指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護

トータスホーム　ショートステイ事業

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
（栃木県指定　第０９７２１００１３５号）

目　　次

１．事業所の概要　･････････････････････････････････････　２
２．運営の方針　･････････････････････････････････････　２
３．職員の体制　･････････････････････････････････････　２
４．ｻｰﾋﾞｽ内容　････････････････････････････････････　２
５．介護保険給付対象ｻｰﾋﾞｽ　･････････････････････････　３
６．介護保険給付対象外のｻｰﾋﾞｽ　･････････････････････　６
７．利用料金の支払方法　････････････････････････････　６
８．苦情の受付について　････････････････････････････　６
９．外部評価機関の活用について　････････････････････　６
１０．事故発生時の対応について　････････････････････　７

１．事業所の概要

名　　称：社会福祉法人　幸知会
　　指定短期入所生活介護　トータスホームショートステイ事業
所　在　地：栃木県河内郡上三川町下神主 229-6
電話番号　：0285-52-1000
事業所番号：栃木県指定第 0972100135 号
定　　員：10 名

２．運営の方針

契約者が要介護状態になっても可能な限り居宅において能力に応じ、自立した日常生活を営む事が出来るよう、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事により、契約者の心身の機能の維持及び介護者家族の身体的精神的負担の軽減を図るものとする。

３．職員の体制

施設長（管理者）	１名
事務長	１名
相談員	１名
看護師	３名以上
介護職員	２５名以上
介護支援専門員	１名
機能訓練指導員	１名
管理栄養士	１名

４．サービス内容　介護保険の給付対象となるサービス

１．食　　事　　管理栄養士の立てる献立表による食事の提供
　　朝食　　７時３０分～８時３０分
　　昼食　１２時～１３時
　　夕食　１８時～１９時
２．入　　浴　　週２回以上（特殊浴槽利用可）
３．排　　泄　　契約者の身体能力を生かした援助
４．機能訓練　　機能訓練指導員による訓練
５．健康管理　　医師や看護師による健康管理
６．相談及び援助
７．社会生活上の便宜の供与
８．日常生活上の世話
９．療養上の世話
10．送　　迎　　心身の状態に応じた送迎

※家族送迎等ホーム送迎以外の方法で来所された場合の、当敷地外における事故等については責任を負いかねます。

５．介護保険給付対象サービス

＜介護給付＞

１日につき	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
利用料	603 単位	672 単位	745 単位	815 単位	884 単位
自己負担	603 円	672 円	745 円	815 円	884 円
夜勤職員配置加算Ⅰ	13 単位	13 単位	13 単位	13 単位	13 単位
自己負担	13 円	13 円	13 円	13 円	13 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位	18 単位	18 単位	18 単位	18 単位
自己負担	18 円	18 円	18 円	18 円	18 円
機能訓練体制加算	12 単位	12 単位	12 単位	12 単位	12 単位
自己負担	12 円	12 円	12 円	12 円	12 円
短期生活生産性向上推進体制加算Ⅰ（月１回）	100 単位	100 単位	100 単位	100 単位	100 単位
自己負担	100 円	100 円	100 円	100 円	100 円
送迎代(片道)	184 単位	184 単位	184 単位	184 単位	184 単位
自己負担	184 円	184 円	184 円	184 円	184 円
療養食加算	23 単位	23 単位	23 単位	23 単位	23 単位
自己負担	23 円	23 円	23 円	23 円	23 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	×17.6%	×17.6%	×17.6%	×17.6%	×17.6%

＜介護予防給付＞

１日につき	要支援１	要支援２
利用料	451 単位	561 単位
自己負担	451 円	561 円
機能訓練体制加算	12 単位	12 単位
自己負担	12 円	12 円
短期生活生産性向上推進体制加算Ⅰ（月１回）	100 単位	100 単位
自己負担	100 円	100 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位	18 単位
自己負担	18 円	18 円
送迎代(片道)	184 単位	184 単位
自己負担	184 円	184 円
療養食加算	23 単位	23 単位
自己負担	23 円	23 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	×17.6%	×17.6%

２割負担の方

＜介護給付＞

１日につき	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
利用料	1206 単位	1344 単位	1490 単位	1630 単位	1768 単位
自己負担	1206 円	1344 円	1490 円	1630 円	1768 円
夜勤職員配置加算Ⅰ	26 単位	26 単位	26 単位	26 単位	26 単位
自己負担	26 円	26 円	26 円	26 円	26 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	36 単位	36 単位	36 単位	36 単位	36 単位
自己負担	36 円	36 円	36 円	36 円	36 円
機能訓練体制加算	24 単位	24 単位	24 単位	24 単位	24 単位
自己負担	24 円	24 円	24 円	24 円	24 円
短期生活生産性向上推進体制加算Ⅰ（月１回）	200 単位	200 単位	200 単位	200 単位	200 単位
自己負担	200 円				
送迎代(片道)	368 単位	368 単位	368 単位	368 単位	368 単位
自己負担	368 円	368 円	368 円	368 円	368 円
療養食加算	46 単位	46 単位	46 単位	46 単位	46 単位
自己負担	46 円	46 円	46 円	46 円	46 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	×17.6%	×17.6%	×17.6%	×17.6%	×17.6%

