

指定短期入所生活介護事業所
重要事項説明書
(ショートステイ)

様

社会福祉法人のじぎく福祉会
特別養護老人ホームこすもす園

1. 当事業者（法人）の概要

法人の名称	社会福祉法人のじぎく福祉会
代表者氏名	理事長 栗原 英治
法人所在地	兵庫県加古川市神野町神野 1 3 6 - 8
電話番号	0 7 9 - 4 3 8 - 9 6 9 6
F A X 番号	0 7 9 - 4 3 8 - 9 6 9 7
ホームページ	http://www.nojigiku.or.jp/
設立年月日	平成 2 年 1 2 月 2 8 日

2. 当事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所の名称	特別養護老人ホームこすもす園
指定事業所番号	2 8 7 2 2 0 0 2 0 5
事業所の所在地	兵庫県加古川市神野町神野 1 3 6 - 8
電話番号	0 7 9 - 4 3 8 - 7 7 7 0
開設年月日	平成 3 年 1 0 月 1 日
管理者	鷺坂 達雄
通常の事業の実施地域	加古川市・稲美町・播磨町・三木市別所町下石野 ※この地域以外でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 施設の概要

建物の構造	鉄筋コンクリート造 地上 2 階建 延べ床面積 2307. 24 m ²
居室	多床室(四人部屋) 1 6 室、個室(一人部屋) 8 室
設備	食堂 機能訓練回復室
定員	2 0 名
交通機関	お車の場合 東播磨道医療センターランプすぐ バスの場合 県立加古川医療センターより徒歩 1 0 分

(3) 営業日時及び休日

営業日・営業時間	年中無休
相談窓口	月曜日から土曜日 8 時 3 0 分から 1 7 時 3 0 分 但し、1 2 月 3 0 日から 1 月 3 日を除く
連絡先	0 7 9 - 4 3 8 - 7 7 7 0
時間外の連絡	※宿直員により対応いたします。

(4) 協力病院及び協力歯科

順心病院	社会医療法人社団順心会 順心病院 兵庫県加古川市別府町別府 8 6 5 - 1 電話 (079) 437-3555 FAX (079) 437-6785
順心リハビリテーション病院	社会医療法人社団順心会 順心リハビリテーション病院 兵庫県加古川市神野町石守 1 6 3 2 - 1 電話 (079) 438-2200 FAX (079) 437-6085
船原歯科クリニック	医療法人社団早緑会 船原歯科クリニック 兵庫県加古川市加古川町南備後 22-1 電話 (079) 426-7620

3. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	社会福祉法人のじぎく福祉会が開設する、こすもす園が行う短期入所生活介護事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、こすもす園の介護福祉士又は職員が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な短期入所生活介護を提供することを目的とする。
運営方針	上記の目的を達成するために、要介護者の処遇に万全を期するとともに、この短期入所生活介護事業を通じて地域社会との交流をはかり、地域社会の福祉増進に寄与するよう運営するものとする。

4. 事業所の職員体制

職 種		職 務 内 容
管 理 者	常勤 1 名	事業所の管理・運営
生 活 相 談 員	常勤 1 名以上	介護サービス計画の作成 居宅介護支援事業者等の連絡調整
介 護 職 員	常勤 2 1 名以上 非常勤 2 名以上	必要な介護を行い、日常生活の支援を行います。
看 護 職 員	常勤 1 名以上	健康状態の把握を行い、適切な医療が受けられるように支援します。
機 能 訓 練 指 導 員	常勤 1 名以上	機能訓練の実施
栄 養 士	常勤 1 名以上	バランスの良い食事を提供し、栄養状態の管理を行う。

5. 主なサービス内容及び手続きの説明

(1) 介護サービスご利用の前に

- 介護サービスご利用前には、必ず「介護保険被保険者証」(以下、保険証)をご提示ください。

また、保険証の内容が変わった場合にも必ず「保険証」をご提示ください。
ご提示の際、特に以下の点をご確認ください。

ご確認ください点	内容
要介護状態区分等	空白または自立の場合は、介護保険の適用外となります。
認定の有効期間	ご利用期間が認定の有効期間内でない場合は保険証を使えません。
居宅サービス	ご利用期間が区分支給限度基準額期間内でない場合は保険証を使えません。

