

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

< 令和 7年 7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 阿部政利, 押垂順子

* 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) | 介護支援専門員 社会福祉主事 | 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 | 正・准看護師 | 2名 | | 2名 |
| 介護職員 (右記常勤の内、エトリリーダー4名) | 介護福祉士 社会福祉主事 ヘルパー資格等 | 23名 | | 23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 | 共同生活室 | 4室 |
| | 予備室 | 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) |

(4) 協力医療機関

| | |
|---------|-------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人社団 千寿雅会 長谷川病院 |
| 所在地 | 市原市八幡115-1 |
| 診療科 | 外科 ・ 内科 ・ 胃腸科 |

3. サービス内容

| | |
|----------|--|
| 食事 | 朝食 7:30～ 昼食 11:30～ 夕食 17:30～ 原則、食堂にておとりいただきます。 |
| 入浴 | 原則として、週に最低2回入浴していただけます。 |
| 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。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事介助 ・ 着替え介助 ・ 排泄介助 ・ おむつ交換 ・ 施設内の移動の付添い ・ 体位変換 ・ シーツ交換 <p style="text-align: right;">等</p> |
| 機能訓練 | ユニットの共同生活室にて機能回復訓練を行います。 |
| レクリエーション | 当苑では、年間を通じてお誕生会や四季に応じてバスハイキング、又サークル活動をしております。尚、毎月保育園児や幼稚園児との世代間交流も行います。詳しくは月間予定表をご覧ください。 |
| 健康管理 | 看護職員が健康管理を行います。 |
| 理美容 | 当施設では理容サービスを実施しております。料金は別途かかります。 |

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 | 704 |
| | 要介護2 | 772 |
| | 要介護3 | 847 |
| | 要介護4 | 918 |
| | 要介護5 | 987 |

* 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） | 22 | 以下のいずれかに該当すること ①介護福祉士80%以上 ②勤続10年以上介護福祉士35%以上 ※介護福祉士に関する要件は、「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者に直接サービスを提供する職員の総数に占める7年(一部3年)以上勤続職員の割合」である。 |
| | サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 18 | 介護福祉士60%以上 ※介護福祉士に関する要件は、「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者に直接サービスを提供する職員の総数に占める7年(一部3年)以上勤続職員の割合」である。 |

| | | | |
|---|----------------------|--------------------------|--|
| イ | サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 6 | 以下のいずれかに該当すること ①介護福祉士50%以上 ②常勤職員75%以上 ③勤続7年以上30%以上 ※介護福祉士に関する要件は、「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者に直接サービスを提供する職員の総数に占める7年(一部3年)以上勤続職員の割合」である。 |
| 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。 |
| | 夜勤職員配置加算(Ⅳ) | 20 | 夜勤職員配置加算(Ⅱ)の算定要件を満たし、夜勤時間帯を通じて、看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる職員を配置している場合加算 |
| 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(サ)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 (Ⅰ) | 100/月 | <ul style="list-style-type: none"> ・訪問・リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等や医師からの助言を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。 ・理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。 <p>※3月に1回を限度。</p> |
| チ | 生活機能向上連携加算 (Ⅱ) *個別機能訓練加算を算定している場合 | 200/月 100/月 | 訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定。 |
| ツ | 認知症専門ケア加算 (Ⅰ) | 3 | <ul style="list-style-type: none"> ・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者、または、認知症ケアに関する専門性の高い看護師を配置し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開催している場合加算 |
| テ | 認知症専門ケア加算 (Ⅱ) | 4 | <ul style="list-style-type: none"> ・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、または、認知症ケアに関する専門性の高い看護師を配置し、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 |
| ト | 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 |
| ナ | 看取り連携体制加算 | 64 | <ul style="list-style-type: none"> ・次のいずれかに該当すること (1)看護体制加算(Ⅱ)又は(Ⅳ)イ若しくはロを算定していること (2)看護体制加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)イ若しくはロを算定しており、かつ、短期入所介護事業所の看護職員により、又は病院、診療所、訪問看護ステーション若しくは本体施設の看護職員との連携により24時間連絡できる体制を確保していること。 ・看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。 <p>*死亡日及び死亡日以前30日以下について、7日を限度。</p> |
| ニ | 口腔連携強化加算 | 50/回 | <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回に限り所定単位数を加算する。 ・事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科報酬の歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該事業者からの相談に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。 |
| ヌ | 生産性向上推進体制加算 (Ⅰ) | 100/回 | <ul style="list-style-type: none"> ・(Ⅱ)の要件を満たし、(Ⅱ)のデータにより業務改善の取組による成果(*1)が確認されていること。 ・見守り機器等のテクノロジー(*2)を複数導入していること。 ・職員間の適切な役割分担(いわゆる介護助手の活用等)の取組等を行っていること。 ・1年以内毎に1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンラインによる提出)を行うこと。 |
| ネ | 生産性向上推進体制加算 (Ⅱ) | 10/回 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に質する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。 ・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。 ・1年以内毎に1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンラインによる提出)を行うこと。 |