＜介護予防給付＞

１日につき	要支援１	要支援２
利用料	902 単位	1122 単位
自己負担	902 円	1122 円
機能訓練体制加算	24 単位	24 単位
自己負担	24 円	24 円
短期生活生産性向上推進体制加算Ⅰ（月１回）	200 単位	200 単位
自己負担	200 円	200 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	36 単位	36 単位
自己負担	36 円	36 円
送迎代(片道)	368 単位	368 単位
自己負担	368 円	368 円
療養食加算	46 単位	46 単位
自己負担	46 円	46 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	×17.6%	×17.6%

３割負担の方

＜介護給付＞

１日につき	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
利用料	1809 単位	2016 単位	2235 単位	2445 単位	2652 単位
自己負担	1809 円	2016 円	2235 円	2445 円	2652 円
夜勤職員配置加算Ⅰ	39 単位	39 単位	39 単位	39 単位	39 単位
自己負担	39 円	39 円	39 円	39 円	39 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	54 単位	54 単位	54 単位	54 単位	54 単位
自己負担	54 円	54 円	54 円	54 円	54 円
機能訓練体制加算	36 単位	36 単位	36 単位	36 単位	36 単位
自己負担	36 円	36 円	36 円	36 円	36 円
短期生活生産性向上推進体制加算Ⅰ（月１回）	300 単位	300 単位	300 単位	300 単位	300 単位
自己負担	300 円	300 円	300 円	300 円	300 円
送迎代(片道)	552 単位	552 単位	552 単位	552 単位	552 単位
自己負担	552 円	552 円	552 円	552 円	552 円
療養食加算	69 単位	69 単位	69 単位	69 単位	69 単位
自己負担	69 円	69 円	69 円	69 円	69 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	×17.6%	×17.6%	×17.6%	×17.6%	×17.6%

＜介護予防給付＞

１日につき	要支援１	要支援２
利用料	1353 単位	1683 単位
自己負担	1353 円	1683 円
機能訓練体制加算	36 単位	36 単位
自己負担	36 円	36 円
短期生活生産性向上推進体制加算Ⅰ（月１回）	300 単位	300 単位
自己負担	300 円	300 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	54 単位	54 単位
自己負担	54 円	54 円
送迎代(片道)	552 単位	552 単位
自己負担	552 円	552 円
療養食加算	69 単位	69 単位
自己負担	69 円	69 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	×17.6%	×17.6%

※介護職員処遇改善加算Ⅰについては所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定
療養食加算については該当者のみ算定

６．介護保険給付対象外のサービス
以下のサービスは利用料金の金額が契約者の負担となります。
《サービス概要と利用料金》

（１）食費：１日あたり１，５４５円（利用者負担段階に準ずる）
内訳（朝食　４２５円　昼食　５７０円　夕食　５５０円）
契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供いたします。
☆利用料金：実費
（２）居住費：１日あたり９１５円（利用者負担段階に準ずる）
（３）調髪サービス
月に３回理容師の出張による、調髪サービスをご利用いただけます。（髭剃り、パーマは除く）
利用料金：１回あたり、２，２００円(要予約)

区　　分	利用者負担段階				
	負担第１段階	負担第２段階	負担第３段階①	負担第３段階②	負担第４段階
居住費	0 円	430 円	430 円	430 円	915 円
食　　費	300 円	600 円	1,030 円	1,360 円	1,545 円

７．利用料金の支払方法
① 介護保険給付対象料金および介護保険給付対象外の料金は、１ヶ月毎に精算し請求します。
② 請求書は翌月１０日よりお知らせします。支払い方法は、原則として口座自動振替(栃木銀行・足利銀行・郵便局・農協)とし当月２０日に引き落しとします。
※　やむをえない場合には、この限りではありません。

８．苦情の受付について
当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受付します
苦情処理受付窓口　　長島　秀行　・　早瀬　直人
電話番号　０２８５-５２-１０００
受付時間　月曜日～金曜日　８時３０分～１７時３０分
施設窓口に苦情受付箱を設置しています

９．外部評価機関の活用について
第三者評価制度の有無について　実施なし

１０．事故発生時の対応について

①事業所は、利用者に対する指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護事業所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、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

②事業所は、事故の状況及び事故の際にとった処置についての記録をします。

③事業所は、利用者に対する指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護事業所サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護事業所サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

トータスホーム　ショートステイ事業

説明者職名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護事業所サービスの提供開始に同意しました。

令和　　年　　月　　日

契約者　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

代理人　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