南池袋4丁目5番1号

<事業者名>

社会福祉法人 櫻灯会

指定短期入所生活介護 しあわせの灯

利用者

<住所>

<氏名>

印

(代理人)

<住所>

<氏名>

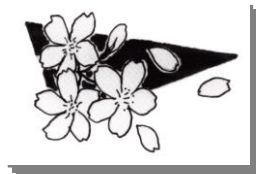
印

(連帯保証人)

<住所>

<氏名>

印



指定短期入所生活介護 しあわせの灯

ショートステイしあわせの灯入所予約申込票

申込み日		令和 年 月 日					
(一)窓口に なる方 家族等)	お名前	様	ご家族(続柄:)、その他(関係:)				
	TEL		FAX				
	ご住所	〒					
ご入所される方	お名前	(フリガナ)	性別	男・女			
		様	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			才		
	ご住所	〒		電話:			
	介護保険	被保険者番号		市区町村			
居宅事業者		事業者名		ケアマネ名	様		
		TEL		FAX	(必須)		
	食事状況	自立 半介助 全介助 その他()					
	食事内容	普通 刻み 流動 その他()					
	移動方法	自立 杖歩行 車椅子 その他()					
	排泄	自立 オムツ 誘導 ポーター					
	入浴	一般浴(自立 介助) 機械浴(チェアー ストレッチャー)					
	認知症	なし ・ あり (弱 中 強)					
	病歴						
(二)希望	入所期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
	送迎希望	※土曜・日曜の送迎は実施していません。遠方の方は送迎が困難な場合があります、ご相談下さい。					
		※原則として入所は13:00以降、退所は12:00までをお願い致します。					
		ただし、空室の状況で変更可能です。ご調整下さい。					
	希望する。(下の希望時刻に優先順位を①~③までご記入下さい。)						
	(時刻は、送迎先の発着時刻です。)						
		時刻	09:00	09:45	10:30	11:15	
		優先順位					
		送迎の別	送・迎	送・迎	送・迎	送・迎	
		時刻	13:30	14:15	15:00	15:45	16:30
		優先順位					
		送迎の別	送・迎	送・迎	送・迎	送・迎	送・迎
	希望しない。 →		(入所: 時頃希望、退所: 時頃希望)				

※申し込みの受付が完了しましたら、下欄に押印してFAX返信させていただきます。

申込み受付欄	上記の入所予約申し込みをお受け致しました。	受付印
	社会福祉法人 櫻灯会 TEL:03-5927-8050 ショートステイ しあわせの灯 FAX:03-5927-8051	

※FAX返信された以降の変更・キャンセルは、様式第2の「ショートステイしあわせの灯入所予約(変更・キャンセル)依頼票」をご使用下さい。