

# 【 指 定 短 期 入 所 生 活 介 護 指 定 介 護 予 防 短 期 入 所 生 活 介 護 重 要 事 項 説 明 書 】

## 社 会 福 祉 法 人 函 館 仁 愛 会 福 寿 荘 さ く ら 館

当施設はご契約者に対し指定短期入所生活介護・指定介護予防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、契約上ご注意頂きたいことを次のとおり説明します。

### 1 事業者（法人）の概要

|       |               |
|-------|---------------|
| 法人名   | 社会福祉法人 函館仁愛会  |
| 法人住所  | 函館市石川町191番地の1 |
| 電話番号  | 0138-46-1123  |
| FAX番号 | 0138-47-5730  |
| 代表者氏名 | 理事長 蒲池 珠實     |
| 設立年月日 | 昭和57年12月8日    |

### 2 ご利用施設

|              |                           |
|--------------|---------------------------|
| 施設の種類        | 指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護 |
| 施設の名称        | 短期入所生活介護事業所福寿荘さくら館        |
| 施設の住所        | 函館市石川町189-19              |
| 施設長の氏名       | 阪井 公威                     |
| 介護保険指定番号・指定日 | 0171400211（平成12年4月1日指定）   |
| 電話番号         | 0138-34-7101              |
| FAX番号        | 0138-34-7112              |

### 3 事業の目的および運営の方針

|       |                                                                                                                                                                                                   |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | ○『短期入所生活介護事業所福寿荘さくら館』が行う短期入所生活介護（予防含む）は人員及び管理運営等介護保険法令に従いご契約者がその有する能力に応じた可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、適正な介護サービスを提供することを目的とする。                                                                         |
| 運営方針  | ○要介護状態等になったご契約者が可能な限り居宅において、その有する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支援を行うことにより、ご契約者の心身機能の維持並びにご契約者ご家族への介護負担の軽減を図ります。<br>○居宅介護支援事業者、その他医療・福祉サービスを提供する者との連携により、サービスが継続的に受けられるように援助に努めます。 |

### 4 ご利用施設で併せて実施する事業所

| 事業の種類    | 指定年月日     | 介護保険指定番号   | 利用定数           |
|----------|-----------|------------|----------------|
| 介護老人福祉施設 | 平成12年4月1日 | 0171400211 | 80名及び<br>空床利用型 |

## 5 施設の概要

### (1) 構造等

|    |       |                       |
|----|-------|-----------------------|
| 建物 | 構造    | 鉄筋コンクリート 3 F 建て R C 造 |
|    | 延べ床面積 | 5408.7㎡               |
|    | 利用定員  | 10 名及び空床利用            |

### (2) 居室の概要

| 居 室 の 種 類 | 室 数                 | 面 積   |
|-----------|---------------------|-------|
| ユニット型個室   | 90 室（短期入所専用 10 室含む） | 18.0㎡ |

- 全室個室となっており、ご契約者のプライバシーが確保された空間となっております。  
 個室のためご契約者の心身の状況に合わせた、より細かな介護サービスの提供や疾病・感染症などの際も個別対応がしやすく、施設内感染のリスクが軽減されます。

### (3) 主な設備

| 設 備       | 室 数      | 面 積               | 備 考           |
|-----------|----------|-------------------|---------------|
| 共同生活室     | 9 室      | 116.34㎡ ～ 118.59㎡ | 各ユニットに 1 室設置  |
| パブリックスペース | 3 室      | 38.58㎡ ～ 51.00㎡   | 各フロアに 1 室設置   |
| 地域交流スペース  | 1 室      | 302.25㎡           | 2 F フロアに設置    |
| 機能回復訓練室   | 1 室      | 52.41㎡            | 3 F フロアに設置    |
| 浴室        | 一般浴室     | 1 室               | 14.40㎡        |
|           | 車椅子用浴室   | 1 室               | 27.6㎡         |
|           | 寝台用浴室    | 1 室               | 25.01㎡        |
|           | 脱衣室      | 1 室               | 38.28㎡        |
|           | 個浴（脱衣室含） | 9 室               | 7.03㎡ ～ 7.41㎡ |