| | | | |
|---|--------------------------|----------------|--|
| ノ | 長期利用者に対して短期入所生活介護を提供する場合 | 1日につき30単位を減算 | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等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介護老人福祉施設が、入所者に対し、指定介護福祉施設サービスを行った場合においては、左記の単位を減算する。 |
| ハ | 業務継続計画未実施減算 | 所定単位数の1.0%を減算 | 以下の基準に適合していない場合。 ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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)を策定すること。 ・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。 |
| ヒ | 高齢者虐待防止措置未実施減算 | 所定単位数の1.0%を減算 | 虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合 ・虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。 ・虐待の防止のための指針を整備すること。 ・従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。 ・上記措置を適切に実施するための担当者をおくこと。 |
| フ | 身体拘束廃止未実施減算 | 所定単位数の1.0%を減算 | 身体拘束等の適正化を図るため、以下の措置が講じられていない場合。 ・身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。 ・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。 ・身体拘束廃止等の適正化のための指針を整備すること。 ・介護職員及びその他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。 |
| ヘ | 介護職員等処遇改善加算(I) | 所定単位数の14.0%を加算 | 介護職員等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。算定要件は下記の通り。 (I).加算(II)に加え、経験技能のある介護職員を事業所内で一定の割合以上配置していること。 (II).加算(III)に加え、賃金改善後の賃金年額440万円以上の職員を1人以上配置。また、職場環境の更なる改善、見える化を行うこと。 (III).加算(IV)に加え、資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みを整備していること。 (IV).加算(IV)の2分の1以上を月額賃金で配分。また、職場環境の改善(職場環境等要件)。賃金体系等の整備及び研修の実施等を行っていること。 |
| | 介護職員等処遇改善加算(II) | 所定単位数の13.6%を加算 | |
| | 介護職員等処遇改善加算(III) | 所定単位数の11.3%を加算 | |
| | 介護職員等処遇改善加算(IV) | 所定単位数の9.0%を加算 | |

※上記イ・ウ及びびへに関しては、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。

※上記エ～ネに関しては、それぞれを実施した場合のみ加算され、通常は加算されません。

※上記ノ～フに関しては、それぞれに該当した場合のみ減算されます。

※所定単位数とは、上記処遇改善加算以外のひと月の利用単位数(加算を含めた介護保険給付対象の単位数)の合計となります。

(注)尚、いずれの加算も職員配置等の基準を充たさない場合は請求致しません。

(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 空床型

| | 個室 |
|----------|--------|
| 利用者負担段階 | 1日あたり |
| 第1段階 | 880円 |
| 第2段階 | 880円 |
| 第3段階①② | 1,370円 |
| 第4段階(基準) | 2,066円 |

| | 個室 |
|----------|-------|
| 利用者負担段階 | 1日あたり |
| 第1段階 | 430円 |
| 第2段階 | 430円 |
| 第3段階①② | 430円 |
| 第4段階(基準) | 915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った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 | 320円 | 利用者負担段階 | 1日あたり |
| イ. 昼食(おやつ含) | 610円 | 第1段階 | 300円 |
| ウ. 夕食 | 515円 | 第2段階 | 390円 |
| | | 第3段階① | 1,000円 |
| | | 第3段階② | 1,300円 |
| | | 第4段階(基準) | 1,445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

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. 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。

