

当施設は介護保険の指定を受けています。
(事業者番号 第 2870804107 号)

当施設はご契約者に対し指定短期入所生活介護サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 施設運営法人

- | | |
|---------------------|---------------------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人みかり会 |
| (2) 法人所在地 | 南あわじ市松帆高屋乙 192 番地 |
| (3) 電話番号及び F A X 番号 | 電話番号 0799-36-2344 FAX 番号 0799-36-3501 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 谷 村 誠 |

2. ご利用施設の概要

- | | |
|--------------|---|
| (1) 建物の構造 | 鉄筋コンクリート造 5 階建 |
| (2) 建物の延べ床面積 | 2,904.99 m ² |
| (3) 施設の周辺環境 | 世界最大級の「明石海峡大橋」の入り口、垂水インター東に位置し、家庭的な雰囲気の認定こども園に併設している。 |
| (4) 設立年月日 | 平成 31 年 4 月 1 日 |

3. ご利用施設

- | | |
|-----------|--|
| (1) 施設の種類 | 指定短期入所生活介護
平成 31 年 4 月 1 日 事業者番号 第 2870804107 号
※当事業所は小規模特別養護老人ホーム花の森に併設されています。 |
| (2) 施設の目的 | 指定短期入所生活介護は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。 |

この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし且つ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。

- (3) 施設の名称 花の森ショートステイ
- (4) 施設の所在地 兵庫県神戸市垂水区名谷町 1941-1
- 交通機関 【最寄り駅】 ・ 神戸市西神・山手線 名谷駅 山陽バス約 12 分
「中山西口」下車徒歩約 4 分
・ 神戸市西神・山手線 学園都市駅 山陽バス約 12 分
「中山西口」下車徒歩約 4 分
・ J R 山陽本線 垂水駅 山陽バス約 15 分
「中山西口」下車徒歩約 4 分
- 【その他交通】 ・ 第二神明道路「名谷」IC. より車で約 5 分
- (5) 電話番号及び F A X 番号 電話番号 078-791-0608 F A X 番号 078-791-0609
- (6) 施設長（管理者）氏名 長友 幹夫
- (7) 当施設の介護理念
一人として尊ばれ、共に生きる空間で心豊かに暮らす—
「科学的介護」の実践を念頭におき、ご利用者がそれぞれに歩んでこられた人生の歴史を
尊重し、心に寄り添います
- (8) 開設（サービス開始）年月 平成 31 年 4 月 1 日
- (9) 入所定員 10 人

4. 施設利用対象者

- (1) 当事業所を利用できるのは、介護保険制度における要介護認定の結果、要介護 1 以上と認定された方が対象となります。
- また、利用時において「要介護」の認定を受けておられる者であっても、将来「要介護」認定者でなくなった場合には、契約終了となります。
- (2) 入所契約の締結前に、事業者から感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出をお願いする場合があります。
- このような場合には、ご契約者は、これにご協力下さるようお願いいたします。

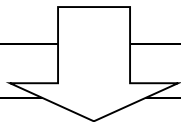
5. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合は、その内容を踏まえ、入所後作成する「短期入所生活介護計画（ケアプラン）」（以下ケアプラン）で定めます。

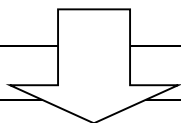
契約締結から「短期入所生活介護計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。

（契約書第 3 条参照）

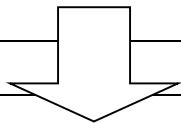
① 当施設の介護支援専門員（ケアマネジャー）にケアプランの
原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。



② その担当者はケアプランの原案について、ご契約者及びその
家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。



③ ケアプランは、6 か月に 1 回、もしくはご契約者及びその家
族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必
要のある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して、ケアプラン
を変更します。



④ ケアプランが変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、そ
の内容を確認して頂きます。



6. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室はユニット型で、全て1人部屋です。

居室・設備の種類	室数	備考
個室	10 室	電動ベッド、キャビネット
リビング ダイニング	1 ユニット	テーブル、椅子、テレビ
キッチン	1 ユニット	
浴室	2 室	一般浴槽（リフト）、 特殊浴槽(大)4 階