## 6 職員体制

当施設では、指定基準を遵守し、以下の職員を配置しております。

### (1) 職員の配置状況及び勤務体制

| 職 種         | 人 員    | 勤 務 体 制                                      |
|-------------|--------|----------------------------------------------|
| 1. 施設長（管理者） | 1 名    | 月曜日～金曜日 8：30～17：10                           |
| 2. 事務員      | 2 名以上  | 土曜日（隔週） 8：30～11：50                           |
| 3. 相談員      | 2 名    | ※施設長・管理栄養士はサテライト事業所兼務                        |
| 4. 管理栄養士    | 1 名    | 月曜日～金曜日 9：00～18：00                           |
| 5. 介護員      | 40 名以上 | 早出 6：30～15：00                                |
|             |        | 日勤 9：00～17：30                                |
|             |        | 遅出 10：00～18：30                               |
|             |        | 夜勤（アケ） 16：00～ 9：00                           |
|             |        | 日勤（非常勤） 9：00～15：00                           |
| 6. 看護職員     | 5 名以上  | 早出 7：30～16：30                                |
|             |        | 日勤 8：30～17：30                                |
|             |        | 遅出 9：00～18：00                                |
| 7. 機能訓練指導員  |        | ※機能訓練指導員は看護職員兼務<br>※うち常勤換算 1.0 名以上サテライト事業所兼務 |
| 8. 医師（嘱託医）  | 1 名    | 月・水・金曜日 13：30～14：30                          |

## 7 施設サービスの概要

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。

提供するサービスは介護保険給付対象と給付対象外の2つの種類があります。

尚、詳しい料金及びお支払方法については別紙1・別紙2をご確認ください。

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、介護保険の給付が受けられます。

#### ○介護保険給付サービス

| 種 類       | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①食事介護     | ○当施設では、管理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況及び嗜好を考慮し、適温適時に食事を提供します。<br>○ご契約者の体力の向上や食欲増進のため、離床し共同生活室にて他の入居者と時間を共有し、楽しく食事をとって頂く事を目標としておりますが、ご契約者ご希望される時間・場所を可能な範囲で尊重し選択出来るようにしております。<br>○日常の食事は選択できる日を設ける事で、自らの意思に基づき選択して頂いたり、季節に応じた料理の提供を行い施設に居ながらも季節感・懐かしさを感じる事が出来る様心掛けます。 |
| ②排泄介護     | ○ご契約者の身体能力を活かし、心身の状態に応じた排泄介助を提供します。                                                                                                                                                                                                                                  |
| ③入浴介護     | ○基本的に入浴又は清拭を週2回行います。<br>○ご契約者の身体状況に応じて、個別浴槽・一般浴槽・車椅子浴槽・寝台浴槽の中で最適な入浴を提供します。                                                                                                                                                                                           |
| ④離床・着替・整容 | ○寝たきり防止の為、出来る限り離床に配慮します。<br>○生活リズムを考え、必要に応じて毎朝夕の着替えを行うように配慮します。<br>○個人としての尊厳に配慮し、適切な整容を援助します。<br>○ご契約者の状況に応じ、毎日口腔ケアを行います。                                                                                                                                            |
| ⑤健康管理     | ○看護職員が中心となり、入居中の健康管理、処方薬の管理などを行います。<br>○緊急時は、主治医やご家族への連絡等、必要な措置を行います。                                                                                                                                                                                                |
| ⑥機能訓練     | ○機能訓練指導員により、ご契約者の心身の状況に応じて、日常生活の中で必要な機能の維持を目的とした、日常生活動作を中心とした訓練を実施します。                                                                                                                                                                                               |
| ⑦相談及び援助   | ○当施設では、ご契約者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。                                                                                                                                                                                                       |
| ⑧社会生活上の便宜 | ○当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、行事や教室活動などを適宜行います。<br>○行政機関に対する手続が必要な場合には、ご契約者及びご家族の状況により代行可能であるものについては代行します。                                                                                                                                             |
| ⑨送迎サービス   | ○希望によりご契約者様の自宅と事業所間の送迎を行います。<br>送迎地域外の方でも、まずはご相談下さい。<br>○実施地域(旧戸井町・旧恵山町・旧楳法華村・旧南茅部を除く) 函館市・北斗市・七飯町<br>○実施日(年末年始・祝日除く)<br>月曜日～金曜日(9:00～17:30)・土曜日(9:00～12:00)                                                                                                         |