(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。

| | | |
|---------------|--|--------------------------------------|
| 第1段階 | 世帯全員が市民税非課税で、老齢福祉年金受給者 生活保護受給者 | 預貯金等が1,000万円以下の方 (夫婦で2,000万円以下の方) |
| 第2段階 | 世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が80万円以下の方 | 預貯金等が650万円以下の方 (夫婦で1,650万円以下の方) |
| 第3段階(1) | 世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が80万円超120万円以下の方 | 預貯金等が550万円以下の方 (夫婦で1,550万円以下の方) |
| 第3段階(2) | 世帯全員が市民税非課税の方で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が120万円を超える方 | 預貯金等が500万円以下の方 (夫婦で1,500万円以下の方) |
| 第4段階 (非該当) | 本人が市民税非課税で世帯員に市民税課税者がいる方 本人が市民税課税の方 配偶者が市民税課税の方(世帯が分離している配偶者を含む) | 利用者負担段階に応じた上記資産要件を満たさない方 |

※「その他の合計所得金額」とは、合計所得金額から公的年金等の雑所得と長期譲渡所得・短期譲渡所得の特別控除額を控除した金額を指します。また、給与所得が含まれる場合、給与所得(給与所得と年金の雑所得の双方を有する方に対する所得金額調整控除が行われている場合には、その控除前の金額)については、10万円を控除した額(ただし、控除後の合計額が0円を下回る場合は0円)とします。

※年金収入額は、遺族年金、障害年金等の非課税年金を含みます。

※第2号被保険者(65歳未満)の方の資産要件は1,000万(夫婦で2,000万)円以下となります。

・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。

| 区分 | 負担の上限（月額） |
|--|------------------------------|
| 課税所得690万円（年収約1160万円）以上 | 140,100円（世帯※1） |
| 課税所得380万円（年収約770万円） ～課税所得690万円（年収約1160万円）未満 | 93,000円（世帯） |
| 市区町村税課税 ～課税所得380万円（年収約770万円）未満 | 44,400円（世帯） |
| 世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方 | 24,600円（世帯） |
| 世帯の全員が市区町村民税を課税されておらずかつ、前年の合計所得金額と公的年金収入額の合計が年間80万円以下の方等 | 24,600円（世帯） 15,000円（個人※1） |
| 生活保護を受給している方等 | 15,000円（個人） |

※ 世帯とは、住民基本台帳上の世帯員で、介護サービスを利用した方全員の負担の合計の上限額を指し、個人とは、介護サービスを利用したご本人の負担の上限額を指します。

例えば、世帯の自己負担の上限が月24,600円の世帯で1か月間の自己負担の合計が35,000円となった場合、差額の10,400円が払い戻されます。

※ 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 *計算例と併せてご確認下さい。（1割負担の方の場合）

◎介護保険給付対象分

$$\text{【併設型短期入所生活介護費】} \times \text{利用日数} + \text{【各種加算】} \times \text{利用日数} = \mathbf{A}$$

$$\text{【介護職員等処遇改善加算】} \quad A \times 14\% \text{（四捨五入）} = \mathbf{B}$$

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） … 市原市：5級地 ⇒ **10.55円/1単位**

$$(A+B) \times 10.55 \text{円} = \mathbf{C} \text{（小数点以下切捨て）} \quad * \text{介護保険10割分}$$

$$\mathbf{C} \times 0.9 = \mathbf{D} \text{（小数点以下切捨て）} \quad * \text{介護保険 9割分（介護報酬）}$$

$$\mathbf{C - D} = \underline{\underline{\mathbf{① \text{円}}}} \quad * \text{介護保険 1割分（利用者負担分）}$$

◎介護保険給付対象外分

$$\text{（滞在費+食費+その他の費用）} \times \text{利用日数} =$$

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） | 847 | 2 | 1694 | |
| | サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 22 | | 44 | |
| | 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 | | | | 2,142 |
| | 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） …… B | | | 上記A×14% *四捨五入 | 300 |

| | |
|----------------------|------------------|
| 左記単位数合計 | |
| (*左記 A+B) | 2,442 |
| 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 | 25,763 C |
| C × 0.9 | 23,186 D |
| C - D | 2,577 円 ① |

| 内 訳 | 金額/日 | 利用日数 | 金額/月 | 合計 |
|---------|-------------|-------|------|-------|
| 保険 外 | 滞在費 | 2,066 | 2日 | 4,132 |
| | その他の費用(テレビ) | 50 | 2日 | 100 |
| | 朝食 | 320 | 1食 | 320 |
| | 昼食(おやつ含) | 610 | 2食 | 1,220 |
| | 夕食 | 515 | 1食 | 515 |
| | | | | |

| | |
|----------------|--|
| ひと月のご利用料金(①+②) | |
| 8,864 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～ネ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、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） | 847 | 2 | 1694 | |
| | サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 22 | | 44 | |
| | 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 | | | | 2,142 |
| | 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） …… B | | | 上記A×14% *四捨五入 | 300 |