☆居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族と協議のうえ決定するものとします。

☆居室に関する特記事項

全室 トイレ・洗面台付き、冷暖房完備、ナースコール完備

7. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉 職員の配置については、指定基準を遵守しています。〉

職種	配置人員	指定基準
1. 施設長（管理者）	1 名	1 名
2. 介護職員	23 名	13 名
3. 生活相談員	1 名	1 名
4. 看護職員	(5 名)	(1 名)
5. 機能訓練指導員	1 名	1 名
6. 介護支援専門員	(1 名)	(1 名)
7. 医師	(1 名)嘱託	(1 名)
8. 栄養士	1 名	1 名

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤務体制
1. 医師	-
2. 生活相談員	毎日 9:00～18:00
3. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 7:30～ 9:00 6名 日中：10:00～16:30 14名 17:00～19:00 6名 夜間：20:00～ 7:00 2名
4. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中： 9:00～17:00 1名

〈配置職員の職種〉

生活相談員	…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
介護職員	…ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談援助等を行います。
看護職員	…主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護・介助等も行います。
機能訓練指導員	…ご契約者の機能訓練を担当します。看護師がかねる場合もあります。
介護支援専門員	…ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。 生活相談員が兼ねる場合もあります。

8. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- 1 利用料金が介護保険から給付される場合があります。
- 2 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、利用料金の7～9割のいずれかが介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①食事

- ・当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床し食堂にて食事をとって頂くことを原則としていますが、当日の体調やご希望により、食事場所を選択していただくことが可能です。

（食事時間）

下記の間のお好きな時間に食事をとっていただくことができます。

朝食：7：30 ～ 9：00 昼食：11：30 ～ 13：00 夕食：17：30～19：00

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

⑦定例行事及び全員参加するレクリエーション

〈サービス利用料金（１日あたり）〉 （契約書第７条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と滞在費及び食費の合計金額をお支払い下さい。

（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

サービス利用料金表（別紙－１）

〈ユニット型個室の場合〉

別紙－１

なお、保険者（市区町村）への申請により介護保険負担限度額の認定を受けている方は、所得に応じて利用者負担の軽減措置がありますので、実際に負担していただく額は、以下の表のとおりとなります。

介護保険負担限度額認定者のサービス利用料金（別紙－１）

〈ユニット型個室の場合〉

利用者負担第１段階： 別紙－１

利用者負担第２段階： 別紙－１

利用者負担第３段階： 別紙－１

※ 別途、該当する場合に別紙－１（２）の加算を算定します。

- ☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- ☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額を介護保険から払い戻す手続きをとっていただくことになります（償還払い）。
償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ☆ ご契約者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額については別表と異なることがあります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第５条、第７条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①契約者が使用する居室料