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額若しくは負担限度額の上限額がご契約者のご負担となります。

○介護保険対象外サービス（法定外給付及び金額）

| 種 類        | 内 容                                                                          |
|------------|------------------------------------------------------------------------------|
| ①食費        | ○食事の提供に要する費用で1食単位の費用となっています。<br>※ 費用については『別紙3 ○食費の負担限度額』参照                   |
| ②滞在費       | ○ユニット型個室に該当し1日単位の費用となっています。<br>※ 費用については『別紙3 ○滞在費の負担限度額』参照                   |
| ③理容・美容     | ○毎週金曜日に理容師の出張による理髪サービス（調髪・顔剃り・洗髪）をご利用いただけます。<br>※理容代は理容予定日までに直接事務所までご持参ください。 |
| ④日常生活上の諸費用 | ○日常生活上で使用される物品については、基本的に施設にて支給致しますが、ご契約者の嗜好に応じた物で個人使用される場合は実費となります。          |

8 協力医療機関

(1) 協力病院

|        |                                                   |
|--------|---------------------------------------------------|
| 医療機関名称 | 社会医療法人文殊会 亀田病院                                    |
| 所在地    | 函館市昭和1丁目23番11号                                    |
| 診療科    | 内科(一般内科・呼吸器科・循環器内科・糖尿病内科)<br>脳神経内科・整形外科・泌尿器科・放射線科 |

(2) 協力歯科医療機関

|        |            |
|--------|------------|
| 医療機関名称 | さいとう歯科診療室  |
| 所在地    | 函館市的場町24-6 |

9 施設を退所して頂く場合（契約の終了について）

契約の期間は、締結日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとなりますが  
契約満了日の7日前までに退所の申出がない場合は自動更新となります。

次の事由に該当した場合は、当施設の契約は終了し、退所となります。

- ① 要介護認定により自立と判定された場合
- ② 事業所が解散や破産した場合、又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な破損毀損によりサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 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
- ⑤ 契約満了日の7日前までに、ご契約者から退所の申出があった場合

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事が出来ます。

ご契約者からの即時退所の申出事由（中途解約・契約解除）

- ア. 介護保険給付対象及び対象外サービスの利用料金の変更に同意出来ない場合
- イ. ご契約者が入院された場合
- ウ. 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サービスを実施しない場合
- エ. 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
- オ. 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・信用等を傷つけた場合や、著しい不信行為など本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- カ. 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や、傷つけられ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

⑥ 事業者からの申出により退所して頂く場合（契約解除）

以下の事由に該当する場合には、当施設との契約を解除し退所して頂く場合がございます。

事業者からの契約解除事由（契約解除）

- ア. ご契約者が、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
- イ. ご契約者によるサービス利用料金の支払が3ヶ月以上遅延し、3週間以内に滞納額を支払うように催促したにもかかわらず、支払いがない場合
- ウ. 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事等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を発生させた場合
- エ. 重要事項説明書第12項の留意事項について忠告に従わない場合

10 事故と損害賠償について

- (1) 事業者はサービスの提供によって事故が発生した場合には、速やかにご家族への連絡を行い、医療機関への受診等必要な措置を講じます。

また、命にかかわる重大な事故等の場合には、速やかに函館市への連絡も行います。

- (2) 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きまして、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ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者のおかれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

11 緊急時における対応方法

ご契約者に容態の変化があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講ずるとともにご家族の方に速やかに連絡いたします。

災害時は、『社会福祉法人函館仁愛会 非常災害対策・避難確保計画』に基づきます。

## 12 非常災害時の対策

|          |                                                                                                    |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 非常災害時の対応 | 別途定める『社会福祉法人函館仁愛会 非常災害対策・避難確保計画』にのっとり対応を行います。                                                      |
| 避難訓練     | 非常災害・避難訓練：年1回<br>火災・避難訓練（昼間・夜間想定）：各年1回                                                             |
| 防災・防火設備  | ・自動火災報知設備      ・自動火災通報装置      ・誘導灯<br>・消火器及び消火設備      ・避難時全ユニットバルコニー 完備<br>その他カーテン、布団等は防災性能のある物を使用 |

