

ショートステイサービス 第二ふるさと苑 里休 重要事項説明書

〈平成30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 0436-74-2525(午前8時30分～午後5時30分まで)

担当 氏名 鳥海武之, 三浦陽子

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 施設の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	ショートステイサービス 第二ふるさと苑 里休		
所在地	市原市能満2073-25		
介護保険指定番号	短期入所生活介護	1272402957	千葉県

(2) 同施設の職員体制 (※併設地域密着型特養含)

	資格	常勤	非常勤	計
管理者(施設長)	施設長資格 社会福祉士	1名		1名
副管理者(介護支援専門員)	介護支援専門員 社会福祉士	1名		1名
生活相談員	社会福祉主事 介護福祉士	1名		1名
医師	医師		3名	3名
看護職員*常勤正看護師	正看護師 介護支援専門員	2名		2名
介護職員 (右記常勤の内、ユニットリーダー4名)	介護福祉士 社会福祉主事 ヘルパー資格等	24名	1名	25名

事務職・介護支援専門員・管理栄養士・機能訓練指導員については、
本体施設の当該職員により入所者の処遇を適切に行うこととするため、上に記載なし。

(3) 同施設の設備の概要 ※地域密着型特養含む

定員	特養29名 ショート10名	医務室	1室
居室	個室 39室 (1室15.00㎡)	共同生活室	4室
	予備室 1室 (1室23.99㎡)	相談室	1室
浴室	多機能浴槽(2ヶ所) 特殊浴槽(1ヶ所)	便所	各ユニット3ヶ所(計12ヶ所) 他ロビー及び各浴室に隣接(計4ヶ所)
		台所	各ユニット1ヶ所(計4ヶ所)

3. サービス内容

- ① 食事
- ② 入浴
- ③ 介護
- ④ 機能訓練
- ⑤ 生活相談
- ⑥ 健康管理
- ⑦ 特別食の提供
- ⑧ 理美容サービス
- ⑨ レクリエーション 等

4. 利用料金

(1) 基本単位

① 併設型ユニット型短期入所生活介護費 (I) (介護保険給付対象)

		個室
ア	要介護1	682
	要介護2	749
	要介護3	822
	要介護4	889
	要介護5	956

* 1日あたりの料金

②加算 (介護保険給付対象)

	1日あたり	備考
イ サービス提供体制強化加算 (I)イ又は (I)ロ又は (II)又は (III)	(I)イ18 (I)ロ12 (II)6 (III)6	(I)イ介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が60%以上の場合加算。(I)ロ介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が50%以上の場合加算。(II)看護・介護職員総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上である場合加算。(III)介護サービスを入所者に直接提供する職員(生活相談員・看護・介護職員・機能訓練指導員)の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上である場合加算。
ウ 夜勤職員配置加算 (II)	18	夜勤帯に介護職員又は看護職員を国が定めた基準に1を加えた数以上配置した場合加算。
エ 送迎加算 (片道)	184	ご利用者の心身の状態、ご家族の事情等からみて送迎を行なうことが必要と認められたご利用者に対して、ご自宅・施設間の送迎を行った場合加算。
オ 機能訓練体制加算	12	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の看護職員を1名以上配置している場合加算。
カ 療養食加算	8/回	栄養士による管理のもと、医師の発行する食事せんに基づき、適切な栄養量及び内容の食事(療養食)を提供した場合加算。*療養食例:糖尿病食, 腎臓病食等 *1日につき3回を限度
キ 看護体制加算 (I)	4	利用者の重度化等に伴う医療ニーズに対応する観点から、常勤の看護師を1名以上配置している場合加算。
ク 看護体制加算 (II)	8	看護職員をご利用者の数が25又はその端数を増すごとに1名以上及び基準数+1以上配置し、更に24時間の連絡体制を確保している場合加算。
ケ 看護体制加算 (III) イ	12	看護体制加算 (I) の算定要件を満たし、前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の70以上である場合加算
コ 看護体制加算 (IV) イ	23	看護体制加算 (II) の算定要件を満たし、前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の70以上である場合加算
サ 認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	医師により、認知症行動・心理症状が認められ在宅生活が困難と判断されたご利用者に対し、緊急的な短期入所生活介護を提供した場合加算(算定は7日間を限度)
シ 若年性認知症利用者受入加算	120	若年性の認知症(40歳以上65歳未満)によって要介護者となった方に対し、個別に担当者を定めサービスを提供した場合に加算 *但し(キ)を算定している場合は加算無