ご契約者が利用するユニット型個室を提供します。

利用料金：居室に係る料金は、別紙－1 料金表による

②契約者の食事の提供

ご契約者の栄養状態に適した食事を提供します。

利用料金：食費に係る料金は、別紙－1 の料金表による

③特別な食事の提供

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：特別な食事のために要した追加の費用

④テレビ使用料

ご契約者の希望に基づいて、利用する居室内にテレビを持ちこむことができます。

利用料金：1 日あたり 1 0 0 円（上限 1, 5 0 0 円）

⑤理髪・美容

月に 1 回、理容師・美容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

利用料金：1 回あたり 2, 0 0 0 円

⑥レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ 活動に参加していただくことができます。

利用料金：無料（※ただし、外出・外食の企画内容により実費あり）。

※ 主なレクリエーション行事予定

月	行事とその内容
1 月	お正月（おせち料理をいただき、新年をお祝いする。）、初詣
2 月	節分（施設内で豆まきを楽しむ。）
3 月	ひなまつり（白酒で桃の節句を祝い、雛人形の前で記念撮影。）
4 月	花見（桜見物へ出掛ける等。）
5 月	お楽しみ行事（職員による多彩な企画を楽しむ。）
6 月	おたのしみ会（保育園児や生活介護利用者との楽しい一時を過ごす。）
7 月	七夕行事（七夕の日を祝い、保育園児や生活介護利用者で交流。）
8 月	夏祭り（ボランティア等を交えて踊りと屋台で夏の一時を楽しむ。）
9 月	敬老祝賀会（職員他の歌や演芸で入所者の健康と長寿を祝う。）
10 月	ハロウィン交流（ハロウィンの仮装をして、保育園児との交流を楽しむ。）
11 月	紅葉狩り（秋の紅葉を楽しむ。）
12 月	クリスマス（保育園児を招き、職員扮する Santa よりプレゼントをもらう。） もちつき大会（保育園児と共に、ボランティアの皆様によるきねつき）

○誕生日会：毎月個別に実施いたします。

⑧複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録その他の複写物を必要とする場合には実費相当分として下記の金額をご負担いただきます。

1枚につき 10円

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

☆経済状況の変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。

その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記の料金は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月27日(土日祝日の場合は翌営業日)に金融機関よりの引き落としと致します。預金者停止等の理由で引き落としできない場合は窓口での現金支払いと致します。

(4) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。又、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

① 協力医療機関

医療機関の名称	名谷病院	神戸徳洲会病院
所在地	神戸市垂水区名谷町字梨原 2350-2	神戸市垂水区上高丸 1 丁目 3-10
診療科	内科、外科、整形外科、循環器内科、泌尿器科、脳神経科ほか	内科、外科、整形外科、循環器内科、消化器科、泌尿器科、脳神経科ほか

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	水谷歯科クリニック
所在地	神戸市垂水区名谷町 1 7 8 6 - 1 セントラルコート名谷 1 F

9. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了します。（契約書第17条参照）

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第18条、第19条参照）

契約の有効期間内であっても、ご契約者から当施設に契約解除を申し出ることができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約・解除届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご契約者が入院された場合
- ③ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 20 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結に際して、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 6 か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為(ハラスメントを含む)を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④契約者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、あるいは、契約者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合。

10. 苦情の受付について（契約書第 22 条参照）

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情受付担当者

〔氏名・職名〕 石田 敬子 生活相談員
赤木 美由紀 ユニットリーダー
受付時間 毎週月曜日～金曜日 9：00～18：00
TEL 078-791-0608

○ 第三者委員

〔氏 名〕 山口 勇樹 様 （淡路地区）
〔電話番号〕 090-6550-2344

○ 第三者委員

〔氏 名〕 総毛 秀子 様 （神戸地区）
〔電話番号〕 090-6604-0939

○ 苦情解決責任者

〔氏名〕 長友 幹夫
TEL 078-791-0608
〔職名〕 管理者

なお、苦情の受付窓口は受付担当者となります。また、第三者委員も直接苦情を受け付ける事が出来ます。さらに第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○ 国民健康保険 団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号 (078) 332-5617 FAX番号 (078) 332-5650 受付時間 8：45～17：15 平日（年末年始除く）
○ 神戸市保健福祉 局高齢福祉部 介護指導課	所在地 神戸市中央区加納町6-5-1 神戸市役所1号館3階 電話番号 (078) 322-6326 FAX番号 (078) 322-6762 受付時間 8:45～12:00、13:00～17:30 平日（年末年始除く）
○ 神戸市消費 生活センター	所在地 神戸市中央区橘通3-4-1 神戸市立総合福祉センター5階 電話番号 (078) 371-1221 受付時間 8：45～17：30 平日（年末年始除く）

11. サービス提供における事業者の義務（契約書第 10 条、第 11 条参照）

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご契約者から聴取、確認します。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、運営規程に基づいて定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5 年間保管するとともに、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
ただし、複写費用については、重要事項説明書記載のコピー代をいただきます。
- ⑤ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録に記載する等、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- ⑥事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はその家族に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。ただし、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、ご契約者の円滑な退所のために援助を行う際に、情報提供を必要とする場合にはご契約者の同意を得ておこないます。

12. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

入所にあたり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。

普段着、寝間着、下着、洗面用具、タオル、履物、入れ歯、義眼、義足

その他ご本人が大切にされている所持品

※上記以外の物につきましては、都度ご相談に応じます。

(2) 面会

面会時間 9：00～18：00 来訪者は、必ずその都度職員に届け出面会簿にご記入下さい。

予約制ですので、前日までに事前にご連絡ください。

(3) 食事

食事が不要な場合は、5日前までに申し出下さい。

5日前までに申し出があった場合には、前記8(1)（サービス利用料金表記載参照）に定める「食事に係る自己負担額」は徴収しません。

(4) 施設・設備の使用上の注意（契約書第12条・第13条参照）

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

○当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

(5) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

(6) 送迎の実施地域

通常送迎を実施する地域は次の通りとします。

神戸市垂水区、須磨区、西区の一部※（※別紙2のとおり）

13. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、ご契約者やその家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

14. 損害賠償について（契約書第 14 条、第 14 条参照）

- (1) 当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。
- 但し、その損害の発生について、契約者側に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
- (2) 事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。
- ① 契約者（その家族、身元引受人等も含む）が、契約締結に際し、契約者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合
 - ② 契約者（その家族、身元引受人等も含む）が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合
 - ③ 契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもっぱら起因して損害が発生した場合
 - ④ 契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示等に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合

15. 運営推進会議の実施

当事業所に併設している地域密着型介護老人福祉施設では、サービスの提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けするため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

<運営推進会議>

- 構 成 : 利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村職員、地域包括支援センター職員、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護について知見を有する者等
- 開 催 : 隔月で開催
- 会議録 : 運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します

【花の森ショートステイ重要事項説明書】 同意書

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護でのサービス提供に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

指定短期入所生活介護

説明者 職名 氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者兼利用者

住所

氏名 印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住所

氏名 印

(契約者との関係)

立会人

住所

氏名 印

(契約者との続柄)

サービス利用料金表

重要事項説明書 別紙-1(※令和6年8月1日から適用)

基本料金(4段階料金と同じ)		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
① 併設型ユニット型短期入所生活介護費(単位)		704	772	847	918	987
② ご契約者の要介護度とサービス利用料金(円)		7,505	8,230	9,029	9,786	10,521
③ ②のうち、介護保険から給付される金額	1割負担(1の90%)	6,755	7,407	8,126	8,807	9,469
	2割負担(1の80%)	6,004	6,584	7,223	7,829	8,417
	3割負担(1の70%)	5,254	5,761	6,320	6,850	7,365
④ サービス利用に係る自己負担額(②-③)	1割負担	751	823	903	979	1,052
	2割負担	1,501	1,646	1,806	1,957	2,104
	3割負担	2,252	2,469	2,709	2,936	3,156
⑤ 食費(円)		1,540 (内訳:朝食310、昼食685、夕食545)				
⑥ 居住費(滞在費)(円)		2,710				
⑦ 自己負担額合計(一日あたり)(④+⑤+⑥)	1割負担	5,001	5,073	5,153	5,229	5,302
	2割負担	5,751	5,896	6,056	6,207	6,354
	3割負担	6,502	6,719	6,959	7,186	7,406

※上記の要介護度別利用料金の他、別紙-1(2)の各種加算があります

※加算要件に該当の場合、⑦自己負担額合計に該当加算分を加えて、料金を算定させていただきます

介護保険負担限度額認定証を提示いただいた方については、下記の3段階となります。

第1段階		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
① 併設型ユニット型短期入所生活介護費(単位)		704	772	847	918	987
② ご契約者の要介護度とサービス利用料金(円)		7,505	8,230	9,029	9,786	10,521
③ ②のうち、介護保険から給付される金額	1割負担(1の90%)	6,755	7,407	8,126	8,807	9,469
	2割負担(1の80%)	6,004	6,584	7,223	7,829	8,417
	3割負担(1の70%)	5,254	5,761	6,320	6,850	7,365
④ サービス利用に係る自己負担額(②-③)	1割負担	751	823	903	979	1,052
	2割負担	1,501	1,646	1,806	1,957	2,104
	3割負担	2,252	2,469	2,709	2,936	3,156
⑤ 食費(円)		300				
⑥ 居住費(滞在費)(円)		880				
⑦ 自己負担額合計(一日あたり)(④+⑤+⑥)	1割負担	1,931	2,003	2,083	2,159	2,232