## 13 虐待の防止のための措置に関する事項

- ① 入居者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じています。
  - （1）虐待防止委員会を設置し、委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
  - （2）虐待防止のための指針の整備
  - （3）虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
  - （4）前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置
- ② サービス提供中に、当施設従業者又は擁護者（入居者の家族等）による虐待を受けたと思われる入居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。

## 14 身体拘束の禁止・適正化に関する事項

- ① 事業所は、入居者の身体拘束は行わない。ただし、当該入居者又はほかの入居者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合には身体拘束の内容、目的、理由、期間等を記載した説明書、経過記録、検討記録等の整備と適正な手続き並びに、家族の同意を得た場合のみ身体拘束を行うことができる。
- ② 事業所は、身体拘束等の適正化を図る為、次に掲げる措置を講じる。
  - （1）事業所は、身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用し行うことができるものとする）を3ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知を図るものとする。
  - （2）身体拘束等の適正化のための指針を整備する。
  - （3）介護職員等に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的の実施する。  
また、介護職員等の新規採用職員に対し身体拘束適正化のための事業所の方針・体制等について新規採用時研修を実施する。

## 15 感染症対策等に関する事項

- ① 事業所は、感染症又は食中毒が発生、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるものとする。
  - （1）施設における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね3ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

- (2) 施設における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
- (3) 施設において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施する。
- (4) 前3号に掲げるもののほか、「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の退所等に関する手順」に沿った対応を行う。

#### 16 施設の利用にあたっての留意事項

|            |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 来館・面会      | <p>○面会時間は11時00分～18時00分を遵守し、必ず面会簿に記入をして下さい。</p> <p>○面会時、ご契約者への飲食物を持参の場合は必ずユニット職員へ申し出て下さい。</p> <p>○宿泊を希望される場合は、必ず事前に許可を得て下さい。</p> <p>○ご面会者及びご家族内に体調不良の方が居る場合については感染予防の観点からご面会をお控え下さい。</p> <p>○インフルエンザ等感染症の流行状況により、面会制限の実施面会対応時間を変更する場合がございます。</p> |
| 外出         | <p>○ご契約者の外出の際には、必ず事前に施設職員へ申し出て下さい。</p>                                                                                                                                                                                                          |
| 設備・器具の利用   | <p>○施設内の設備、器具については本来の用法にしたがって利用下さい。</p>                                                                                                                                                                                                         |
| 喫煙・飲酒      | <p>○喫煙については決められた場所以外では一切禁止です。</p> <p>○飲酒される場合については、医師・看護師・栄養士の指示を守り、決められた量・時間を遵守すること。</p>                                                                                                                                                       |
| 所持品・現金等の管理 | <p>○現金等の貴重品に関するトラブルは一切責任を負いません。</p> <p>金銭その他の財産について保管管理の依頼があった場合でも原則お断りしておりますので、持ち込みはご遠慮ください。</p>                                                                                                                                               |
| 迷惑行為等      | <p>○ご契約者及びご家族による騒音・暴言・暴力行為など、他のご利用者の安心・安全な暮らしに支障を来す行為はご遠慮願います。</p> <p>○むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないで下さい。</p>                                                                                                                                            |
| 宗教活動・政治活動  | <p>○施設内において、他のご利用者及びそのご家族に対して宗教活動及び政治活動はご遠慮願います。</p>                                                                                                                                                                                            |
| その他事項      | <p>○法人広報誌等の発行物・行事録等の記録物にご契約者の写真を掲載させて頂く場合がございます。</p> <p>希望されない場合は事前にお申し付け下さい。</p> <p>○施設職員へのお心付けや差入れの品は、お断りしております。</p>                                                                                                                          |

# 17 苦情・相談の受付について

## (1) 福寿荘さくら館 苦情・相談窓口

|            |                                                                    |
|------------|--------------------------------------------------------------------|
| 苦情解決責任者    | 施設長：阪井 公威                                                          |
| 苦情・相談受付担当者 | 主任相談員：木村 真人<br>相談員：嵐田 豊                                            |
| 受付時間       | 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：10<br>毎週土曜日 8：30～11：50<br>苦情・意見箱を1階面会簿横に設置しています。 |

## (2) 第3者苦情受付

|            |       |     |              |
|------------|-------|-----|--------------|
| 苦情・相談受付担当者 | 金石 和哉 | 連絡先 | 0138-47-5701 |
|------------|-------|-----|--------------|