| | |
|----------------------|------------------|
| 左記単位数合計 | |
| (*左記 A+B) | 2,442 |
| 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 | 25,763 C |
| C × 0.9 | 23,186 D |
| C - D | 2,577 円 ① |

| 内 訳 | 金額/日 | 利用日数 | 金額/月 | 合計 |
|---------|-------------|-------|------|------------------|
| 保険 外 | 滞在費 | 1,370 | 2日 | 2,740 |
| | 食費 *1日目 | 1,000 | 2 | 1,000 |
| | 食費 *2日目 | 930 | | 930 |
| | その他の費用(テレビ) | 50 | | 100 |
| | | | | 0 |
| | | | | 4,770 ……② |

| | |
|----------------|--|
| ひと月のご利用料金(①+②) | |
| 7,347 円 | |

*上記(1)②のオ～ネ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610円＋夕食515円＝1,125円＞1,000円(第3①段階)のため**1,000円**
2日目：朝食320円＋昼食610円＝930円＜1,000円(第3①段階)のため**930円** となり、上記の計算では
1,000円＋930円＝1,930円となります。

(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

上記の場合で、必要な場合は、ご家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治の医師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。

(6) 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。

(7) 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 なるべく事前にお届けください。（緊急時を除く）
- ・飲酒、喫煙 飲酒:指定の場所・時間にてお願い致します。 喫煙:全館禁煙です。
- ・金銭、貴重品の管理 原則、お預かりできません。
個人で金銭・貴重品をお持ちになる場合は自己管理の範囲内をお願い致します。
但し、その場合、施設では破損・紛失等の責任は負いかねますのでご了承下さい。
- ・ご利用者又はそのご家族は、体調の変化があった際には施設の職員にご一報下さい。
- ・ご利用者は、施設内の機械及び器具を利用される際は、必ず職員にお声掛け下さい。
- ・施設内での金銭及び食物等のやりとりはご遠慮下さい。
- ・職員に対する贈物や飲食のもてなし等はお受けできません。

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、【お尋ねしたいこと】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 **理事長** 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

- | | | |
|-----------|-------|-------|
| ① 苦情解決責任者 | 施設長 | 石原 聡 |
| 苦情受付担当者 | 事務次長 | 平野 剛 |
| 〃 | 生活相談員 | 阿部 政利 |

- ② 別紙「サービス内容に関するご相談・苦情窓口一覧」参照

11. 当法人の概要

| | | |
|------------|--|--------------|
| 名称・法人種別 | 社会福祉法人 市原福祉会 | |
| 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1925-282 | 0436-75-2525 |
| 関連事業 | 1、はくちよう保育園 2、特別養護老人ホームふるさと苑 3、在宅介護支援センターふるさと苑 4、ショートステイサービスふるさと苑 5、デイサービスセンター里の家 6、特別養護老人ホーム 第二ふるさと苑 里休 7、ショートステイサービス第二ふるさと苑 里休 8、市原市地域包括支援センターふるさと | |