- 生活保護等の公的扶助または各種減額、軽減措置を受けている場合は事前にお申し出ください。また、各種減額証・減免証をお持ちの場合は、必ずサービスご利用前にご提示ください。
- 要介護認定を受けていない場合のサービスご利用(償還払い)の詳細につきましては、利用者の担当介護支援専門員(ケアマネージャー)にご相談ください。

■介護サービスご利用の個別計画

利用者の担当介護支援専門員(ケアマネージャー)が作成した居宅介護計画(ケアプラン)に基づき、利用者の状況に合った介護サービス案を作成いたします。その後、介護サービス開始前に利用者、もしくは契約者に対して説明を行い、同意を得たうえで決定いたします。ご利用中の介護計画変更の際にも利用者もしくは契約者の同意を得て計画を変更いたします。

■日課・行事等

食事時間 … 朝食 7時 昼食 12時 夕食 18時
入浴 … 週2回以上
行事等 … 季節に合わせた行事や誕生日会、個別外出支援を行っています。

■金銭等の管理

利用者のお小遣い(5万円以下)や保険証等の預け入れが可能です。詳しくは、別に定める出納管理規程をご確認下さい。

■利用に関してのお願い

ご利用のみなさまが快適にお過ごしいただけますよう、ご協力をお願いします。

項目	内容
持ち込み物	日常生活上最低限必要なもの以外は、原則としてお持ち込みになれません。
ご来園可能時間	午前8時から午後8時です。ただし、感染症など諸事情でお断りする場合がございます。 ご来園の際は、来園簿の記入をお願いします。
お食事	不要な方は、前日までに申し出ください。
喫煙	こすもす園の敷地内は全て禁煙です。
その他のお願い	<ul style="list-style-type: none">●居室および共用施設、敷地をその本来の用途にしたがってご利用ください。●利用者が故意に設備を壊したり、汚したりされた場合は、契約者のご負担により現状復旧していただくか、相当の対価をお支払いいただく場合があります。●利用者に対するサービスの実施および安全衛生の管理上の必要があると認められる場合には、こすもす園職員が利用者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。 (立入りの際には、利用者のプライバシーに十分配慮いたします)●他の利用者や、こすもす園職員に対し迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動および 営利活動などを行うことはできません。

(2) 介護サービスの利用中止、変更、追加

●契約者の都合による居宅介護計画（ケアプラン）の変更は可能です。計画を変更される場合は、ご利用前日までに当園へご連絡ください。

●利用の予約

ご予約は2ヶ月前から可能です。こすもす園までご連絡下さい。

●ご利用中止の場合は、ご利用前日の午後5時30分までにこすもす園へ必ずご連絡ください。

こすもす園（代表） 電話（079）438-7770

●利用制限

こすもす園内において、感染症等の発生時は、利用をお断りする場合があります。また、利用者が感染症を有し、他の利用者に重大な影響を与えるおそれがある場合は、やむを得ず治癒するまでご利用を断る場合があります。

～介護保険適用による介護サービスをご利用の際は、居宅介護計画が必要です～

居宅介護計画（ケアプラン）とは利用者に対する介護を行う際の「介護の計画書」です。

お客様ご担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）が作成し、当園は作成された居宅介護計画に基づいて介護サービスの提供を行います。