## (3) 行政機関その他苦情受付機関

|                          |                                                                                |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 函館市高齢福祉課                 | 所在地：函館市東雲町4番13号<br>電話番号：0138-21-3025<br>FAX：0138-26-5936<br>受付時間：8：45～17：30    |
| 函館市福祉サービス苦情処理委員会         | 電話番号：0138-21-3297                                                              |
| 北海道国民健康保険団体連合会（総務部介護保険課） | 所在地：札幌市中央区南2条西14丁目<br>電話番号：011-231-5175<br>FAX：011-233-2178<br>受付時間：9：00～17：15 |

# 18 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

|               |      |        |           |
|---------------|------|--------|-----------|
| 利用者アンケート      | 1 あり | 実施日    |           |
|               |      | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
|               | ② なし |        |           |
| 意見箱の設置        | ① あり | 結果の開示  | 1 あり ② なし |
|               | 2 なし |        |           |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日    |           |
|               |      | 評価機関名称 |           |
|               |      | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
|               | ② なし |        |           |

○サービス利用料金

下記料金表に従い、ご契約者の要介護状態区分に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）と食費・滞在費の合計金額をお支払頂きます。  
また、自己負担額（自己負担割合）については、ご契約者の所得等により市町村の判断にて、1割負担・2割負担・3割負担のいずれかに決定されます。  
介護保険負担割合証をご確認ください。

①介護サービス利用に係る自己負担額

| 要介護度区分 | 単位（日） | 利用料金<br>(単位×10円) | 介護保険適用時自己負担額 |          |          |
|--------|-------|------------------|--------------|----------|----------|
|        |       |                  | 1割負担         | 2割負担     | 3割負担     |
| 要支援 1  | 529単位 | 5,290円/日         | 529円/日       | 1,058円/日 | 1,587円/日 |
| 要支援 2  | 656単位 | 6,560円/日         | 656円/日       | 1,312円/日 | 1,968円/日 |
| 要介護 1  | 704単位 | 7,040円/日         | 704円/日       | 1,408円/日 | 2,112円/日 |
| 要介護 2  | 772単位 | 7,720円/日         | 772円/日       | 1,544円/日 | 2,316円/日 |
| 要介護 3  | 847単位 | 8,470円/日         | 847円/日       | 1,694円/日 | 2,541円/日 |
| 要介護 4  | 918単位 | 9,180円/日         | 918円/日       | 1,836円/日 | 2,754円/日 |
| 要介護 5  | 987単位 | 9,870円/日         | 987円/日       | 1,974円/日 | 2,961円/日 |

②その他加算される料金

| 加算の種類               | 単位(日)                        | 利用料金<br>(単位×10円) | 介護保険適用時自己負担額 |        |        |
|---------------------|------------------------------|------------------|--------------|--------|--------|
|                     |                              |                  | 1割負担         | 2割負担   | 3割負担   |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）     | 18単位                         | 180円/日           | 18円/日        | 36円/日  | 54円/日  |
| 夜勤職員配置加算（Ⅱ） ※1      | 18単位                         | 180円/日           | 18円/日        | 36円/日  | 54円/日  |
| 送迎加算 ※片道毎に          | 184単位                        | 1,840円/回         | 184円/日       | 368円/日 | 552円/日 |
| ※① 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）    | 当該月の介護サービス費及び加算の合算額に8.3%乗じた額 |                  |              |        |        |
| ※② 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） | 当該月の介護サービス費及び加算の合算額に2.7%乗じた額 |                  |              |        |        |
| ※③ 介護職員等バーサップ等支援加算  | 当該月の介護サービス費及び加算の合算額に1.6%乗じた額 |                  |              |        |        |
| ※④ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）   | 当該月の介護サービス費及び加算の合算額に14%乗じた額  |                  |              |        |        |