ス	在宅中重度者 受入加算1又は2又は3又は4	(1) 421 (2) 417 (3) 413 (4) 425	短期入所生活介護提供中にご利用者が利用している訪問看護を行なう訪問看護事業所へご利用者の健康上の管理を行なわせた場合加算。(1)看護体制加算(I)のみを、(2)看護体制加算(II)のみを(3)看護体制加算(I)(II)いずれも算定している場合加算。(4)看護体制加算を算定していない場合加算。
セ	医療連携強化加算	58	胃瘻等の経管栄養が行われている利用者等の急変の予測や早期発見のため、看護職員による定期的な巡視を行い、また、協力医療機関を定め、緊急対応に係る取り決めを行い、その方針について利用者から合意を得ている場合加算
ソ	個別機能訓練加算	56	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の看護職員を1名以上配置しており、その機能訓練指導員が3月ごとに1回以上利用者の居宅を訪問し、個別機能訓練計画の作成、見直し等を行っている場合加算
タ	生活機能向上連携加算 *個別機能訓練加算を算定している場合	200/月 100/月	リハビリテーションを実施している医療提供施設等の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師が介護老人福祉施設等を訪問し介護老人福祉施設等の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練(日常動作訓練等)を行っている場合加算
チ	認知症専門ケア加算 (I)	3	・日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上。・認知症介護に係る専門的な研修を修了している物をチームとして専門的な認知症ケアを実施していること・当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催している場合加算
ツ	認知症専門ケア加算 (II)	4	・認知症専門ケア加算(I)の基準のいずれにも適合すること・認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施している・当該施設において介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、計画に従い研修の実施又は研修を予定している場合加算
テ	緊急短期入所受入加算	90	介護者が疾病にかかっている又はその他やむを得ない理由により介護を受けることができない要介護者を一定の条件の下、居宅サービス計画に位置付けられていない緊急利用として受入れた場合加算
ト	介護職員処遇改善加算	上記ア～スの月合計単位×1000分の83/月(小数点以下四捨五入)	介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所生活介護事業所が利用者に対し指定短期入所生活介護サービスを行った場合左記の単位を加算

※上記イ・ウ及びセに関しては、①の短期入所生活介護費と併せて通常の料金に加算されます。

※上記オ～スに関しては、それぞれを実施した場合のみ加算されます。

(注)尚、職員配置等の基準を充たさない場合は加算されません。

(2)その他自己負担となるもの

① 滞在費 ※次頁(3)に記載する「利用者負担段階」に従い設定

併設型

	個室
利用者負担段階	1日あたり
第1段階	820円
第2段階	820円
第3段階	1,310円
第4段階(基準)	1,970円

空床型

	個室
利用者負担段階	1日あたり
第1段階	370円
第2段階	370円
第3段階	370円
第4段階(基準)	840円

※上記「併設型」とは、特養に併設されている短期入所生活介護(ショートステイ)、「空床型」とは併設の特養におけるご利用者様の入院により空床になったベッドをご利用頂いての短期入所生活介護(ショートステイ)となります。

尚、上記の通り、併設型と空床型では滞在費が異なります。

注) 「併設型」がご予約によりご予約をたててご利用頂けるショートステイであるのに比べ、「空床型」は入院の方がいらっしゃる場合にのみ限定的に(急に)ご利用頂けるショートステイとなるため「滞在費」の設定が低くなっています。