第2段階		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
① 併設型ユニット型短期入所生活介護費(単位)		704	772	847	918	987
② ご契約者の要介護度とサービス利用料金(円)		7,505	8,230	9,029	9,786	10,521
③ ②のうち、介護保険から給付される金額	1割負担(1の90%)	6,755	7,407	8,126	8,807	9,469
	2割負担(1の80%)	6,004	6,584	7,223	7,829	8,417
	3割負担(1の70%)	5,254	5,761	6,320	6,850	7,365
④ サービス利用に係る自己負担額(②-③)	1割負担	751	823	903	979	1,052
	2割負担	1,501	1,646	1,806	1,957	2,104
	3割負担	2,252	2,469	2,709	2,936	3,156
⑤ 食費(円)		600				
⑥ 居住費(滞在費)(円)		880				
⑦ 自己負担額合計(一日あたり)(④+⑤+⑥)	1割負担	2,231	2,303	2,383	2,459	2,532

重要事項説明書 別紙-1(※令和6年8月1日から適用)

第3段階①		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
① 併設型ユニット型短期入所生活介護費(単位)		704	772	847	918	987
② ご契約者の要介護度とサービス利用料金(円)		7,505	8,230	9,029	9,786	10,521
③ ②のうち、介護保険から給付される金額	1割負担(1の90%)	6,755	7,407	8,126	8,807	9,469
	2割負担(1の80%)	6,004	6,584	7,223	7,829	8,417
	3割負担(1の70%)	5,254	5,761	6,320	6,850	7,365
④ サービス利用に係る自己負担額(②-③)	1割負担	751	823	903	979	1,052
	2割負担	1,501	1,646	1,806	1,957	2,104
	3割負担	2,252	2,469	2,709	2,936	3,156
⑤ 食費(円)		1,000				
⑥ 居住費(滞在費)(円)		1,370				
⑦ 自己負担額合計(一日あたり)(④+⑤+⑥)	1割負担	3,121	3,193	3,273	3,349	3,422

第3段階②		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
① 併設型ユニット型短期入所生活介護費(単位)		704	772	847	918	987
② ご契約者の要介護度とサービス利用料金(円)		7,505	8,230	9,029	9,786	10,521
③ ②のうち、介護保険から給付される金額	1割負担(1の90%)	6,755	7,407	8,126	8,807	9,469
	2割負担(1の80%)	6,004	6,584	7,223	7,829	8,417
	3割負担(1の70%)	5,254	5,761	6,320	6,850	7,365
④ サービス利用に係る自己負担額(②-③)	1割負担	751	823	903	979	1,052
	2割負担	1,501	1,646	1,806	1,957	2,104
	3割負担	2,252	2,469	2,709	2,936	3,156
⑤ 食費(円)		1,300				
⑥ 居住費(滞在費)(円)		1,370				
⑦ 自己負担額合計(一日あたり)(④+⑤+⑥)	1割負担	3,421	3,493	3,573	3,649	3,722

※上記の介護サービス費に加算は含まれておりません。介護サービス費に関する各種加算が必要に応じて別途算定されます。

※居住費・食費は利用者負担段階により利用額が異なります。

ご利用者負担について、第1段階から第3段階の負担軽減適用を受けるには、市区町村の発行する「介護保険負担限度額認定証」が必要です。制度の詳細および申請は介護保険者である市区町村にお問い合わせください。

第1段階…世帯全員が市町村民税非課税で、老齢福祉年金を受給されている方。生活保護を受給されている方。

第2段階…世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得額と課税年金収入額と非課税年金収入の合計が80万円以下の方。

第3段階①…世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得額と課税年金収入額と非課税年金収入の合計が80万円超120万円以下の方。

第3段階②…世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得額と課税年金収入額と非課税年金収入の合計が120万円超の方。

