

社会福祉法人 正心会
さぎそう園短期入所生活介護事業所
重要事項説明書

当事業者は介護保険の指定を受けています。

さぎそう園短期入所生活介護事業所 介護予防短期入所生活介護事業所

(兵庫県指定 第2873100198号)

短期入所生活介護 — 指定居宅サービス

介護予防短期入所生活介護 — 指定介護予防サービス

当事業所はご契約者に対して短期入所生活介護サービス及び介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。事業所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. 事業者

- | | |
|----------------|---|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 正心会 |
| (2) 法人所在地 | 川西市丸山台3丁目5番地の6 |
| (3) 電話番号 | 072-794-7600 |
| (4) 代表者氏名 | 生駒二郎 |
| (5) 設立年月日 | 昭和61年2月10日 |
| (6) メールアドレス | sagisou@seisin.or.jp |
| (7) ホームページアドレス | URL http://www.seisin.or.jp |

2. 事業所の概要

- | | |
|--------------|--|
| (1) 建物の構造 | 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上2階 地下3階 |
| (2) 建物の延べ床面積 | 4,393.83㎡ |
| (3) 施設の周辺環境 | 住宅に隣接した静かな環境です。高台に位置しているため、日当たり、眺望にも恵まれています。 |

〔事業所の説明〕

(1) 施設の種類

短期入所生活介護 : 平成12年4月1日指定 兵庫県2873100198号

介護予防短期入所生活介護 : 平成18年4月1日指定 兵庫県2873100198号

※当事業所は特別養護老人ホームさぎそう園に併設されています。

(2) 施設の目的

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必要な居

室および共用施設等をご利用いただき、短期入所生活介護サービス及び介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。

(3)施設の名称 さぎそう園短期入所生活介護事業所

TEL 072-794-7600

FAX 072-794-7573

(4)施設の所在地 兵庫県川西市丸山台3丁目5番地の6

交通機関 能勢電鉄日生中央駅下車後、阪急バス「カリヨンの丘循環」行き、
カリヨンの丘下車すぐ。

(5)施設長（管理者） 氏名 干 川 尚 美

(6)当施設の運営方針

当施設は、ご契約者の皆さまに適正な介護サービスを提供する為に、皆さまの心身の特徴を知り、その有する能力に応じて自立した生活を営むことができるよう、生活全般にわたり支援いたします。

(7)開設（サービス開始）年月日

短期入所生活介護 平成 9年 5月21日

介護予防短期入所生活介護 平成18年 4月 1日

(8)当事業所に併設されている事業所は次の通りです。

「介護老人福祉施設」、「通常規模型通所介護」、「第1号通所事業」、
「認知症対応型通所介護」、「訪問介護」、「第1号訪問事業」、
「居宅介護支援」、「地域包括支援センター」

(9)通常の事業の実施地域 川西市、猪名川町、能勢町（宿野28以南）、
豊能町（光風台、新光風台、ときわ台、東ときわ台）

(10)営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	8:45～17:30
サービス提供時間	終 日