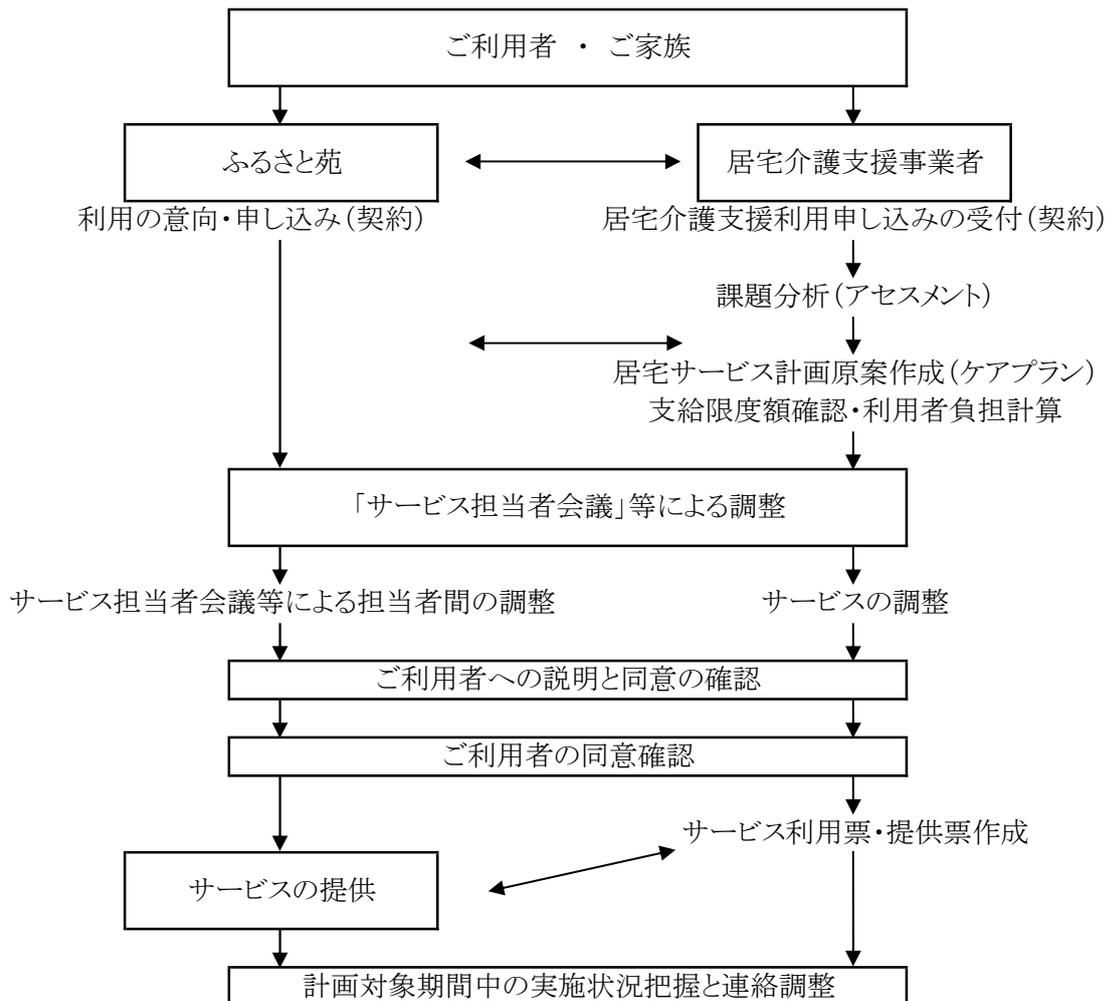
12. 注意事項

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



(2) 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従事者教育を行います。

13.損害賠償について

当施設において、施設の責任により入所者に生じた損害については、施設はその責任の範囲においてその損害を賠償します。ただし、その損害の発生については、入所者が故意または過失が認められる場合には、その程度に応じて施設の損害賠償責任は軽減されます。

14.高齢者虐待防止について

当施設は、入所者等の人権擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ①虐待防止に関する責任者を選定しています。【虐待防止に関する責任者】施設長西川章久
- ②成年後見制度の利用を支援します。
- ③苦情解決体制を整備しています。
- ④従業者に対する人権擁護・虐待防止を啓発するための研修を実施しています。
- ⑤従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者が入所者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- ⑥サービス提供中に、当施設の従業者又は養護者(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入所者を発見した場合は、速やかにこれを市町村等に通報します。

15.事故発生の防止及び事故発生時の対応について

- ①事故が発生した場合の対応を定めた事故発生防止のための指針(マニュアル)を整備します。
- ②事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実を報告し、その分析を通じた改善策についての研修を従業者に対し定期的に行います。
- ③事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行います。
- ④施設は、入所者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、入所者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- ⑤施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
- ⑥施設は、入所者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

16.衛生管理等について

- ①施設の用に供する施設、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、衛生上必要な措置を講じます。
- ②施設において感染症の発生又はまん延しないように必要な措置を講じるとともに、食中毒及び感染症の発生防止するための措置等について、必要に応じて保健所等の助言・指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

17.ハラスメントについて

ハラスメントに関する事業者の取り組みとして、職場内でのハラスメント対策を行う。

利用者、家族または身元保証人等から、事業所及びそのサービス従事者、その他関係者に対し、故意に暴力や暴言等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合はサービス利用を一時中止もしくは契約を解除します。

18.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の提供を継続的に実施するための計画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に行います。
- 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。

19.第三者評価の実施状況について

実施の有無 無 (直近3年間は実施無)

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1925-282
名称 社会福祉法人 市原福祉会
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同意しました。

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