

指定短期入所生活介護重要事項説明書

昭寿園サンヒルズユニット型 空床型短期入所生活介護事業所

令和6年度8月

当事業所は介護保険の指定を受けています。
宮崎県指定 第4570401242

当施設はご契約者に対して、指定短期入所生活介護サービスを提供します。サービス提供の開始にあたり、指定短期入所生活介護事業運営規程に基づき、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事を次のとおり説明します。

1. 事業者に関する事

法人名	社会福祉法人 敬和会 (けいわかい)
法人の所在	宮崎県日南市大字風田3224番地
電話番号	0987-23-1045
代表者氏名	理事長 谷口 弥三郎
設立年月日	昭和47年10月27日

2. 事業所に関する事

事業所の種類	指定介護老人福祉施設
事業所の名称	特別養護老人ホーム 昭寿園サンヒルズ
事業所の所在地	日南市大字風田3224番地
事業所の番号	平成27年7月1日 宮崎県指定 第4570401242
電話番号	0987-23-1045
FAX番号	0987-23-1328
施設長名	谷口 裕子
開設年月日	平成27年7月1日
その他	福祉サービス第三者評価の実施状況 無
本事業の目的及び運営方針	<p>① ユニット型指定短期入所生活介護は、利用者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、利用者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、利用者の日常生活を支援するものとする。</p> <p>② ユニット型指定短期入所生活介護は、利用者のプライバシーの確保に配慮して行うものとする。</p> <p>③ ユニット型指定短期入所生活介護は、各ユニットにおいて利用者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮して行うものとする。</p> <p>④ ユニット型短期事業の職員はユニット型短期入所生活介護の提供に当たって、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うものとする。</p> <p>⑤ ユニット型短期事業者は、自らその提供するユニット型指定短期入所生活介護サービスの質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。</p>

当 法 人 が 行 っ て い る そ の 他 の サ ー ビ ス	通所介護事業（昭寿園デイサービスセンター） 第1号通所事業 訪問介護事業（ホームヘルプサービス） 第1号訪問事業 特別養護老人ホーム 昭寿園サンヒルズ 空床型介護予防短期入所生活介護事業 居宅介護支援事業（昭寿園ケアプラン作成事業所） 介護予防支援事業 住宅型有料老人ホーム サンテラス昭寿園
--	--

3. 施設の概要

(1) 敷地・建物

敷 地	4, 212. 91㎡	
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造6階建（耐火建築）
	延べ床面積	7, 657. 28㎡
	定 員	ユニット型個室120名

(2) 居室

居室の種類	室 数	面 積	基準面積等
ユニット型個室	120室	13. 5㎡	10. 65㎡
居室洗面台	120ヶ所		温水対応

(3) 主な設備

設備の種類	室 数 等	面 積	1人あたりの面積
生活共同室 (食堂及び機能訓練)	12室	46㎡	4. 6㎡
浴室	6室	30㎡	
脱衣室	6室		
座位式特浴槽等	6台		
医務室	1室	36. 19㎡	
静養室	1室	20. 7㎡	
談話コーナー	4ヶ所	12. 7㎡	
ゲストルーム1	1ヶ所	29. 6㎡	
ゲストルーム2	1ヶ所	30. 1㎡	
大研修室	1ヶ所	126. 15㎡	
小研修室	1ヶ所	68. 35㎡	
エレベーター	2基		
相談室1	1ヶ所	10. 175㎡	
相談室2	1ヶ所	30. 1㎡	
エレベーターホール	4ヶ所	13. 062㎡	

※食堂及び機能訓練室の指定基準は、1人あたりの面積が2㎡になっております。

(4) その他の設備

品 名	個 数	用 途
マイクロ波治療器	1	電気治療器
平行棒	2	機能訓練
メドマー	2	〃
テレビ	13	娯楽用
ビデオプロジェクター ピアノ オーディオシステム	各1	〃
カラオケ	2	〃