(11)利用定員

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 10人

(12)居室等の概要（短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護）

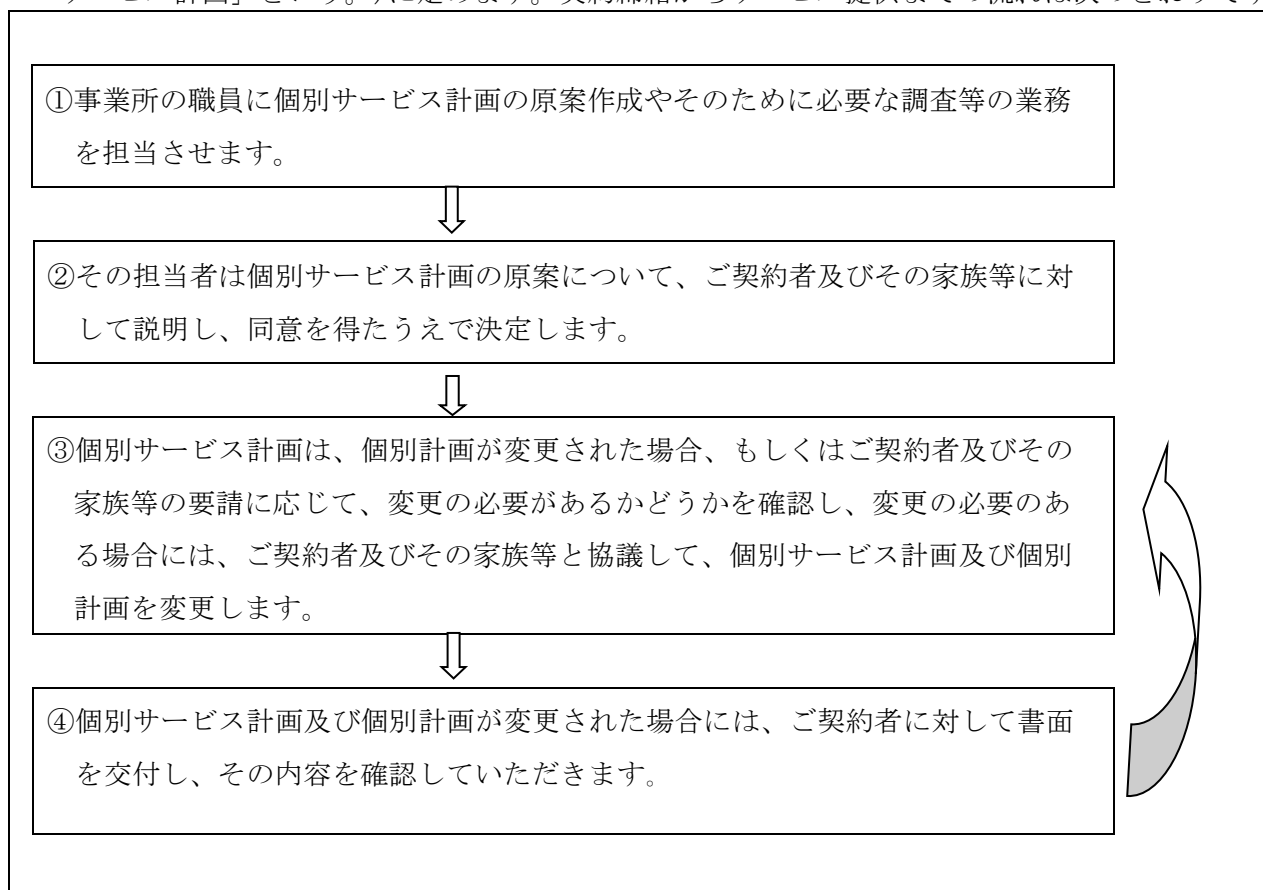
短期入所生活介護サービスの利用にあたり、当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。
(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

居室・設備の種類	室 数	備 考
個室(1人部屋)	10室	個室には基本的にトイレ・洗面がついています
食 堂	1カ所	
浴 室	1ヶ所	介助浴・機械浴槽
医 務 室	1カ所	

☆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、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

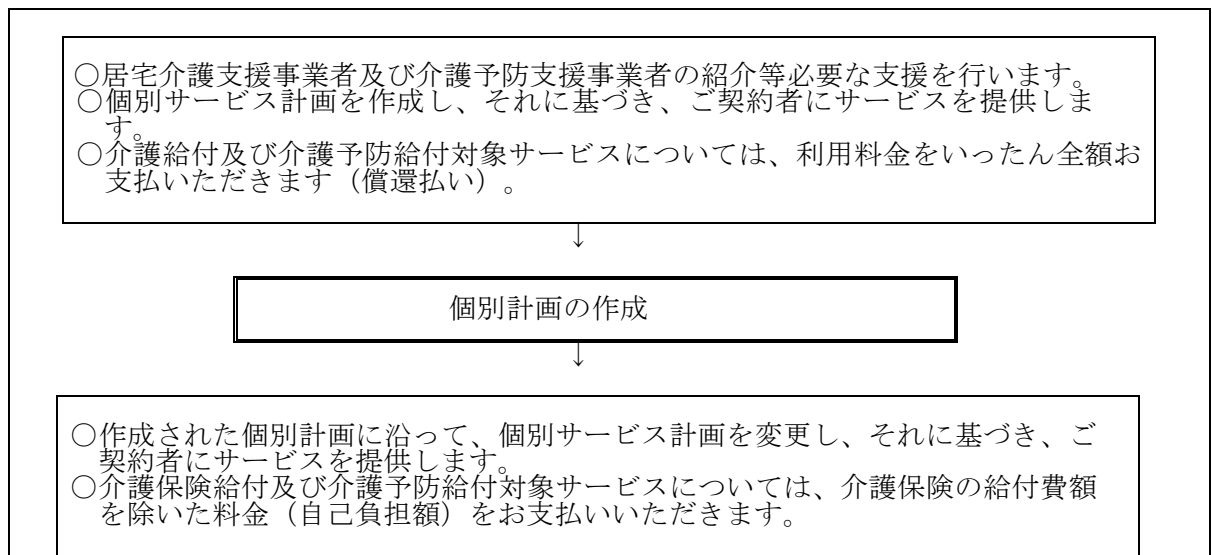
3. 契約締結からサービス提供までの流れ（契約書第3条参照）

- (1) 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」及び「介護予防サービス計画」（以下、「個別計画」という。）がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成するそれぞれのサービスに係る短期入所介護計画（以下、「個別サービス計画」という。）に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。