■要介護認定を受けている場合

もよりの居宅介護支援事業所に居宅介護計画の作成をお申し込みください。

介護計画作成の際、こすもす園介護サービスご利用希望の旨を、介護支援専門員（ケアマネージャー）にお伝えください。

■要介護認定を受けていない場合

お住まいの市役所・役場の介護保険課もしくは、もよりの居宅介護支援事業者に要介護判定をお申し込みください。

判定の結果、要介護認定を受けた場合は、もよりの居宅介護支援事業者に居宅介護計画（ケアプラン）の作成を依頼してください。

（3）介護保険対象のサービス

以下のサービスの金額は法定介護報酬額によります。詳しい金額につきましては、料金表を参照の上、居宅介護計画（ケアプラン）作成の際に確認ください。

項目	備考
園内での介護	食事・入浴・排泄など日常生活に必要な介護や、生活相談援助をいたします。 その他利用者の状況により必要なお手伝い、健康管理、レクリエーション、ゲーム・体操なども実施します。
送迎	ご自宅とこすもす園の間の送迎をいたします。 車いすご利用のままでご利用いただけます。

(4) サービスの終了について

<p>■この場合 契約は終了 します</p>	<p>①利用者が死亡された場合。 ②要介護認定により利用者が自立・要支援と判定された場合。 ③当園が解散、破産、またはやむをえない事由により閉鎖した場合。 ④当園の滅失や重大な毀損により、介護サービスの提供が不可能になった場合。 ⑤当園が介護保険の指定を取り消された場合。 ⑥当園が介護保険の指定を辞退した場合。 ⑦契約者が解約または契約解除の申し出をされた場合。 (希望日の7日前までにお申し出ください) ⑧当園が契約解除を申し出た場合。(1ヶ月前までに通知いたします)</p>
<p>■この場合 契約者は即時に契約を 解除すること ができます</p>	<p>①契約者が介護保険給付対象外サービスのご利用料金の変更に同意できない場合。 ②契約者が当園の運営規程の変更に同意できない場合。 ③利用者が入院された場合。 ④当園が正当な理由なく、契約に定めるサービスを実施しない場合。 ⑤当園が利用者の守秘義務に違反した場合。 ⑥当園が故意または重大な過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つける行為をおこなった場合。 ⑦他のお客様による契約者の身体・財物・信用等を傷つける行為の恐れがある場合において、当園が適切な対応をとらない場合。 ※上記理由により解約料の請求は一切いたしません。</p>
<p>■この場合 当園が契約 を解除いた します。</p>	<p>※以下の場合は、事業者より1ヶ月前に契約者に通知いたします。 ①利用者または契約者が契約の際、心身の状況および病歴等の重要事項を当園にお伝えいただけなかったことに起因して重大な問題が発生した場合。 ②利用者または契約者が契約の際、心身の状況および病歴等の重要事項について、当園に偽りの情報をお伝えされたことに起因して重大な問題が発生した場合。 ③契約者によるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延した場合。 ④利用者または契約者が故意または重大な過失により他のご利用者または当園および当園職員等の身体・財物・信用等を傷つける行為をされた場合。 ⑤利用者の行動により他のご利用者または当園および当園職員等の生命・身体・健康に重大な影響を及ぼすおそれがある場合。 ⑥利用者が、当園において重大な自傷行為をなさるおそれがある場合。</p>

6. サービス利用料及び利用者負担

(1) 介護保険対象サービス

※最終頁の料金表をご覧ください。

※法定受領代理サービスを利用できず償還払いとなる場合、一度利用料を全額自己負担して頂きます。併せてサービス提供証明書を発行いたします。

※要介護認定の結果、自立（非該当）と判定された場合には、利用料は全額自己負担となります。

（２）介護保険外サービス

以下のサービスは、介護保険の対象外です。実費をいただきます。

項目	金額	項目	金額
朝食 第4段階 （1日あたり）★	415円	朝食 第1～3段階 （1日あたり）★	395円
昼食 第4段階 （1日あたり）★	630円	昼食 第1～3段階 （1日あたり）★	525円
夕食 第4段階 （1日あたり）★	630円	夕食 第1～3段階 （1日あたり）★	525円
居住費 第4段階 （1日あたり）★	996円	居住費 第1～3段階 （1日あたり）★	915円
喫茶（1杯）	120円	出納管理委託契約B	2,000円