第4段階…上記以外の者

【花の森ショートステイ】

各種加算表

加算項目	要件	条件	金額		
			1割	2割	3割
①サービス提供体制強化加算Ⅰ	次のいずれかに該当する場合 ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が80%以上 ②勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が35%以上	1日につき	22 単位	44 単位	66 単位
②サービス提供体制強化加算Ⅱ	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上	1日につき	18 単位	36 単位	54 単位
③サービス提供体制強化加算Ⅲ	次のいずれかに該当する場合 ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上 ②常勤職員の占める割合が75%以上 ③勤続年数7年以上の占める割合が30%以上	1日につき	6 単位	12 単位	18 単位

※ 上記加算は①②③のうち、該当するいずれかひとつの算定となります

加算項目	要件	条件	金額		
			1割	2割	3割
看護体制加算Ⅰ	常勤の看護師を1名以上配置していること	1日につき	4 単位	8 単位	12 単位
看護体制加算Ⅱ	①看護職員を常勤換算方法で入所者数が25又はその端数を増すごとに1名以上配置していること ②当該施設の看護職員により、又は病院・診療所・訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保していること	1日につき	8 単位	16 単位	24 単位
夜勤職員配置加算Ⅱ(イ)	夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を1人以上上回っている場合	1日につき	18 単位	36 単位	54 単位
認知症専門ケア加算	①利用者の総数のうち、日常生活自立度Ⅲ以上の者が5割以上を占めること ②認知症介護に関する専門的な研修を終了した者※を日常生活自立度Ⅲ以上の対象者が20名に満たない場合は1名以上、20人以上の場合は19人を超えて10人またはその端数を増すごとに1人以上配置すること ③認知症ケアに関することを職員間で留意事項の伝達または技術的指導の会議を定期的実施していること	1日につき	3 単位	6 単位	9 単位
生産性向上推進体制加算Ⅱ	見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、一定期間ごとに、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行う	ひと月につき	10 単位	20 単位	30 単位
生産性向上推進体制加算Ⅰ	上記の要件を満たし、提出したデータにより業務改善の取り組みによる成果が確認された上で、見守り機器等のテクノロジーを複数導入し、職員間の適切な役割分担の取組等を行っている	ひと月につき	100 単位	200 単位	300 単位

別紙－1(2)(※令和6年4月1日から適用)

加算項目	要件	条件	金額		
			1割	2割	3割
緊急短期入所受入加算	居宅サービス計画に位置付けられていない短期入所生活介護を緊急に受け入れた場合	1日につき (原則7日以内)	90 単位	180 単位	270 単位
長期入所者に対する 短期入所生活介護(減算)	連続して30日を超えて指定短期入所生活介護を利用する場合 (31日～60日)	1日につき	△30 単位	△60 単位	△90 単位
長期入所者に対する 短期入所生活介護(減算)	連続して60日を超えて指定短期入所生活介護を利用する場合 (61日以降)	1日につき	△32 単位	△64 単位	△93 単位
送迎加算	利用者の送迎をおこなった場合	片道	184 単位	368 単位	552 単位
介護職員等処遇改善加算Ⅰ 【令和6年6月1日から適用】	合計利用料金に1000分の140を掛けた金額を加算				
介護職員等処遇改善加算Ⅱ 【令和6年6月1日から適用】	合計利用料金に1000分の136を掛けた金額を加算				

上記のうち、該当するものを算定させていただきます

通常送迎を実施する地域

	送迎を実施する地域	送迎をしない地域
垂水区	全域	
須磨区	全域	
西区	曙町、伊川谷町、池上、井吹台東町、 井吹台西町、井吹台北町、今寺、大津和、 学園西町、学園東町、狩場台、北別府、 糝台、白水、前開南町、竹の台、天王山、 櫨谷町	秋葉台、天が丘、岩岡町、枝吉、王塚台、 大沢、押部谷町、樫野台、春日台、上新地、 神出町、北山台、小山、桜が丘中町、 桜が丘東町、桜が丘西町、高雄台、 高塚台、玉津町、月が丘、中野、長畑町、 平野町、福吉台、富士見が丘、二ツ屋、 丸塚、美賀多台