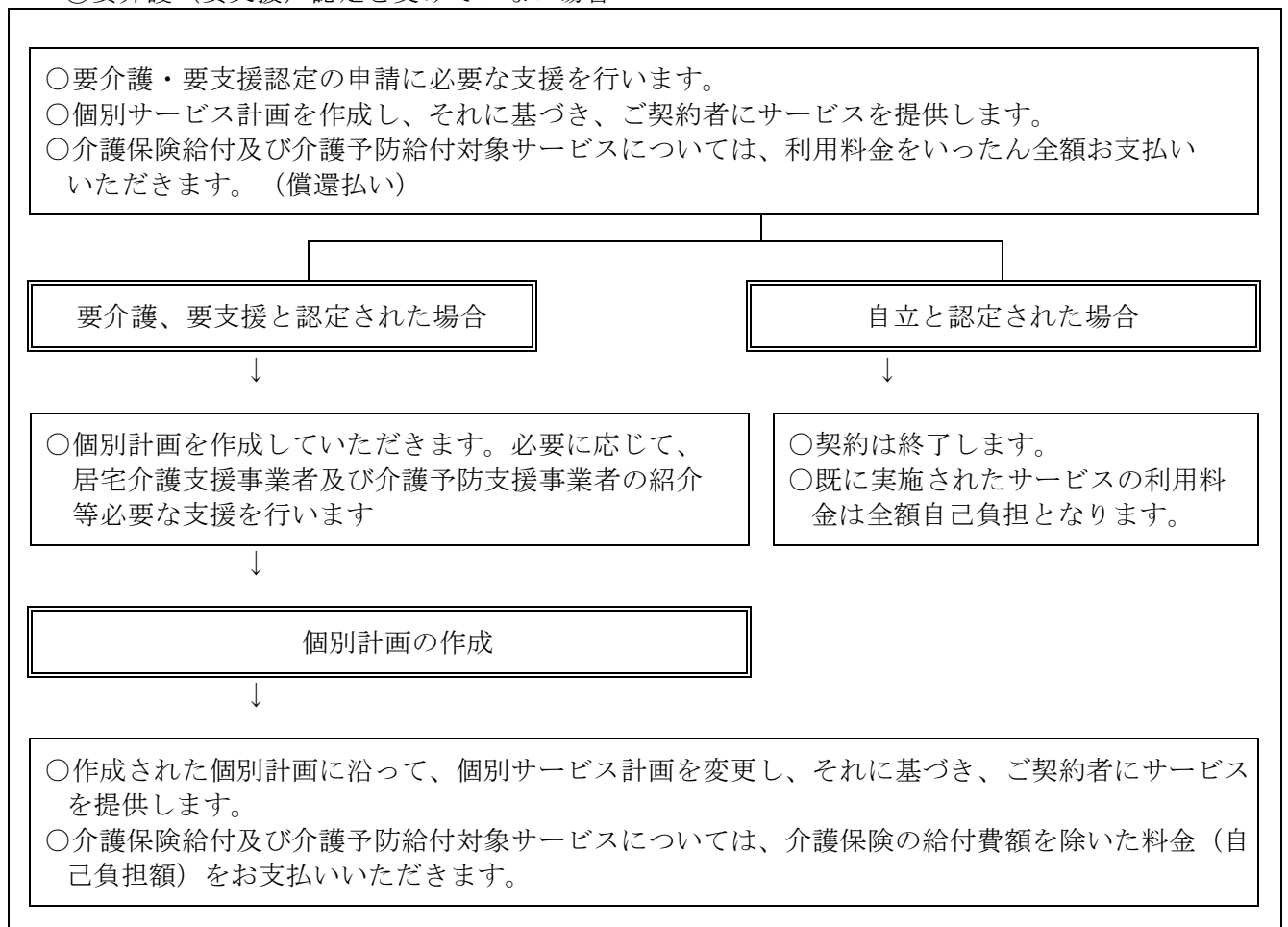


- (2) ご契約者に係る「個別計画」作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

- ①要介護（要支援）認定を受けている場合



②要介護（要支援）認定を受けていない場合



4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して短期入所生活介護サービス及び介護予防短期入所介護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 種	短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護	
	配置人員	指定基準
1. 事業所長(管理者)	1名	1名
2. 生活相談員	1名	1名
3. 介護職員	3名	3名
4. 看護職員	1名	1名
5. 介護支援専門員	1名	—
6. 医師	1名(嘱託)	—
7. 管理栄養士	1名以上	—
8. 機能訓練指導員	1名	1名

※配置基準を下回らない範囲で変動します。

※短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護については、すべての職種について特養と兼務です。

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 医師	毎週火曜日 14:15～17:15
2. 生活相談員	月～金曜日 8:45～17:30
3. 介護職員	勤務における標準的な時間帯 早出 7:45～16:30 2名 日勤 8:45～17:30 1名 遅出 10:15～19:00 3名 夕勤 17:00～19:00 1名 夜勤 16:30～翌10:00 2名
4. 看護職員	勤務における標準的な時間帯 8:45～17:30 1名
5. 機能訓練指導員	勤務における標準的な時間帯 8:45～17:30 1名