4. 職員体制 ※職員の配置については指定基準を遵守しています。

従事者の職種	常勤換算人数	
施設長	1名	
事務員	2名以上	
生活相談員	2名以上	
介護職員	40名以上	内、看護職員5名以上
看護職員		
機能訓練指導員	1名以上	
介護支援専門員	2名以上	
管理栄養士	1名以上	
歯科衛生士	1名以上	
介助職員	1名以上	
医師	必要数	(嘱託医 内科5名 協力歯科医1名)

注1 ユニット型施設では最低でも昼間については常時ユニットごとに1名、夜間は2ユニットごとに1名の配置となっております。

5. 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
施 設 長	平日 (8:00~17:00)
事 務 課 長	平日 (8:00~17:00) 土・日・祝は交代制
事 務 員	平日 (8:00~17:00) 土・日・祝は交代制
生 活 相 談 員	平日 (8:00~17:00)
看 護 職 員	毎日 (7:00~22:00 までの時間帯に最少で1名配置)
機 能 訓 練 指 導 員	平日 (8:00~17:00)
介 護 職 員	標準的な時間帯における最低配置人員 毎日 (7:00~19:00) 1ユニットに1人以上の配置 夜間 (19:00~7:00) は2ユニットで1人配置
介 護 支 援 専 門 員	平日 (8:00~17:00)
歯 科 衛 生 士	平日 (8:00~17:00)
管 理 栄 養 士	平日 (8:00~17:00)
栄 養 士	平日 (8:00~17:00)
調 理 員	毎日 (5:00~19:20) 交代制で最低2人以上配置
介 助 職 員	平日 (8:00~17:00)

6. 営業日及び利用の方法

営 業 日	年中無休
ご利用の方法	利用を希望される期間の初日の2ヶ月前から受付けます。

7. 当施設が提供するサービスの内容

種 類	内 容
食 事	<p>《献立》 栄養計算を行い利用者の嗜好、心身状況、健康・栄養状態を考慮した食事を提供します。献立は季節の材料を用い、バラエティに富んだ内容です。</p> <p>《食事形態》 利用者の食事摂取機能を考えた適切な食事形態で提供します。</p> <p>《食事時間/場所》 利用者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、利用者が心身の状況に応じてできる限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保致します。(食事提供時間、食事場所等で相談がある場合は申出下さい。食事摂取時間など考慮して検討致します。) 利用者の意思を尊重し、他の利用者との相互関係を築きやすいように食堂(共同生活室)で食べていただくように支援します。利用者の希望や心身の状況によってはベッドサイド等で食べていただく場合もあります。また、気候の良い時期には野外での食事の提供も行います。</p> <p>《行事食》慣習や行事に合わせ、季節ごとの食事の提供に努めます。</p> <p>《食事介助》 利用者の残存機能を活かし、咀嚼状況、嚥下状況等に応じ必要及び適切な支援又は介助に努めます。</p>
口 腔 ケ ア	利用者一人一人に適した口腔ケアサービスを提供します。口腔疾患等の問題が認められる場合は歯科医師、歯科衛生士と連携できる体制を整えています。