② 食費 ※下記(3)に記載する「利用者負担段階」に従い設定

ア. 朝食	290円	利用者負担段階	1日あたり
イ. 昼食(おやつ含)	590円	第1段階	300円
ウ. 夕食	500円	第2段階	390円
※1日あたりの上記計と右表を比較して 少ない方の額を本人負担として請求		第3段階	650円
		第4段階(基準)	1,380円

③ 理・美容代 直接理容師にお支払い頂きます。

④ 特別な食事の提供

⑤ 健康管理費 実費
(インフルエンザ予防接種, 肺炎球菌ワクチン接種等)
※接種をご希望されない場合は予めお申出下さい。

⑥ その他の費用

電気代

ア. テレビ	1台につき1日	50円	
イ. エアマット	1台につき1日	50円	*褥瘡予防
ウ. その他の機器	1台につき1日	50円	

※ご利用者様のご希望によって使用される電化製品等に係る費用。

※テレビは原則持込です。

※エアマットの使用をご希望されない場合は予めお申出下さい。

(3)その他自己負担となる料金の軽減措置

・利用者負担段階による利用限度額の設定

所得の低い方には、滞在費・食費の負担額を低く設定するため、その所得に応じて「利用者負担段階」が設けられ、基準額との差額については、保険給付が行われます。

(詳細については (2)①滞在費、②食費表をご参照下さい。)

尚、利用者負担段階の設定は、以下の通りとなります。

利用者負担段階	対象者
第1段階	・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者 ・生活保護受給者
第2段階	・市町村民税世帯非課税であって合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間80万円以下の方
第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階以外の方
第4段階	・上記以外の方

※下記①②のいずれかに該当する場合は負担軽減の対象外(第4段階)となります。

①配偶者(世帯が同じかどうかは問わない)が市町村民税を課税されている方

②預貯金等の金額が、配偶者がいる方：合計2000万以上、配偶者がいない方：1000万以上

・高額介護サービス費の支給

前頁(1)基本料金(介護保険でいうところの1割負担分)については、その月あたりの合計額が一定の上限額を超えた場合には、超えた分が申請により払い戻される仕組みがあります。

その上限額は、上記「利用者負担段階」と同様の基準で設定されており、詳細は以下の通りとなります。

利用者負担段階	負担の上限額
第1段階	15,000円
第2段階	15,000円
第3段階	24,600円
第4段階	37,200円
現役並み所得相当	44,400円

- ※ 現役並み所得相当とは、同一世帯内に課税所得145万円以上の65歳以上の方がいる場合に対象となります。
- ※ 上記「利用者負担段階」及び「高額介護サービス費」につきましては、どちらも市町村への申請が必要となります。 *詳細は施設までお問い合わせ下さい。

・計算式 *次頁の計算例と併せてご確認ください。(1割負担の方の場合)

◎介護保険給付対象分

$$\begin{aligned}
 & \text{【併設型短期入所生活介護費】} \times \text{利用日数} + \text{【各種加算】} \times \text{利用日数} = \mathbf{A} \\
 & \text{【介護職員処遇改善費】} \quad \mathbf{A} \times 1000 \text{分の} 83 \text{ (四捨五入)} = \mathbf{B} \\
 & \text{地域区分 (地域間に存在する格差を勘案し、1単位の単価に差を設けるための区分) \dots 市原市: 5級地} \Rightarrow \mathbf{10.55 \text{円/1単位}} \\
 & (\mathbf{A} + \mathbf{B}) \times 10.55 \text{円} = \mathbf{C} \text{ (小数点以下切捨て)} \quad * \text{介護保険} 10 \text{割分} \\
 & \mathbf{C} \times 0.9 = \mathbf{D} \text{ (小数点以下切捨て)} \quad * \text{介護保険} 9 \text{割分 (介護報酬)} \\
 & \mathbf{C} - \mathbf{D} = \mathbf{\underline{\underline{① \text{円}}}} \quad * \text{介護保険} 1 \text{割分 (利用者負担分)}
 \end{aligned}$$