土曜日・日曜日は上記と異なります。

〈配置職員の職種〉

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・助言等を行います。

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。

看護職員

…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。

医 師

…ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

5. 当事業所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。

- 短期入所生活介護サービス
- 介護予防短期入所生活介護サービス

また、それぞれのサービスについて以下場合があります。

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

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割・8割・7割）が介護保険から給付されます。

(i) 〈サービスの概要〉

① 食事

- ・当事業所では、管理栄養士（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て食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間）

朝食：8：00～ 昼食：12：00～ 間食：15：00～ 夕食：18：00～

② 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行い、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。
- ・オムツを使用している方でも、定期もしくは随時に介護職員が交換いたします。

④健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑤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、最低1週間に1回のシーツ交換を行います。

⑥定例行事および全員参加するレクリエーション

(ii) 〈サービス利用料金（1日あたり）〉（契約書第8条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護（要支援）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）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（要支援）度に応じて異なります。）

※下表3. 自己負担額は1割分の表記です。2割負担の方は下表3. 自己負担額（1割分）の2倍、3割負担の方は下表3. 自己負担額（1割分）の3倍の金額となります。

〈多床室の場合〉（1日あたり）

1. ご契約者のサービス利用料金	要支援1 4,758 円	要支援2 5,918 円	要介護1 6,361 円	要介護2 7,089 円	要介護3 7,859 円	要介護4 8,598 円	要介護5 9,326 円
2. 介護保険から給付される金額	4,282 円	5,326 円	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3. 自己負担額(1割分)	476 円	592 円	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4. 滞在費	915 円						
5. 食 費	2,000 円(朝食 380 円・昼食 870 円・夕食 750 円)						
6. 自己負担額合計額 (3+4+5)	3,191 円	3,307 円	3,352 円	3,424 円	3,501 円	3,575 円	3,648 円

〈従来型個室の場合〉（1日あたり）

1. ご契約者のサービス利用料金	要支援1 4,758 円	要支援2 5,918 円	要介護1 6,361 円	要介護2 7,089 円	要介護3 7,859 円	要介護4 8,598 円	要介護5 9,326 円
2. 介護保険から給付される金額	4,282 円	5,326 円	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3. 自己負担額 (1割分)	476 円	592 円	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4. 滞在費	1,231 円						
5. 食 費	2,000 円(朝食 380 円・昼食 870 円・夕食 750 円)						
6. 自己負担額合計額 (3+4+5)	3,507 円	3,623 円	3,668 円	3,740 円	3,817 円	3,891 円	3,964 円

※自己負担額合計欄は1日（朝・昼・夕）全食摂った場合の額となります。

※昼食代にはおやつ代を含んでいます。（上記の金額は概ねの目安です。）

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、実際に負担いただく額は、以下の表の通りとなります。

(利用料金は全て1日あたりの料金となります。)

介護保険負担限度額認定者のサービス利用料金

利用者負担第1段階

生活保護受給者、老齢福祉年金の受給者

預貯金等の資産 単身 1,000 万円、夫婦 2,000 万円以下の者

〈多床室の場合〉

1. ご契約者の サービス利用料金	要支援 1 4,758 円	要支援 2 5,918 円	要介護 1 6,361 円	要介護 2 7,089 円	要介護 3 7,859 円	要介護 4 8,598 円	要介護 5 9,326 円
2. 介護保険から 給付される金額	4,282 円	5,326 円	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3. 自己負担額(1 割分)	476 円	592 円	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4. 滞在費	0 円						
5. 食 費	1 日あたりの負担限度額 300 円(朝食 380 円・昼食 870 円・夕食 750 円)						
6. 自己負担合計額 (3+4+5)	776 円	892 円	937 円	1,009 円	1,086 円	1,160 円	1,233 円

〈従来型個室の場合〉

1. ご契約者の サービス利用料金	要支援 1 4,758 円	要支援 2 5,918 円	要介護 1 6,361 円	要介護 2 7,089 円	要介護 3 7,859 円	要介護 4 8,598 円	要介護 5 9,326 円
2. 介護保険から 給付される金額	4,282 円	5,326 円	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3. 自己負担額(1 割分)	476 円	592 円	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4. 滞在費	380 円						
5. 食 費	1 日あたりの負担限度額 300 円(朝食 380 円・昼食 870 円・夕食 750 円)						
6. 自己負担合計額 (3+4+5)	1,156 円	1,272 円	1,317 円	1,389 円	1,466 円	1,540 円	1,613 円

※自己負担額合計欄は1日(朝・昼・夕)全食摂った場合の額となり、負担限度額を超えない範囲でのご負担となります。

※昼食代にはおやつ代を含んでいます。

(上記金額は概ねの目安です)