排 泄	<p>《排泄介助の方法》</p> <p>利用者の残存機能を活かし、適切な方法で自立を促すための支援を行います。 おむつを使用せざるを得ない利用者には、排泄の自立を図りながら、おむつを適切に取り替え致します。(おむつは介護保険給付対象です。利用者の負担はありません)</p>
入 浴	<p>《入浴の方法》</p> <p>利用者が身体清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるように、適切な方法により利用者に入浴の機会を提供致します。 (ただし、やむを得ない場合には、清拭を行うことで入浴の提供に、代えさせていただきます。) (座位のとれる方は一般浴及びチェアインバス、寝たきり等で座位のとれない方は、特殊浴槽を利用して入浴可能です。 心身状況や利用者の希望に応じて変更は可能です。)</p>
離床・更衣・整容等	<p>《離床》寝たきりの防止のために、できる限り車椅子等への離床に配慮します。</p> <p>《更衣》心身状況に合わせ更衣を行い、清潔な生活を保てるよう努めます。</p> <p>《整容》整容については、残存機能を活かした援助に努めるとともに寝たきり等の利用者には職員が適切な整容に努めます。</p>
機能訓練	機能訓練指導員により、利用者の心身状況や残存機能に応じて、個別及びグループ別の機能訓練を行います。
健康管理	<p>《配置医師による健康管理》</p> <p>配置医師により、利用者の健康管理、療養指導、相談等を行います。</p> <p>《看護職員等による健康管理》</p> <p>看護職員等によりバイタルチェックを行い、状況に応じて家族の方への報告を行います。</p> <p>《緊急時の対応》</p> <p>速やかにご家族への報告を行い、必要な対応を行います。緊急時に備え、緊急時の対応策を考えておいて下さい。 ご家族に連絡がつかない場合は、施設の判断で行う場合がありますので、ご了承下さい。</p> <p>《受診》</p> <p>受診が必要な場合は、基本的に、家族送迎・家族同伴をお願いします。 必要な情報について、提供を行います。</p> <p>《身体拘束解除の取り組み》</p> <p>身体拘束取扱い指針により、やむを得ない場合を除き身体拘束は当施設では行いません。</p> <p>《事故防止対策》</p> <p>安全管理要綱により入居者の安全に留意して施設全般のサービス提供に努めます。 (事故発生時の対応) 利用者に対するユニット型指定短期入所生活介護サービスの提供により事故が発生した時又はそれに至る危険性がある事態が生じた時は、その状況を速やかに保険者、利用者の家族及び施設長に連絡を行います。前項による当該事実の報告を受けた場合は、施設長はその事故の分析を講じた改善策を職員に周知徹底するものとし、体制を整備します。事故発生防止の為に委員会を設け職員に対する研修を定期的に行います。利用者に対するユニット型指定短期入所生活介護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講じるものとし、ます。</p> <p>《感染症、床ずれ予防対策》</p> <p>感染症予防対策要綱等により、必要な対策を行います。</p>
協力医療機関	<p>協力医療機関：医療法人同仁会 谷口病院</p> <p>協力歯科医療機関：医療法人アーク 昭寿園前歯科</p>
非常災害対策	非常災害その他の緊急の事態に備え必要な設備を整えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、年度防災計画に基づき毎月、利用者及び職員等の訓練を行います。

相談・援助	利用者及びその家族から利用者の利用に関する相談については誠意をもって対応し、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 《担当する職員》 生活相談員
委員会の設置	感染症対策委員会、人権擁護・虐待防止委員会、身体拘束等の適正化委員会、事故防止委員会を設置し定期的に委員会の開催を行います。事故防止委員会に関しては月に1回委員会の開催を行います。
教養等(社会生活上の便宜の提供等)	利用者が生きがいをもって生活していただくための行事や必要な娯楽設備を整えています。 ※感染症の流行状況によっては、行事や外出が出来ない場合があります。 《行事》 (4月・5月)花見 (6月)のど自慢 (7月)昭寿園祭 (9月)敬老会 (10月)室内運動会 (12月)クリスマス会 (1月)神社参拝 (2月)節分 (毎月)誕生会、外出の日、移動図書館 他 《ユニットワーク》 長寿体操、風船バレー、カラオケ、ビデオ鑑賞、ボーリング、その他にも職員が工夫を凝らし行っております。

8. 介護保険給付サービス利用料金（1日あたり）〔第5条関係〕

介護保険給付対象サービスについては、サービス利用料金の介護保険負担割合証による額が利用者負担となります。

空床型ユニット型短期入所生活介護費 ※1 割負担の場合

介護度	サービス利用料金	利用者負担金	1ヶ月利用料金
要介護1	7,040円	704円	704円×利用日数
要介護2	7,720円	772円	772円×利用日数
要介護3	8,470円	847円	847円×利用日数
要介護4	9,180円	918円	918円×利用日数
要介護5	9,870円	987円	987円×利用日数

