

シャロームショートステイサービスのご案内

シャロームショートステイサービス(定員13名)では、介護をする家族の方などが病気や冠婚葬祭、あるいは休養や私用等で介護ができない場合に、食事や入浴、その他の日常生活に必要なお世話をさせていただきますサービスです。

※ご利用できる対象者は、要支援1・要支援2・要介護1～5と認定された方です。

【主なサービス】

- 食事サービス(朝・昼・夕の食事/午前のお茶/午後のおやつ)
- 入浴サービス(週2回程度、ご利用者の状態に合わせて入浴日や入浴方法を検討します。)
- 送迎(別途利用料がかかります。送迎地域、日時等に制限がありますのでお問い合わせください)
- 健康チェック(ご利用開始時、入浴時の他、適宜チェックさせていただきます)
- レクリエーション(適宜行います)

【利用予約】

ご利用希望の際は、原則ご契約されているケアマネージャー(介護支援専門員)を通してご予約ください。

【利用料金】

介護保険法に定められた基準によります。お支払いいただく料金は下記基本料金A.B及びサービス提供に応じC.Dの合計です。

$$(A \times \text{日数}) + (B \times \text{日数}) + (C \times \text{回数}) + D = \text{利用料金}$$

居室種別・項目	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
		①介護費	451	561	603	672	745	815	884
A 保険適用負担分	多床室	②サービス提供体制強化加算(I) (単位)	22	22	22	22	22	22	22
		介護職員等処遇改善加算(I) *上2項目(①+②)に14% (単位)	66	81	87	97	107	117	126
	地域加算(1単位10,333円) (円)	5,567	6,859	7,354	8,171	9,028	9,854	10,660	
	自己負担日額合計(1割) (円)	556	685	735	817	902	985	1,066	
	自己負担日額合計(2割) (円)	1,112	1,370	1,470	1,634	1,804	1,970	2,132	
	自己負担日額合計(3割) (円)	1,668	2,055	2,205	2,451	2,706	2,955	3,198	
	従来型個室								

B 保険外負担分	※区分	第1段階	第2段階	第3段階 ①	第3段階 ②	第4段階
		多床室	居室使用料	0	430	430
	食費	300	600	1,000	1,300	1,445
	自己負担日額合計(円)	300	1,030	1,430	1,730	2,360
従来型個室	居室使用料	380	480	880	880	1,581
	食費	300	390	1,000	1,300	1,445
	自己負担日額合計(円)	680	870	1,880	2,180	3,026

※第1～3段階に該当する方は市町村に申請し、「介護保険負担限度額認定証」の交付を受け、サービスご利用時に窓口へご提出ください。

なお、負担段階の判定、及びその収入金額の判断については市町村の決定に基づきます。

C. 送迎加算(必要に応じ実施) 片道約2,142円又は4,284円もしくは6,426円

(184単位に処遇改善加算、特定処遇改善加算、ベースアップ等支援加算と地域加算を乗じた額の1割から3割)

D. その他(特別食、行事参加費等は、別途料金がかかります)

※端数の処理については、総利用単位数を介護報酬改定に伴い定められた方法で処理を行うため、上記の金額とは多少異なります。

【 お 支 払 い 】

ひと月分の請求書を翌月15日頃にご自宅へ郵送いたします。ご利用月の翌月28日頃に、ご登録いただいた指定金融機関預金口座より、口座振替をさせていただきます。

【 利 用 の 準 備 】

◆◆ 全ての持ち物、衣類にお名前のご記入をお願いします ◆◆

◆ご記名が無い場合は、荷物のお返しがスムーズになるようこちらで記名をさせていただきます◆

- マスク : 常時着用をしていただきます。使い捨てのマスクを利用日数分ご準備ください
- 洗面用具 : 歯ブラシ、歯磨き剤、入歯ケース、コップ(割れないもの)、フェイスタオル、ティッシュペーパー、ヘアブラシ、電気シェーバー等
- 上履き : かかとのあるもので、紐靴でなくマジックテープ止め等のリハビリシューズ等が望ましいです
- 用具 : 使い慣れている補装具、杖、シルバーカー等
- 衣類 : ご利用期間中に必要と思われる枚数
洗濯サービスがありますが、乾燥機にかけますので、縮みやすい素材のものは避けるか、洗濯を希望しない旨をお伝えください。また、利用期間が短い場合は洗濯できないことがあります。
汚れ物用ビニール袋(スーパーの袋)等もご用意ください。
- 紙巾類 : 標準タイプのもの準備があります。好みのものや特殊なものをご使用の場合はご持参下さい。
- 薬 : 利用日数分、1回分毎袋に入れ、服用日と朝・昼・夕及び氏名を記入してください。(別紙参照)
定時薬の他に痒み止め薬、便秘薬、解熱剤、湿布等を必要に応じご持参ください。
(処方されているお薬の説明書を必ずご提示ください。)
- 保険証類 : 介護保険証・介護保険負担割合証・健康保険証・後期高齢者医療被保険者証・
介護保険負担限度額認定証(お持ちの方)のコピーを更新時にご提出下さい。

(注意) 貴重品、金銭等はお持ちにならないことが安心ですが、持参された場合は事務所金庫にお預かりする場合があります。

【 緊 急 時 の 対 応 】

緊急時に備え看護師による24時間連絡体制をとります。日中の緊急時は協力病院の坂戸中央病院への搬送、受診となります。夜間については救急隊に搬送先を依頼します。それ以外にご希望がある場合は必ず事前にご連絡ください。同時に、緊急連絡先は必ず連絡がつくようにお願いします。
また、緊急受診の場合、原則的には病院受診以降はご家族に対応をお願いします。

【 入 所 時 の 対 応 】

入所時の健康状態を把握するため、当日のご本人の体温や過去2週間の体調、同居ご家族の体調等を『入所時チェックシート』にご記入後、提出していただきます。チェックシートは入所当日にお渡しします。発熱や体調不良の症状が見られた場合は、ショートの入所をお控えいただくこともございますのでご了承ください。

【 そ の 他 】

※当サービスを初めてご利用される方は、事前に当事業所に来所頂き、重要事項の説明及び契約を取り交わします。



— お問合せは —
《社会福祉法人シャローム埼玉》
シャローム ショートステイサービス
〒350-0262 埼玉県坂戸市大字新堀1-1
TEL : 049(282)4590 FAX : 049(282)2180
E-mail: shalom7h@nifty.com <http://www.shalom7h.or.jp>
(管理者 : 内野 恭子)