利用者負担第2段階

市町村民税世帯非課税であって（合計所得＋課税年金）80万円以下の方
 預貯金等の資産 単身 650万円、夫婦 1,650万円以下の者

〈多床室の場合〉

1. ご契約者の サービス利用料金	要支援 1 4,758 円	要支援 2 5,918 円	要介護 1 6,361 円	要介護 2 7,089 円	要介護 3 7,859 円	要介護 4 8,598 円	要介護 5 9,326 円
2. 介護保険から 給付される金額	4,282 円	5,326 円	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3. 自己負担額(1 割分)	476 円	592 円	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4. 滞在費	430 円						
5. 食 費	1 日あたりの負担限度額 600 円(朝食 380 円・昼食 870 円・夕食 750 円)						
6. 自己負担合計額 (3+4+5)	1,506 円	1,622 円	1,667 円	1,739 円	1,816 円	1,890 円	1,963 円

〈従来型個室の場合〉

1. ご契約者の サービス利用料金	要支援 1 4,758 円	要支援 2 5,918 円	要介護 1 6,361 円	要介護 2 7,089 円	要介護 3 7,859 円	要介護 4 8,598 円	要介護 5 9,326 円
2. 介護保険から 給付される金額	4,282 円	5,326 円	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3. 自己負担額(1 割分)	476 円	592 円	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4. 滞在費	480 円						
5. 食 費	1 日あたりの負担限度額 600 円(朝食 380 円・昼食 870 円・夕食 750 円)						
6. 自己負担合計額 (3+4+5)	1,556 円	1,672 円	1,717 円	1,789 円	1,866 円	1,940 円	2,013 円

※自己負担額合計欄は 1 日(朝・昼・夕)全食摂った場合の額となり、負担限度額を超えない範囲でのご負担となります。

※昼食代にはおやつ代を含んでいます。

(上記の料金は概ねの目安です)

利用者負担第3段階①

市町村民税世帯非課税であって（合計所得＋課税年金）80万円超120万円以下の方
預貯金等の資産 単身550万円、夫婦1,550万円以下の者

〈多床室の場合〉

1. ご契約者の サービス利用料金	要支援1 4,758円	要支援2 5,918円	要介護1 6,361円	要介護2 7,089円	要介護3 7,859円	要介護4 8,598円	要介護5 9,326円
2. 介護保険から 給付される金額	4,282円	5,326円	5,724円	6,380円	7,073円	7,738円	8,393円
3. 自己負担額(1割分)	476円	592円	637円	709円	786円	860円	933円
4. 滞在費	430円						
5. 食費	1日あたりの負担限度額1,000円(朝食380円・昼食870円・夕食750円)						
6. 自己負担合計額 (3+4+5)	1,906円	2,022円	2,067円	2,139円	2,216円	2,290円	2,363円

〈従来型個室の場合〉

1. ご契約者の サービス利用料金	要支援1 4,758円	要支援2 5,918円	要介護1 6,361円	要介護2 7,089円	要介護3 7,859円	要介護4 8,598円	要介護5 9,326円
2. 介護保険から 給付される金額	4,282円	5,326円	5,724円	6,380円	7,073円	7,738円	8,393円
3. 自己負担額(1割分)	476円	592円	637円	709円	786円	860円	933円
4. 滞在費	880円						
5. 食費	1日あたりの負担限度額1,000円(朝食380円・昼食870円・夕食750円)						
6. 自己負担合計額 (3+4+5)	2,356円	2,472円	2,517円	2,589円	2,666円	2,740円	2,813円

※自己負担額合計欄は1日(朝・昼・夕)全食摂った場合の額となり、負担限度額を超えない範囲でのご負担となります。

※昼食代にはおやつ代を含んでいます。

(上記の料金は概ねの目安です)

利用者負担第3段階②

市町村民税世帯非課税であって（合計所得＋課税年金）120万円超の方
預貯金等の資産 単身 500万円、夫婦 1,500万円以下の者

〈多床室の場合〉

1. ご契約者の サービス利用料金	要支援 1 4,758 円	要支援 2 5,918 円	要介護 1 6,361 円	要介護 2 7,089 円	要介護 3 7,859 円	要介護 4 8,598 円	要介護 5 9,326 円
2. 介護保険から 給付される金額	4,282 円	5,326 円	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3. 自己負担額(1 割分)	476 円	592 円	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4. 滞在費	430 円						
5. 食 費	1 日あたりの負担限度額 1,300 円(朝食 380 円・昼食 870 円・夕食 750 円)						
6. 自己負担合計額 (3+4+5)	2,206 円	2,322 円	2,367 円	2,439 円	2,516 円	2,590 円	2,663 円