◎介護保険給付対象外分

(滞在費+食費+その他の費用) × 利用日数 =

② 円

ひと月のご利用料金
①+② 円

※計算例 (1泊2日、行き帰り送迎でご利用・要介護3、料金軽減無、1割負担の方のご利用料金) テレビを使用されている場合

内 訳		単位/日	利用日数 又は回数	単位/月 単位/日×日数
介護 保険 給付 対象	併設型ユニット型短期入所生活介護費 (I)	822	2	1644
	サービス提供体制強化加算 (II)	6		12
	夜勤職員配置加算 (II)	18		36
	送迎加算 (片道)	184	2	368
	上記小計 …… A [上記4 (1) ア～ス計]			2,060
	介護職員処遇改善加算 …… B <small>上記A×83/1000 *四捨五入</small>			171

左記単位数合計	
(*左記 A+B)	2,231
地域区分*1単位の単価	
市原市 (5級地)	10.55 円

[ご利用者一部負担金]
 *介護保険給付対象分 (小数点以下切捨)
 $(\mathbf{A} + \mathbf{B}) \times 10.55 = 23,537 \quad \mathbf{C}$
 $\mathbf{C} \times 0.9 = 21,183 \quad \mathbf{D}$
 $\mathbf{C} - \mathbf{D} = \mathbf{\underline{\underline{2,354}} \text{円} \text{ ①}}$

内 訳		金額/日	利用日数	金額/月	合計
保険 外	滞在費	1,970	2日	3,940	6,010 …… ②
	その他の費用 (テレビ)	50	2日	100	
	朝食	290	1食	290	
	昼食 (おやつ含)	590	2食	1,180	
	夕食	500	1食	500	

ひと月のご利用料金 (①+②)
8,364 円

*上記計算例は、(3)の減免・軽減措置が適用されない場合の計算です。
 *上記(1)②のオ～セの加算につきましては、発生時のみの加算となるため、計算には含めていません。

※計算例②（1泊2日、行き帰り送迎でご利用・要介護3、利用者負担段階第3段階、1割負担の方のご利用料金
テレビを使用されている場合

内 訳		単位/日	利用日数 又は回数	単位/月 単位/日×日数	
介護 保険 給付 対象 加算	併設型ユニット型短期入所生活介護費（Ⅰ）	822	2	1644	
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	6		12	
	夜勤職員配置加算（Ⅱ）	18		36	
	送迎加算（片道）	184		2	368
	上記小計 …… A [上記4(1)ア～ス計]				2,060
介護職員処遇改善加算 …… B	上記A×83/1000 *四捨五入		171		

左記単位数合計	
(*左記 A+B)	2,231
地域区分*1単位の単価	
市原市(5級地)	10.55 円

〔ご利用者一部負担金〕

*介護保険給付対象分(小数点以下切捨)

(A+B) × 10.55 23,537 **C**

C × 0.9 21,183 **D**

C - D **2,354** 円 ①

内 訳		金額/日	利用日数	金額/月	合計
保険 外	滞在費	1,310	2	2,620	4,020 ……②
	食費	650		1,300	
	その他の費用(テレビ)	50		100	
				0	
				0	

ひと月のご利用料金(①+②)	
6,374 円	

*上記(1)②のオ～セの加算につきましては、発生時のみの加算となるため、計算には含めていません。

*上記計算例は、(2)(3)の減免が適用された場合(第3段階)の計算です。

*食費につきましては、1日目：昼食590円+夕食500円=1,090円 < 650円(第3段階)のため**650円**

2日目：朝食290円+昼食590円=880円 < 650円(第3段階)のため**650円** となり、上記の計算では650円/日の2日分となります。

(4) キャンセル料

入所前にご利用者のご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。

① 入所日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
② 入所日の前日午後5時までにご連絡がなかった場合	780円

(5) 利用中の中止

利用途中にサービスを中止して退所する場合、退所日までの日数を基に計算します。

※ 以下の場合に、利用途中でもサービスを中止する場合があります。

- ・ご利用者が中途退所を希望した場合
- ・入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・ご利用中に体調が悪くなった場合
- ・他のご利用者の生命または健康に重大な影響をあたえる行為があった場合