●★印の金額については、料金表をごらんください。

＜介護保険負担限度額認定証をお持ちの方へ＞

1日あたりの負担限度額は、介護保険負担限度額認定証に記載されていますのでご確認ください。（第1～3段階の利用者）

●おむつ代は介護保険対象のサービス金額に含まれております。

●交通費は、通常の事業の実施区域（加古川市・稲美町・播磨町・三木市別所町下石野）へのサービス提供の場合は利用料金に含まれています。

通常の事業の実施地域以外の場合は、5km毎に交通費の実費として、100円を請求いたします。

●キャンセル料

ご利用前日の午後5時30分までに利用中止の連絡がない時は、緊急又はやむを得ない場合を除き取消料として1,000円を頂きます。

※料金の変更の際には、変更の1ヶ月前までに文書にてお知らせいたします。

■利用料金の支払い

利用料金は利用月末締で1か月単位の支払いです。利用翌月に、前月利用分の請求書を発行します。なお、支払いは利用の翌月20日までに下記のいずれかの方法でお願いいたします。

原則として自動振替（但陽信用金庫）でのお支払いをお願いしております。

支払い方法	概要
たんよう自動振替サービス	契約者の但陽信用金庫口座より利用料金を引き落とします（別途手続きが必要です）
窓口（現金）支払い	平日午前9時から午後5時まで受付いたしております。
指定口座への振込み	振込先 但陽信用金庫 北野支店 普通預金 5096645 特別養護老人ホームこすもす園 施設長 鷺坂達雄 （振込手数料は契約者負担）

7. 苦情相談窓口

(1) 当施設における苦情やご相談は以下の受付担当者または第三者委員が受け付けます。

<受付担当者> 久保田安子 ・ 吉本慶子
<受付日時> 月曜日～土曜日 午前8時30分 ～ 午後5時30分
<電話番号> 079-438-7770 (代表)

079-438-7686 (FAX)

<第三者委員> 宗行 正明 電話(080)3137-5529
中村 昌由 電話(090)7762-9350

<苦情解決責任者> 鷲坂 達雄 (こすもす園施設長)

※ 第三者委員は、苦情解決を円滑に図るために双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。

※ 苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

(2) 公的機関における苦情受付窓口

以下のところでも苦情の受付をいたしております。

<加古川市介護保険課>

電話：(079) 427-9220 住所：加古川市加古川町北在家 2000
日時：月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分まで受付

<国民健康保険団体連合会>

電話：(078) 332-5617 住所：神戸市中央区三宮町 1-9-1-1801
日時：月曜日～金曜日 午前8時45分～午後5時15分まで受付

<兵庫県運営適正化委員会>

電話：(078) 242-6868 住所：神戸市中央区坂口通 2-1-1
兵庫県福祉センター内
日時：月曜日～金曜日 午前10時～午後4時まで受付

<兵庫県加古川健康福祉事務所監査指導課>

電話：(079) 421-9296 住所：加古川市加古川町寺家町天神木 97-1
加古川総合庁舎 3階
日時：月曜日～金曜日 午前9時～午後5時30分まで受付

8. プライバシー（個人情報）の保護

当事業者がサービスを提供する際に、利用者や家族に関して知り得た情報については、サービス担当者会議などの利用者へのサービス提供のために必要な業務以外では決して他に漏れないようにします。サービスの提供に関わって、利用者の情報を他の事業者等と共有する必要があるときは、あらかじめ契約者および利用者に説明し

同意書に署名捺印をいただきます。

9. 家族等への連絡

希望があった場合には、利用者に連絡するのと同様の通知を家族等へも行います。

10. 記録の保管

サービス終了後、5年間は記録を保管しています。記録の閲覧、写しの交付は本人及び家族に限ります。

11. 身体拘束について

当該利用者、または他の利用者等の生命、または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行いません。