※2 割負担の場合は上記金額の2倍、3割負担の場合は上記金額の3倍になります。

9. その他の介護保険給付サービス加算

※1 割負担の場合

機能訓練加算	機能訓練指導員により利用者の心身状況、残存機能に応じた機能訓練を行います。1日あたり12円の負担が必要です。
夜勤職員配置加算Ⅳ	夜勤帯(17時～翌9時)に基準より1名以上多く配置しています。(計算方法は国の基準)また夜間帯(17時～翌9時)の間に、連続して看護職員又は喀痰吸引の資格保有者(特定登録者)を1名以上配置しています。1日あたり20円の負担が必要です
看護体制加算Ⅰ	常勤の看護師を1名以上配置しています。1日あたり4円の負担が必要です。
看護体制加算Ⅱ	利用者の人数に応じた看護職員を基準以上に配置しています。また病院との連携も24時間連絡ができる体制を確保しています。 1日あたり8円の負担が必要です。
サービス提供体制加算Ⅰ	介護職員総数の介護福祉士の割合が80%以上配置しています。1日あたり22円の負担が必要です。
送迎加算	利用者の心身の状態、家族等の事情等で送迎を行うことが必要な方は送迎を行います。片道1回につき184円の負担が必要です。
長期利用提供時	連続して30日を超える利用の場合、31日目より1日につき空床型ユニット型短期入所生活介護費Ⅰより30単位を減算します。 ※31日目は介護保険給付外になり、全額自己負担となります。
介護職員等処遇改善加算	1ヶ月の利用単位数合計にサービス別加算率(14.0%)を乗じた単位数が算定されます。介護度・利用日数・利用状況等によって単位数が変わります。

※2 割負担の場合は上記加算金額の2倍になります。3割負担の場合は上記加算金額の3倍になります

10. 介護保険外給付サービスと利用料金

(1) 食事の提供に要する費用（食材費及び調理費）

利用者に提供する食事の材料費及び調理費（1日 1,445円）にかかる費用です。
 ただし、介護保険負担限度額認定証を受けている方は、その認定証に記載された食費の金額（1日あたり）のご負担になります。

(2) 居住費に要する費用（光熱水費）

当施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり光熱水費相当額（1日 2,066円）をご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証を受けている方は、その認定証に記載された滞在費（居住費）の金額（1日あたり）のご負担となります。

対象者	通常 (第4段階)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			
		生活保護受給者等 (第1段階)	年金収入等80万円以下 (第2段階)	年金収入等80万円超120万円以下 (第3段階①)	年金収入等120万円超 (第3段階②)
食事提供に要する費用	1,445円	300円	600円	1,000円	1,300円
居住（滞在）に要する費用	2,066円	880円	880円	1,370円	1,370円

※ 朝食 365円、昼食 560円、夕食 520円。3食合計 1,445円になります。

(3) 次のサービスは自己負担となります。（介護保険給付外サービス）

種類	内容
クラブ活動	クラブ活動やレクリエーションによっては、活動費・経費等を負担していただく場合があります。
理美容サービス	随時行います。
特別な食事 その他	利用者の希望により特別に提供された食事、施設で準備・貸与する物品以外に利用者の希望により購入するものについては、実費を負担していただきます。

1.1. 料金の支払い方法 [第5条関係]

【請求書の送付】

1ヵ月ごとに利用料金を計算し、サービスを受けた翌月10日までに契約者又は契約者代理人へ請求書を送付致します。

【支払方法】

利用者名義での口座引落となります。

(手続きの関係で、引落がご利用月の翌々月になる場合もございます)

対象金融機関	宮崎銀行、宮崎太陽銀行、宮崎第一信用金庫、宮崎県南部信用組合、九州労働金庫（宮崎県内の営業店）、宮崎県下農業協同組合、ゆうちょ銀行、宮崎県下漁業協同組合、鹿児島銀行、西日本銀行、肥後銀行、大分銀行、福岡銀行、西日本シティ銀行、南日本銀行
引落日	20日（20日が土日祝日の場合は、翌営業日の引落になります） 19日までに、残高の確認をお願いします
手数料	99円