〈従来型個室の場合〉

1. ご契約者の サービス利用料金	要支援 1 4,758 円	要支援 2 5,918 円	要介護 1 6,361 円	要介護 2 7,089 円	要介護 3 7,859 円	要介護 4 8,598 円	要介護 5 9,326 円
2. 介護保険から 給付される金額	4,282 円	5,326 円	5,724 円	6,380 円	7,073 円	7,738 円	8,393 円
3. 自己負担額(1 割分)	476 円	592 円	637 円	709 円	786 円	860 円	933 円
4. 滞在費	880 円						
5. 食 費	1 日あたりの負担限度額 1,300 円(朝食 380 円・昼食 870 円・夕食 750 円)						
6. 自己負担合計額 (3+4+5)	2,656 円	2,772 円	2,817 円	2,889 円	2,966 円	3,040 円	3,113 円

※自己負担額合計欄は 1 日(朝・昼・夕)全食摂った場合の額となり、負担限度額を超えない範囲でのご負担となります。

※昼食代にはおやつ代を含んでいます。

(上記の料金は概ねの目安です)

☆ご契約者がまだ要介護（要支援）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。要介護又は要支援の認定を受けた後、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）。また、個別計画が作成されていない場合も償還払いとなります。

☆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いたします。

☆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上表と異なる場合があります。

☆エリア外（運営規程に定められた地域外）の送迎については、上記の加算額に加えてエリア外の実費をご負担していただくことになります。（ご利用毎に、エリア外より 1km 当り 50 円）

☆次の体制を充実させた場合には、上記の表以外に厚生労働省の定める基準に従いご負担いただくことになります。またこのような場合には、事前にその負担額の変更について通知いたします。

なお、負担割合証に記載される負担割合が 2 割又は 3 割の方は、おおむね 2 倍又は 3 倍の負担額になります。

☆ 機能訓練体制加算 13 円/日

機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を 1 名以上配置した場合

☆ 個別機能訓練加算 59 円/日

機能訓練指導員等がご利用者様の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し計画に基づいて、機能訓練を実施、評価および見直しを行った場合

☆ 生活機能向上連携加算 211 円/月（個別機能訓練加算算定時 106 円/月）

①訪問リハビリ、通所リハビリを実施している事業所又は医療施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師が施設に訪問し、施設と共同で個別機能訓練計画を作成すること。

②リハビリテーション専門職と連携し、個別機能訓練計画の進捗状況を 3 月ごとに 1 回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと。

☆ 送迎加算 195 円/回（片道）

自宅(事業所)から事業所(自宅)までの間の送迎を行う場合

☆ サービス体制強化加算（次のうちのいずれか）

<u>(Ⅰ)</u>	・ 介護福祉士が 80%以上配置されている場合	<u>24 円/日</u>
	・ 10 年以上の勤続年数がある介護福祉士が 35%以上配置されている場合	
<u>(Ⅱ)</u>	・ 介護福祉士が 60%以上配置されている場合	<u>19 円/日</u>
<u>(Ⅲ)</u>	・ 介護福祉士が 50%以上配置されている場合	<u>7 円/日</u>
	・ 常勤職員が 75%以上配置されている場合	
	・ 7 年以上の勤続年数のあるものが 30%以上配置されている場合	

☆ 看護体制加算 (Ⅰ) 5 円/日 (要介護度 1～5 の方のみ)

常勤の看護師を 1 名以上配置している場合

☆ 看護体制加算（Ⅱ）9 円／日（要介護度 1～5 の方のみ）

- 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場合
- ② 当該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場合

☆ 看護体制加算（Ⅲ）13 円／日（要介護 1～5 の方のみ）

看護体制加算（Ⅰ）の要件に加え、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 70%以上である場合。

☆ 看護体制加算（Ⅳ）25 円／日（要介護 1～5 の方のみ）

看護体制加算（Ⅱ）の要件に加え、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 70%以上である場合。

☆ 看取り連携体制加算 68 円／日

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内容を説明し、同意を得た場合

☆ 口腔連携強化加算 53 円／回

利用者の同意を得て口腔の健康状態の評価を実施し、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し結果を情報提供した場合

☆ 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）106 円／月 見守り機器等のテクノロジーを複数導入

（Ⅱ） 11 円／月 見守り機器等のテクノロジーを 1 つ導入

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資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改善活動を継続的に行っている場合

☆ 夜勤職員配置加算（Ⅰ） 14 円／日（要介護度 1～5 の方のみ）

夜勤を行う介護職員の数が、最低基準を 1 人以上上回っている場合

☆ 夜勤職員配置加算（Ⅲ） 16 円／日（要介護 1～5 の方のみ）

夜勤職員配置加算（Ⅰ）の要件に加え、夜勤時間帯を通じて看護職員を配置、又は喀痰吸引の実施ができる介護職員を配置した場合

☆ 認知症専門ケア加算（Ⅰ） 4 円／日

- ① 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方が、入所者の 1/2 以上の場合
- ② 認知症介護実践リーダー研修修了者を、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方が 20 人未満の場合は 1