やむを得ず行う場合は、契約者や家族に説明し同意を得ます。またその実施状況を記録します。

12. 事故・緊急発生時の対応

(1) 事故が発生した場合

事故が発生した場合には、契約者や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。

(2) 緊急時の対応について

利用者に対して緊急を要する場合、主治医および担当介護支援専門員（ケアマネージャー）へ速やかに連絡し、緊急マニュアルにしたがい、適切かつ迅速な措置を講じます。

13. 非常災害時について

別紙に定める非常災害対策計画のとおりとします。（窓口に設置）

14. 損害賠償について

●当事業所の責任によって契約者又は利用者に損害を生じさせた場合、当事業所は速やかにその損害を賠償いたします。ただし、契約者又は利用者側の故意または過失が認められる場合において、利用者の心身状況を考慮したうえで、当事業所の損害賠償の責任を減じる場合があります。

●当事業所の責任による理由がない限り損害賠償の責任を負いません。

とりわけ、以下の場合は、当園は損害賠償責任を免れます。

①契約者が契約の際、または当園が利用者の状況についておたずねした際、心身の状況および病歴等の重要事項を当園にお伝えいただけなかったことに起因して重大な問題が発生した場合。

②契約者が契約の際に、または当園が利用者の状況についておたずねした際心身

の状況および病歴等の重要事項を当園に偽ってお伝えされたことに起因して重大な問題が発生した場合。

- ③利用者の急激な体調の変化など、当園が実施したサービスに起因しない事由により損害が発生した場合。
- ④契約者および利用者が当園および当園職員の指示等に反して行った行為により損害が発生した場合。

当事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損害保険ジャパン株式会社
加入保険名	しせつの損害補償

内容詳細についてお知りになりたい場合は、当事業所までご連絡ください。

15. 従業者の禁止行為

サービス提供契約の実施以外の営利行為や宗教勧誘は行いません。

16. 重要事項の変更について

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた場合には、契約者に書面にて通知し、同意を得るものとします。

短期入所生活介護料金表

令和6年8月1日現在

＜利用料金1日あたり 負担限度額認定証をお持ちでない方＞

単位 円

内容		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①	サービス利用に係る介護サービス自己負担額	614	684	758	829	899
②	居住費	996	996	996	996	996
③	A 朝食のみ	415	415	415	415	415
	B 昼食または夕食のみ	630	630	630	630	630
	C 朝食と昼食または夕食	1,045	1,045	1,045	1,045	1,045
	D 昼食と夕食	1,260	1,260	1,260	1,260	1,260
	E 朝食と昼食と夕食	1,675	1,675	1,675	1,675	1,675
④	A 朝食のみ	2,025	2,095	2,169	2,240	2,310
	B 昼食または夕食のみ	2,240	2,310	2,384	2,455	2,525
	C 朝食と昼食または夕食	2,655	2,725	2,799	2,870	2,940
	D 昼食と夕食	2,870	2,940	3,014	3,085	3,155
	E 朝食と昼食と夕食	3,285	3,355	3,429	3,500	3,570

＜利用料金1日あたり 利用者負担第1段階一食費の負担限度額が300円の方＞

単位 円

内容		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①	サービス利用に係る介護サービス自己負担額	614	684	758	829	899
②	居住費	なし	なし	なし	なし	なし
③	食費	300	300	300	300	300
④	自己負担額合計 (①+②+③)	914	984	1,058	1,129	1,199

＜利用料金1日あたり 利用者負担第2段階一食費の負担限度額が600円の方＞

単位 円

内容		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①	サービス利用に係る介護サービス自己負担額	614	684	758	829	899
②	居住費	430	430	430	430	430
③	A 朝食のみ	395	395	395	395	395
	B 昼食または夕食のみ	525	525	525	525	525
	D 上記以外	600	600	600	600	600
④	A 朝食のみ	1,439	1,509	1,583	1,654	1,724
	B 昼食または夕食のみ	1,569	1,639	1,713	1,784	1,854
	D 上記以外	1,644	1,714	1,788	1,859	1,929