口座引落の契約口座が引落出来ない場合は、下記の口座に振込をお願いします。

<振込口座>

(振込手数料は利用者負担となります)

金融機関	種別	口座番号	預金口座名義
宮崎銀行 油津支店	普通預金	172277	特別養護老人ホーム昭寿園サンヒルズ短期入所 理事長 谷口 弥三郎

12. 施設を退所していただく場合（契約の終了）

※当施設との契約では次のような事由がない限り、サービスを利用することができます。

万一このような事項に該当するに至った場合は、当施設との契約は終了し、利用者に退所していただくこととなります。

〔第16条関係〕

- ① 利用者が死亡した場合
- ② 介護認定により利用者が心身の自立と判定された場合
- ③ 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施設を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、利用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 事業者から退所の申し出を行った場合

【利用者からの申出】〔第18条関係〕

契約の有効期間であっても、利用者は当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する2日前までに退所申出書をご提出下さい。

ただし、以下の場合には即時に契約を解約、解除し、施設を退所することが出来ます。

- 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 利用者が入院された場合
- ③ 利用者に係る居宅サービス計画（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短期入所生活介護サービスを実施しない場合
- ⑤ 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 業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により利用者の身体、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 他の利用者が利用者の身体、財物、信用等を傷付けた場合、もしくは傷付ける恐れがある場合において、事業者が適切な対応を取らない場合。

事業者からの申出により退所していただく場合〔第19条関係〕

以下の事項に該当する場合には、契約解除の取り扱いとして当施設を退所していただくことがあります。

- ① 利用者が、契約終結時その心身の状況及び病歴等の重要事項について、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 利用者によるサービス利用料金の支払いが3ヵ月以上遅延し、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 利用者が、故意又は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 利用者が介護老人保健施設に入所した場合、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

13. その他、施設をご利用の際の留意点

【面会】

面会時は、次の点にご留意下さい。

- ◎ 面会時間は午前7時から午後8時までになっております。
- ◎ 飲食物等の持ち込みについては、お断りしております。
- ◎ 手指の消毒等：来訪の際は、玄関備え付けの自動手指消毒器で消毒してください。
また、季節によってはマスクの着用をお願いしております。
- ◎ 面会簿の記入：面会の方は必ず玄関に備え付けの面会簿にご記入ください。
- ◎ 利用者の心身を傷つける恐れ、又事故に繋がるような行為は厳に慎み下さい。
- ◎ 利用者のプライバシーに対し、問題となるような行動及び迷惑行為は厳に慎み下さい。
- ◎ 感染拡大の状況によっては、感染症対策の為、面会を禁止又はテレビ電話、ガラス越し面会等の対応となる場合がございます。

【外出】

外出の際は別紙書類に必要事項を記入していただきます。その際に、食事が不要な場合は2時間前までにお申出下さい。感染拡大の状況によっては、感染症対策の為、外出・外泊を中止する場合がございます。

【喫煙・飲酒】

喫煙について、当施設内ではご遠慮願います。

飲酒については、ご希望があれば夕食時に提供致します。ただし、協力医師の指示及び他の利用者に対して迷惑のかかる恐れがある場合についてはお断りすることがあります。

【施設・設備の使用上の注意】

- ◎ 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ください。
故意、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、汚したりした場合は、利用者の自己負担により現状に復していただくか、また相当の代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及び安全衛生等の管理上必要があると認められる場合には、利用者の居室に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。
ただし、その場合は利用者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。

【自己所有物品の持込】

日常生活に必要な物品（衣類、洗面具、寝具、介護機器等）の持込についての規制はありません。ただし、次の物品については他の利用者に対する生活への支障を考慮して一部制限や持込をご遠慮していただく場合があります。