名以上配置し、20 人以上の場合またはその端数を増すごとに 1 名以上を配置している場合

- ③ 職員間での認知症ケアに関する留意事項の伝達または技術的指導会議を定期的実施している場合

☆ 認知症専門ケア加算（Ⅱ） 5 円／日

- ① 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者研修修了者等を 1 名以上配置している場合
- ② 介護・看護職員ごとの研修計画を作成し、実施している場合
- ※但し、認知症専門ケア加算（Ⅰ）（Ⅱ）はいずれかの加算となります。

☆ 緊急短期入所受入加算 95 円／日（要介護度 1～5 の方のみ）

- ① 介護者が疾病にかかっている等、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ご契約者
- ② 居宅サービス計画において当該日に利用する計画がないこと
- ③ 介護支援専門員が緊急の利用を認めていること等

☆ 在宅中重度者受入加算 436 円／日（要介護度 1～5 の方のみ）

指定短期入所生活介護事業所において、ご契約者が利用していた訪問看護を行う訪問看護事業所がご契約者の健康上の管理等を行った場合

☆ 療養食加算 9 円／日

医師の食事箋に基づき療養食を提供した場合

☆ 認知症行動・心理症状緊急対応加算 211 円／日

認知症日常生活自立度がⅢ以上であって、認知症行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であると医師が判断した場合（入所日から 7 日までの算定を上限とする）

☆ 若年性認知症利用者受入れ加算 127 円／日

受入れた若年性認知症のご契約者ごとに個別担当者を定め、その者を中心に、ご契約者の特性やニーズに応じたサービス提供を行う場合

- ☆ 連続して 30 日を超えて短期入所生活介護を利用した場合、それ以降 1 日当たりのご利用料金から 32 円を差し引きます。

- ☆ 介護サービス、上記料金表および加算に加え、介護職員等処遇改善加算としてサービス利用料金に各加算を加えた額の 14.0%が必要となります。（自己負担額は加えた額の 1 割若しくは 2 割、3 割となります）

(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。

① 介護保険給付及び介護予防給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付及び介護予防給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、前記5(1)(ii)のサービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の全額（自己負担額ではありません。又、別途加算分も含まれます。）が必要となります。

② 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複写物を必要とする場合には実費相当分をご負担いただきます。（1枚につき10円）

③ ご契約者が使用する居室料

ご利用者のご利用いただく居室を提供します。

利用料金：居室に係る利用料金は、以下のとおりとします。（1日あたり）

居室別料金表

居室別	居室料金
多床室	915円
従来型個室	1,231円

※介護保険負担限度額認定証をお持ちの方の居室料金は、認定証に記載された料金となります。

④ ご契約者の食事の提供にかかる費用

ご契約者の栄養状態に適した食事を提供する為の材料費や調理費用にかかる費用です。

ご利用料金：1日あたり、朝食320円、昼食800円（おやつ代含む）、夕食680円となります。ただし、介護保険負担限度額認定証をお持ちの方につきましては、その認定証に記載された額（1日あたり）を超えない範囲でのご負担となります。

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

⑥ 通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施区域外の地区にお住まいの方で、当事業所サービスを利用される場合は、送迎加算の上、通常の事業実施地域を超えた部分について実費相当額として下記の料金をいただきます（ご利用毎に、1人当たり50円）。

⑦ 理髪・美容

月に1回以上、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃）をご利用いただけます。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第8条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は次のとおりお支払い下さい。

☆1か月ごとに計算しご請求しますので、月末締め翌月（土・日・祝日は翌営業日）に

ご指定の金融機関の口座から自動引落としさせていただきます。

※池田泉州銀行 各本支店口座は、翌月 20 日に引落としとなります。

※池田泉州銀行以外の金融機関は、翌月 27 日に引落としとなります。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第 9 条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。利用予定日の前々日までに事業者へ申し出て下さい。利用予定日の前々日までに申し出がなく、前日もしくは当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前々日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日に申し出があった場合	当日の利用料金の 50 %
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の全額

○介護保険給付及び介護予防給付の対象となるサービスの取消料については、上表の区分に従い自己負担額の 50 % もしくは全額となります。

(5) 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には、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・入院治療を保証するものではありません。また、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。

協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団 衿正会 生 駒 病 院
所 在 地	猪名川町広根字九十九 8
診 療 科	内科 放射線科 リハビリテーション科

6. 契約の終了について（契約の終了事由・契約終了に伴う援助）

契約期間満了の 7 日前までに契約者から契約終了の申入れがない場合には、契約は更に 6 ヶ月間（要介護（要支援）認定期間）同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、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、当事業所との契約は終了します。

（契約書第 18 条参照）

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要介護（要支援）認定により自立と判定された場合
- 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事業所を閉鎖した場合
- 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当事業所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ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（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１９条、第２０条参照）