(5) 介護保険負担割合

- ・利用者負担割合の設定

上記①介護福祉施設サービス費及び②加算合計分(以下介護保険給付対象分)の**1割**。

合計所得金額が160万円以上(単身で年金収入のみの場合、年収280万円以上)の方は、介護保険給付対象分の**2割負担**となります。

※ ただし、世帯の65歳以上の方の年金収入とその他の合計所得金額の合計が単身で280万円、2人以上の世帯で346万円未満の場合は1割負担になります。

(6) 支払方法

当月のご利用料金の合計額を記載した請求書を、翌月15日までに送付、原則同25日に郵便局通帳からの自動払込にてお支払頂きます。

尚、料金の支払を受けた後、ご利用者に対し領収証を発行致します。

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、お電話等でお申し込みください。

* 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ご相談ください。

(2) サービス利用契約の終了

① 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。

② 自動終了

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。

- ・ ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ ご利用者がお亡くなりになった場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けているご利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)又は要支援1, 2と認定された場合

③ その他

・ ご利用者が、サービス利用料金の支払を1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、ご利用者やご家族などが、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者若しくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合、または、やむを得ない事情により施設を閉鎖もしくは縮小する場合は、7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頂くことがございます。なお、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

ショートステイサービス 第二ふるさと苑 里休は、ご利用者が可能な限り、その居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用者の心身の機能の維持並びにご家族の身体的及び精神的軽減を図るよう支援し、総合的なサービスの提供に努める。

(2) 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 面会 特に制限はありません。
- ・ 外出、外泊 なるべく事前にお届けください。(緊急時を除く)
- ・ 飲酒、喫煙 指定場所にてお願い致します。
- ・ 金銭、貴重品の管理 原則、お預かりできません。

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、【契約書別紙】にご記入頂きました「主治医」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。

8. 非常災害対策

- ・ 防災時の対応 非常通報装置完備
- ・ 防災設備 スプリンクラー, 室内消火栓, 消火器, 火災報知器
- ・ 防災訓練 定期的に避難訓練を行う
- ・ 防火責任者 施設長 西川 章久

9. 身体拘束の廃止

- 1、施設は、介護サービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を行わない。
- 2、施設は、身体拘束を行う場合には、次の手続きにより行う
 - (1)身体拘束廃止委員会を設置する。
 - (2)「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる内容、時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録する。
 - (3)利用者又は家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討する。

10. サービス内容に関する相談・苦情

当施設ご利用者相談・苦情担当	電話	0436-74-2525	0436-75-2525
苦情解決責任者	施設長	西川 章久	
苦情受付担当者	事務長	石原 聡	
〃	事務次長	平野 剛	
	副管理者	鳥海 武之	
	ユニットリーダー	阿部 政利	
	ユニットリーダー	三浦 陽子	

11. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 市原福社会	
代表者役職・氏名	理事長 西川 章久	
本部所在地・電話番号	市原市能満字上小貝塚1925-282	0436-75-2525
関連事業	1、はくちょう保育園 2、特別養護老人ホームふるさと苑 3、デイサービスセンターふるさと苑 4、在宅介護支援センターふるさと苑 5、ショートステイサービスふるさと苑 6、デイサービスセンター里の家 7、特別養護老人ホーム 第二ふるさと苑 里休	