- ・仏壇、位牌（部屋のスペースにあわせた大きさに制限があります）
- ・ペット（基本的に持込は出来ません）
- ・カミソリ、裁縫の針、その他危険物の持ち込みはできません。

利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上必要があると認められる場合には、利用者の居室に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。

ただし、その場合は利用者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。

【所持品の管理】

日常生活に必要な衣類、備品等については利用時所定の用紙に記入し、確実に管理させていただきます。なお、消耗の状況により使用できないと判断した場合は、利用者及び代理人の了解のもと処分させていただきます。

所持品については、持込みの際に必ず名前のご記入をお願いします。

【宗教活動・政治活動・物品販売の禁止】

施設内において他の利用者及び職員への宗教活動・政治活動・物品販売については固くお断り申し上げます。

☆苦情の受け付けについて

当事業所に対する苦情やご相談は次の窓口で受け付けます。

◎苦情受付窓口 生活相談員

◎受 付 時 間 午前8時～午後5時（月曜日～金曜日まで）
土曜日、日曜日、祝日は、受付出来ない場合がございます。

◎その他の苦情受付機関

福祉サービス第三者委員会

氏 名：門分 久美子

電話番号：0987-23-4772

氏 名：小野 小百合

電話番号：090-6636-3953

氏 名：鈴木 優子

電話番号：0987-23-6739

日南市市民部長寿課

住 所：日南市中央通一丁目1番2号

電話番号：0987-31-1160

受付時間：午前8時30分～午後5時15分

（月曜～金曜まで）

宮崎県国民健康保険団体連合会

住 所：宮崎市下原町231番地1

介護保険事務局

電話番号：0985-35-5311（苦情処理専用）

F A X 番 号：0985-25-0268（苦情処理専用）

受付時間：午前8時30分～午後5時15分

（月曜～金曜まで）

短期入所利用料概算明細表 (ユニット型個室) ※1割負担の場合
(令和 年 月 日 現在)

様 介護度 ()

サービス名		単位数 1日あたり		利用負担 1日あたり 単位 (円)	該当	備考
短期入所生活介護費 空床型ユニット型	要介護1	704 単位/日		704 円		
	要介護2	772 単位/日		772 円		
	要介護3	847 単位/日		847 円		
	要介護4	918 単位/日		918 円		
	要介護5	987 単位/日		987 円		
諸 加 算	機能訓練加算	12 単位/日		12 円		
	夜勤職員配置加算IV	20 単位/日		20 円		
	看護体制加算(I)	4 単位/日		4 円		
	看護体制加算(II)	8 単位/日		8 円		
	サービス提供体制強化加算 I	22 単位/日		22 円		
	送迎加算	184 単位/回		184 円	※	
	介護職員等処遇改善 加算	変動				1ヶ月利用合計 単位数×14.0%
利 用 料	食 費	第1段階	300 円/日		300	
		第2段階	600 円/日		600	
		第3段階①	1,000 円/日		1,000	
		第3段階②	1,360 円/日		1,360	
		第4段階	1,445 円/日		1,445	
	居 住 費	第1段階	880 円/日		880	
		第2段階	880 円/日		880	
		第3段階①②	1,370 円/日		1,370	
		第4段階	2,066 円/日		2,066	
		理髪代	1,500 円/回		1,500	

(注) 今後、要介護度・諸加算・食費、居住費の段階等に変動がある場合には施設利用料が変わります。ご了承下さい。

(注) 諸加算の※については対象者のみが加算されます。

(注) 連続して30日を超える利用の場合、1日につき短期入所生活介護費 I から30単位を減算します。
31日目は介護保険給付外になり、全額自己負担となります。

短期入所利用料概算明細表 (ユニット型個室) ※2割負担の場合

(令和 年 月 日 現在)

様 介護度 ()