契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の７日前までに解約届出書をご提出下さい。ただし、次の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付・介護予防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事業所の運営規定の変更に同意できない場合
- ③ご契約者が入院された場合（一部解約はできません）
- ④ご契約者の「居宅サービス計画」及び「介護予防サービス計画」が変更された場合（一部解約は出来ません）
- ⑤事業所及びサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ⑥事業所及びサービス従事者等が守秘義務に違反した場合
- ⑦事業所及び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・信用等を傷け
または著しい不信行為、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
- ⑧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２１条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。

- ①ご契約者（その家族も含む）が契約締結時に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３ヶ月以上遅延し、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ご契約者の行動が他の利用者もしくは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ったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそれがあるような場合）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

⑤契約者（その家族や関係者等も含む）より以下のような行為があり、カスタマーハラスメントに該当するとみなされる場合

1、精神的な暴力

- ・ 人格を否定するような言動・侮辱的な言動
- ・ 職員に対する暴言
- ・ 制度や契約の内容を超えたサービスの提供を強いる言動

2、身体的な暴力

- ・ 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為

3、セクシャルハラスメント

- ・ 職員の身体に不用意に触る
- ・ 性的な話をしたり、図画を見せたりする

(3) 契約の一部が解約または解除された場合（契約書第22条参照）

本契約の一部が解約又は解除された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

(4) 契約の終了に伴う援助（契約書第18条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

7. サービス提供における事業所の義務（契約書第11条、第12条参照）

当事業所は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第11条、第12条に規定される義務を負います。当事業所では、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、コピー代は有料となります。

④事業所は切迫性（利用者本人又は他の利用者の生命・身体・権利が危険にさらされる可能性が著しく高いこと）、非代替性（身体拘束・その他の行動制限を行うこと以外に代替する方法がないこと）、一時性（身体拘束その他の行動制限が一時的であること）の3要件をすべ

て満たしていなければ身体拘束を行わないものとする。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その状況について経過記録を行い出来るだけ早期に拘束を解除するよう努めるものとする。また、事業所内での身体拘束廃止に向けての現状把握及び改善のために身体拘束廃止委員会等を設置し責任者を設置するものとする。委員会は身体拘束廃止に関する指針を整備し定期的に委員会の開催を行い、委員会での検討結果を職員に周知徹底する。また、身体拘束廃止に向けた研修を行うものとする。

⑤ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等、必要な処置を講じます。

⑥事業所及びサービス従事者等は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者またはご家族等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、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、ご契約者の同意を得ます。

⑦事業所は、利用者の人権擁護及び虐待防止のために次の措置を講じるものとする。

(1) 虐待を防止するための対策を検討する委員会の開催及び従事者に対する研修の実施

(2) 利用者及びその家族等からの苦情処理体制の整備

(3) その他、虐待防止のために必要な措置

2 事業所は、サービス提供中に、当該サービス従事者または養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとする。

8. サービスの利用に関する留意事項

(1) 持ち込みの制限

利用にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

例) ア：火気等の危険物

イ：他の利用者の迷惑となるもの

ウ：収納能力を越えるもの

その他、その都度ご相談に応じます

(2) 施設・設備の使用上の注意（契約書第13条、第14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。

○当事業所の職員や他の利用者に対し、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。

(3)喫 煙

施設内は喫煙スペースはございませんので、ご理解のほど宜しくお願い申し上げます。

9. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、ご契約者やそのご家族に対し、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。

10. 損害賠償について（契約書第15条、第16条参照）

(1)当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者はその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生の発生について、ご契約者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ご契約者（その家族も含む）が、契約締結に際し、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ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合
- ②ご契約者（その家族も含む）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 ご契約者の急激な体調の変化等、事業所の実施したサービスを起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ご契約者が、事業所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

1 1. 苦情の受付について（契約書第 2 5 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 武 藏 由 希 子 （職 名：生活相談員）
受付時間 月曜日 ～ 金曜日 8：45～17：30
電 話 072-794-7600

○ 第三者委員

氏 名 本 郷 修 弁 護 士
連 絡 先 大阪市北区西天満 6 丁目 7 番 4 号大阪弁護士ビル 8 0 3 号
本郷・藤原法律事務所
電 話 06-6364-5522
F A X 06-6364-6706

○ 苦情解決責任者

氏 名 干 川 尚 美 （職 名：施 設 長）
電 話 072-794-7600

なお、苦情の受付窓口は、受付担当者になります。又、第三者委員も直接苦情を受け付ける事が出来ます。更に第三者委員は、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。

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）行政機関その他苦情受付機関

○川西市役所 福祉部介護保険課 （適正化担当）	所在地：川西市中央町12番1号 電 話：072-740-1149 FAX：072-740-2003 受付時間：9：00～17：00（月～金）
○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：078-332-5617 FAX：078-332-5650 受付時間：9：00～17：15（月～金）