＜利用料金1日あたり 利用者負担第3段階①一食費の負担限度額が1000円の方＞

単位 円

内容		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①	サービス利用に係る介護サービス自己負担額	614	684	758	829	899
②	居住費	430	430	430	430	430
③	A 朝食のみ	395	395	395	395	395
	B 昼食または夕食のみ	525	525	525	525	525
	C 朝食と昼食または夕食	920	920	920	920	920
	D 上記以外	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
④	A 朝食のみ	1,439	1,509	1,583	1,654	1,724
	B 昼食または夕食のみ	1,569	1,639	1,713	1,784	1,854
	C 朝食と昼食または夕食	1,964	2,034	2,108	2,179	2,249
	D 上記以外	2,044	2,114	2,188	2,259	2,329

＜利用料金1日あたり 利用者負担第3段階②一食費の負担限度額が1300円の方＞

単位 円

内容		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①	サービス利用に係る介護サービス自己負担額	614	684	758	829	899
②	居住費	430	430	430	430	430
③	A 朝食のみ	395	395	395	395	395
	B 昼食または夕食のみ	525	525	525	525	525
	C 朝食と昼食または夕食	920	920	920	920	920
	D 昼食と夕食	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050
	E 朝食と昼食と夕食	1,300	1,300	1,300	1,300	1,300
④	A 朝食のみ	1,439	1,509	1,583	1,654	1,724
	B 昼食または夕食のみ	1,569	1,639	1,713	1,784	1,854
	C 朝食と昼食または夕食	1,964	2,034	2,108	2,179	2,249
	D 昼食と夕食	2,094	2,164	2,238	2,309	2,379
	E 朝食と昼食と夕食	2,344	2,414	2,488	2,559	2,629

短期入所生活介護料金表

令和6年8月1日現在

※連続して60日を超えて同一の短期入所生活介護事業所に入所している場合

＜利用料金1日あたり 負担限度額認定証をお持ちでない方＞

単位 円

内容		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①	サービス利用に係る介護サービス自己負担額	583	653	728	799	869
②	居住費	996	996	996	996	996
③	A 朝食のみ	415	415	415	415	415
	B 昼食または夕食のみ	630	630	630	630	630
	C 朝食と昼食または夕食	1,045	1,045	1,045	1,045	1,045
	D 昼食と夕食	1,260	1,260	1,260	1,260	1,260
	E 朝食と昼食と夕食	1,675	1,675	1,675	1,675	1,675
④	A 朝食のみ	1,994	2,064	2,139	2,210	2,280
	B 昼食または夕食のみ	2,209	2,279	2,354	2,425	2,495
	C 朝食と昼食または夕食	2,624	2,694	2,769	2,840	2,910
	D 昼食と夕食	2,839	2,909	2,984	3,055	3,125
	E 朝食と昼食と夕食	3,254	3,324	3,399	3,470	3,540

＜利用料金1日あたり 利用者負担第1段階—食費の負担限度額が300円の方＞

単位 円

内容		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①	サービス利用に係る介護サービス自己負担額	583	653	728	799	869
②	居住費	なし	なし	なし	なし	なし
③	食費	300	300	300	300	300
④	自己負担額合計 (①+②+③)	883	953	1,028	1,099	1,169

＜利用料金1日あたり 利用者負担第2段階—食費の負担限度額が600円の方＞

単位 円

内容		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①	サービス利用に係る介護サービス自己負担額	583	653	728	799	869
②	居住費	430	430	430	430	430
③	A 朝食のみ	395	395	395	395	395
	B 昼食または夕食のみ	525	525	525	525	525
	D 上記以外	600	600	600	600	600
④	A 朝食のみ	1,408	1,478	1,553	1,624	1,694
	B 昼食または夕食のみ	1,538	1,608	1,683	1,754	1,824
	D 上記以外	1,613	1,683	1,758	1,829	1,899