サービス名		単位数 1日あたり		利用負担 1日あたり 単位 (円)	該当	備考
短期入所生活介護費 空床型ユニット型	要介護1	704 単位/日		1,408 円		
	要介護2	772 単位/日		1,544 円		
	要介護3	847 単位/日		1,694 円		
	要介護4	918 単位/日		1,836 円		
	要介護5	987 単位/日		1,974 円		
諸 加 算	機能訓練加算	12 単位/日		24 円		
	夜勤職員配置加算IV	20 単位/日		40 円		
	看護体制加算(I)	4 単位/日		8 円		
	看護体制加算(II)	8 単位/日		16 円		
	サービス提供体制強化加算 I	22 単位/日		44 円		
	送迎加算	184 単位/回		368 円	※	
	介護職員等処遇改善 加算	変動				1ヶ月利用合計 単位数×14.0%
利 用 料	食 費	第1段階	300 円/日		300	
		第2段階	600 円/日		600	
		第3段階①	1,000 円/日		1,000	
		第3段階②	1,360 円/日		1,360	
		第4段階	1,445 円/日		1,445	
	居 住 費	第1段階	880 円/日		880	
		第2段階	880 円/日		880	
		第3段階①②	1,370 円/日		1,370	
		第4段階	2,066 円/日		2,066	
		理髪代	1,500 円/回		1,500	

(注) 今後、要介護度・諸加算・食費、居住費の段階等に変動がある場合には施設利用料が変わります。ご了承下さい。

(注) 諸加算の※については対象者のみが加算されます。

(注) 連続して30日を超える利用の場合、1日につき短期入所生活介護費 I から30単位を減算します。
31日目は介護保険給付外になり、全額自己負担となります。

短期入所利用料概算明細表(ユニット型個室) ※3割負担の場合

(令和 年 月 日 現在)

様 介護度 ()

サービス名		単位数 1日あたり		利用負担 1日あたり 単位(円)	該当	備考
短期入所生活介護費 空床型ユニット型	要介護1	704 単位/日		2,112 円		
	要介護2	772 単位/日		2,316 円		
	要介護3	847 単位/日		2,541 円		
	要介護4	918 単位/日		2,754 円		
	要介護5	987 単位/日		2,961 円		
諸 加 算	機能訓練加算	12 単位/日		36 円		
	夜勤職員配置加算IV	20 単位/日		60 円		
	看護体制加算(I)	4 単位/日		12 円		
	看護体制加算(II)	8 単位/日		24 円		
	サービス提供体制強化加算 I	22 単位/日		66 円		
	送迎加算	184 単位/回		552 円	※	
	介護職員等処遇改善 加算	変動				1ヶ月利用合計 単位数×14.0%
利 用 料	食 費	第1段階	300 円/日		300	
		第2段階	600 円/日		600	
		第3段階①	1,000 円/日		1,000	
		第3段階②	1,360 円/日		1,360	
		第4段階	1,445 円/日		1,445	
	居 住 費	第1段階	880 円/日		880	
		第2段階	880 円/日		880	
		第3段階①②	1,370 円/日		1,370	
		第4段階	2,066 円/日		2,066	
		理髪代	1,500 円/回		1,500	

(注) 今後、要介護度・諸加算・食費、居住費の段階等に変動がある場合には施設利用料が変わります。ご了承下さい。

(注) 諸加算の※については対象者のみが加算されます。

(注) 連続して30日を超える利用の場合、1日につき短期入所生活介護費 I から30単位を減算します。
31日目は介護保険給付外になり、全額自己負担となります。

令和 年 月 日

短期入所生活介護サービスの開始にあたり、契約者に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

<事業者>

住 所 日南市大字風田3224番地

事業者名 社会福祉法人 敬和会

代表者名 理事長 谷口 弥三郎 (印)

(指定番号 第4570401242)

<説明者>

所 属 生活相談員

氏 名 (印)

私は本書面により、短期入所生活介護サービスの開始にあたり、事業者から重要事項説明を受け内容を確認の上、同意いたしました。

<契約者>

住 所

氏 名 (印)

<契約代理人>

住 所

氏 名 (印)