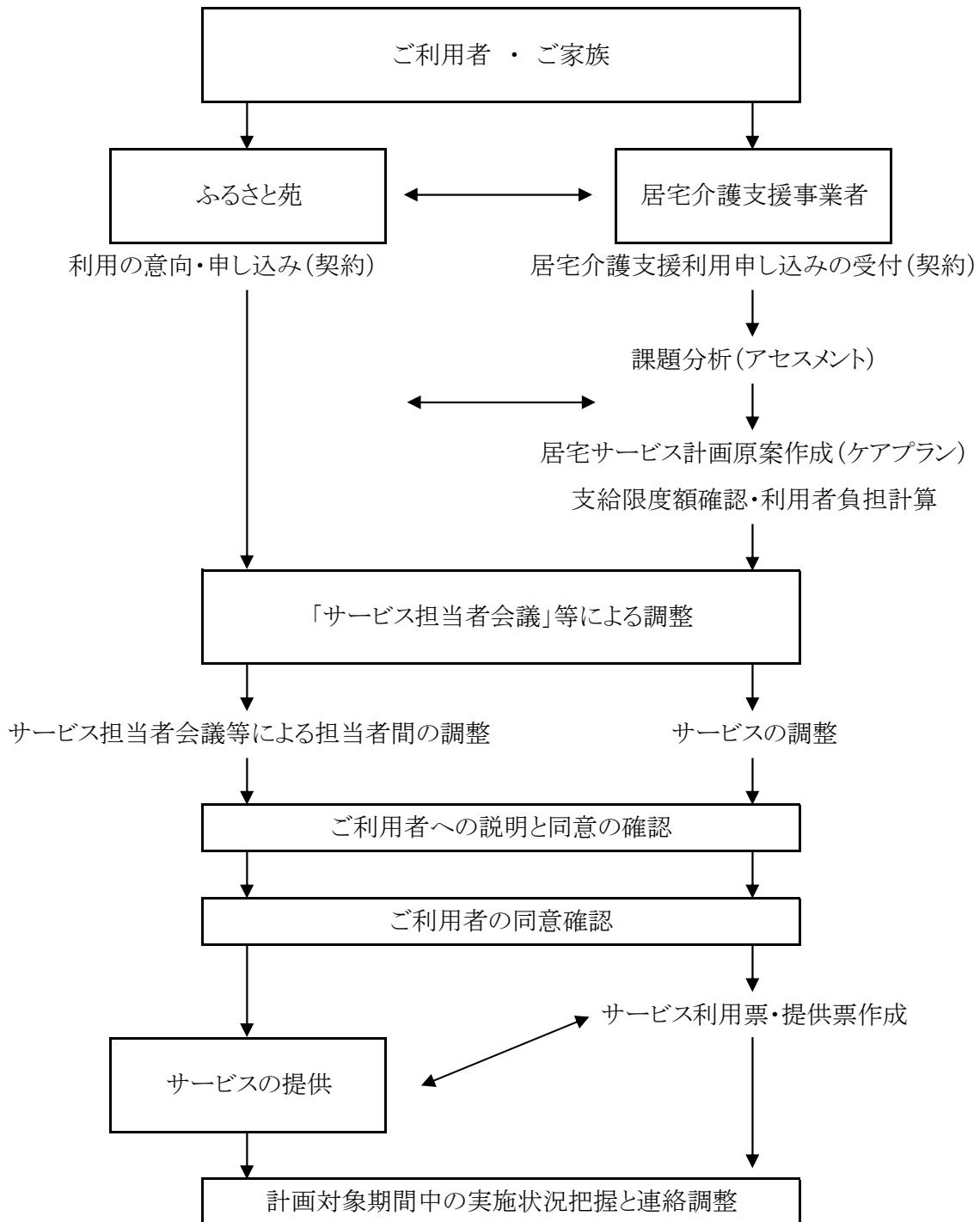
12. 注意事項

サービスの提供を円滑に行う為、下記の事項に同意の上、ご記名ご捺印下さい。

(1) 秘密保持等に関して

当事業所との間における個人情報の秘密保持等に関しご理解の上、サービス担当者会議等において、契約期間中、利用者個人及び家族等の個人情報を有効に用いさせて頂くことを御了承下さい。

※情報交換等の流れ



短期入所生活介護ご利用にあたり、ご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 市原市能満字上小貝塚1925-282
名称 社会福祉法人 市原福社会
理事長 西川章久 印

説明者 所属
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

代理人 住所
氏名 印
続柄

※上記代理人と異なる場合のみ、下記の欄にご記入下さい。

記入者 住所
氏名 印
続柄