＜利用料金1日あたり 利用者負担第3段階①—食費の負担限度額が1000円の方＞

単位 円

内容		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①	サービス利用に係る介護サービス自己負担額	583	653	728	799	869
②	居住費	430	430	430	430	430
③	A 朝食のみ	395	395	395	395	395
	B 昼食または夕食のみ	525	525	525	525	525
	C 朝食と昼食または夕食	920	920	920	920	920
	D 上記以外	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
④	A 朝食のみ	1,408	1,478	1,553	1,624	1,694
	B 昼食または夕食のみ	1,538	1,608	1,683	1,754	1,824
	C 朝食と昼食または夕食	1,933	2,003	2,078	2,149	2,219
	D 上記以外	2,013	2,083	2,158	2,229	2,299

＜利用料金1日あたり 利用者負担第3段階②—食費の負担限度額が1300円の方＞

単位 円

内容		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①	サービス利用に係る介護サービス自己負担額	583	653	728	799	869
②	居住費	430	430	430	430	430
③	A 朝食のみ	395	395	395	395	395
	B 昼食または夕食のみ	525	525	525	525	525
	C 朝食と昼食または夕食	920	920	920	920	920
	D 昼食と夕食	1,050	1,050	1,050	1,050	1,050
	E 朝食と昼食と夕食	1,300	1,300	1,300	1,300	1,300
④	A 朝食のみ	1,408	1,478	1,553	1,624	1,694
	B 昼食または夕食のみ	1,538	1,608	1,683	1,754	1,824
	C 朝食と昼食または夕食	1,933	2,003	2,078	2,149	2,219
	D 昼食と夕食	2,063	2,133	2,208	2,279	2,349
	E 朝食と昼食と夕食	2,313	2,383	2,458	2,529	2,599

<その他の費用1日あたり（すべての要介護度に共通します）>

※送迎加算は片道あたり ※介護職員処遇改善加算は総単位数による

単位 円

内容	自己負担額
生活機能向上連携加算Ⅰ	102（1月につき）
生活機能向上連携加算Ⅱ	204（1月につき）
機能訓練体制加算	13
個別機能訓練加算	57
看護体制加算Ⅰ	4
看護体制加算Ⅱ	9
看護体制加算Ⅲイ	13
看護体制加算Ⅳイ	24
医療連携強化加算	59
看取り連携体制加算（死亡日から30日以下）	65
夜勤職員配置加算Ⅰ	14
夜勤職員配置加算Ⅲ	16
認知症行動・心理症状緊急対応加算	204
若年性認知症利用者受入加算	122
送迎加算（片道あたり）	188
緊急短期入所受入加算	92
長期利用者に対する短期入所生活介護	-31
口腔連携強化加算	51（1月につき）
療養食加算	9（1回につき）
在宅中重度者受入加算(1)	429
在宅中重度者受入加算(2)	424
在宅中重度者受入加算(3)	420
在宅中重度者受入加算(4)	433
認知症専門ケア加算Ⅰ	3
認知症専門ケア加算Ⅱ	4
生産性向上推進体制加算Ⅰ	102（1月につき）
生産性向上推進体制加算Ⅱ	11（1月につき）
サービス提供体制強化加算Ⅰ	23
サービス提供体制強化加算Ⅱ	19
サービス提供体制強化加算Ⅲ	7
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の1000分の140×10.17×1割
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の1000分の136×10.17×1割
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の1000分の113×10.17×1割
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	所定単位数の1000分の90×10.17×1割

※上記の金額は利用者負担割合が1割の場合です。

端数処理により、実際の請求額と異なることがあります。

その他、各種費用の詳細については、職員におたずねください。

●その他費用のご案内●

生活機能向上連携加算	外部リハビリテーション専門職と連携して、機能訓練のマネジメントを行った場合に算定します。
機能訓練指導員配置加算	常勤の機能訓練指導員(理学療法士など)を配置した場合に算定します。
個別機能訓練加算	常勤の機能訓練指導員(理学療法士など)を配置し機能訓練を行った場合に算定します。
看護体制加算Ⅰ	常勤の看護師を1名以上配置した場合に算定します。
看護体制加算Ⅱ	看護職員を基準以上配置し、24時間の連絡体制を整備している場合に算定します。
看護体制加算Ⅲイ	看護体制加算Ⅰの要件を満たし、要介護3以上の利用者が一定割合以上である場合に算定します。
看護体制加算Ⅳイ	看護体制加算Ⅱの要件を満たし、要介護3以上の利用者が一定割合以上である場合に算定します。
医療連携強化加算	看護体制加算Ⅱを算定し、看護職員による定期巡視を行い緊急時の対応の取り決めを行った場合
看取り連携体制加算	看護体制加算を算定しており、かつ24時間連絡できる体制を確保した上で看取り期における対応方針を定め、利用開始時に方針の内容を説明し同意を得た場合に算定します。(死亡日及び死亡日以前30日以下について、7日を限度)
夜勤職員配置加算Ⅰ	夜勤職員を基準以上配置した場合に算定します。
夜勤職員配置加算Ⅲ	夜勤職員配置加算Ⅰの要件を満たし、夜間において看護職員等が配置された場合に算定します。
認知症行動・心理症状緊急対応加算	在宅での生活が困難になった方を緊急に受入れた場合に算定します。(1ヶ月に最大7日間)
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者を受け入れ、本人やその家族の希望の介護サービスを提供した場合に算定します。
送迎加算	自宅とこすもす園の間の送迎を行った場合に算定します。
緊急短期入所受入加算	やむを得ない理由等により緊急で受入した場合に算定します。
長期利用者に対する短期入所生活介護	長期間の利用(自費利用等を挟み実質連続30日を超え60日までの利用)の場合に1日30単位の減算を行います。
口腔連携強化加算	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、評価の結果を情報提供した場合に算定します。
療養食加算	医師の指示(食事箋)に基づく腎臓病食や糖尿食等の治療食の提供が行われた場合に算定します。
在宅中重度者受入加算	利用中に在宅で利用している訪問看護事業所等が健康上の管理を行った場合に算定します。
在宅中重度者受入加算(1)	看護体制加算Ⅰ又はⅢを算定している場合
在宅中重度者受入加算(2)	看護体制加算Ⅱ又はⅣを算定している場合
在宅中重度者受入加算(3)	看護体制加算Ⅰ又はⅢ及びⅡ又はⅣを算定している場合
在宅中重度者受入加算(4)	看護体制加算を算定していない場合
認知症専門ケア加算Ⅰ	認知症の利用者が一定割合以上で、認知症介護に係る専門的な研修を修了した職員を配置し、チームとして専門的な認知症ケアを行った場合に算定します。
認知症専門ケア加算Ⅱ	認知症専門ケア加算Ⅰの要件を満たし、認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している職員を配置し、認知症ケアの指導等を行い、職員ごとの研修計画書を作成した場合に算定します。

生産性向上推進体制加算Ⅰ	Ⅱの要件を満たし、業務改善の取組による成果が確認され、また職員間の適切な役割分担の取組等を行っている場合に算定します。
生産性向上推進体制加算Ⅱ	見守り機器等を導入し利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、改善活動を継続的に行った場合に算定します。
サービス提供体制強化加算Ⅰ	一定割合以上の介護福祉士又は一定割合以上の勤続年数のある職員を配置した場合に算定します。
サービス提供体制強化加算Ⅱ	
サービス提供体制強化加算Ⅲ	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	厚生労働大臣が定める基準に適合している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を行った場合に算定します。
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	

■説明のご確認

説明日時 令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分

説明場所 _____

指定短期入所生活介護サービスの提供に際し、この書面にに基づき、この重要事項説明書に記載する事項の説明を行いました。

事業者 特別養護老人ホームこすもす園 施設長 鷺坂 達雄 印

説明者 職名 生活相談員 氏名 印

私（契約者）は利用者に代わって、この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開始に同意しました。

契約者 住所
氏名 印

利用者 住所
氏名 印

連帯保証人 住所
氏名 印