※ ※①～③については、令和6年5月31日までとし以降は削除となります。

※ ※④については、令和6年6月1日より適用となります。

※ 1 夜勤職員配置加算（Ⅱ）

要介護1～5までの方についてご負担頂きます。

①長期利用者提供減算（連続して30日を超えて60日まで入所している場合に減算します。）  
※要介護度区分支援 1・2 につきましては31日以降も継続した単位数となります。

| 要介護度区分 | 単位（日） | 利用料金<br>(単位×10円) | 介護保険適用時自己負担額 |          |          |
|--------|-------|------------------|--------------|----------|----------|
|        |       |                  | 1 割負担        | 2 割負担    | 3 割負担    |
| 要支援 1  | 503単位 | 5,030円/日         | 503円/日       | 1,006円/日 | 1,509円/日 |
| 要支援 2  | 623単位 | 6,230円/日         | 623円/日       | 1,246円/日 | 1,869円/日 |
| 要介護 1  | 674単位 | 6,740円/日         | 674円/日       | 1,348円/日 | 2,022円/日 |
| 要介護 2  | 742単位 | 7,420円/日         | 742円/日       | 1,484円/日 | 2,226円/日 |
| 要介護 3  | 817単位 | 8,170円/日         | 817円/日       | 1,634円/日 | 2,451円/日 |
| 要介護 4  | 888単位 | 8,880円/日         | 888円/日       | 1,776円/日 | 2,664円/日 |
| 要介護 5  | 957単位 | 9,570円/日         | 957円/日       | 1,914円/日 | 2,871円/日 |

②長期利用の適正化後（連続して60日を超えて入所している場合に減算します。）

| 要介護度区分 | 単位（日） | 利用料金<br>(単位×10円) | 介護保険適用時自己負担額 |          |          |
|--------|-------|------------------|--------------|----------|----------|
|        |       |                  | 1 割負担        | 2 割負担    | 3 割負担    |
| 要介護 1  | 670単位 | 6,700円/日         | 670円/日       | 1,340円/日 | 2,010円/日 |
| 要介護 2  | 740単位 | 7,400円/日         | 740円/日       | 1,480円/日 | 2,220円/日 |
| 要介護 3  | 815単位 | 8,150円/日         | 815円/日       | 1,630円/日 | 2,445円/日 |
| 要介護 4  | 886単位 | 8,860円/日         | 886円/日       | 1,772円/日 | 2,658円/日 |
| 要介護 5  | 955単位 | 9,550円/日         | 955円/日       | 1,910円/日 | 2,865円/日 |

○高額介護サービス費について

利用したサービスの利用者負担分の合計額が高額になり、当該月の自己負担上限額を超過した場合は、保険者である市町村へ申請することで超過した額については、高額介護サービス費として支給されます。

| 所得区分                                      | 負担上限額（月額）    |
|-------------------------------------------|--------------|
| ・生活保護を受けている方                              | 15,000円（世帯）  |
| ・負担を15,000円に減額することにより被保護者とならない場合          | 15,000円（個人）  |
| ・市町村民税非課税世帯で前年所得と公的年金収入額の合計が年額80.9万円を超える方 | 24,600円（世帯）  |
| ・市町村民税非課税世帯で公的年金等収入と所得額の合計が80.9万円以下の方     | 24,600円（世帯）  |
| ・市町村民税非課税世帯で老齢福祉年金受給者                     | 15,000円（個人）  |
| ・現役並み所得者世帯（課税所得145万円以上380万円未満）            | 44,400円（世帯）  |
| ・現役並み所得者世帯（課税所得380万円以上690万円未満）            | 93,000円（世帯）  |
| ・現役並み所得者世帯（課税所得690万円以上）                   | 140,100円（世帯） |

○ 利用料金のお支払方法

前項（１）・（２）料金・費用は１ヶ月毎に計算しご請求致しますので、翌月の末日までに以下のいずれかの方法でお支払下さい。

※ 理容代は理容予定日までにご持参ください。

① 窓口での現金支払

② ご自宅への集金

③ 下記指定口座への振込（事前にご相談願います）

みちのく銀行亀田支店

普通預金口座（口座番号 2 0 5 5 6 2 5）

口座名義 福寿荘さくら館 理事長 蒲池珠實

※振込時の手数料はご利用者様のご負担となります。

※振込時の氏名は必ずご利用者様名にてお願いいたします。

## ○食費の負担限度額

食費については、以下のとおり所得による負担限度額（日額）が定められています。

| 所得段階            | 所 得 要 件                                                                                                                                                                | 負担限度額         |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 第 1 段階          | <ul style="list-style-type: none"> <li>生活保護受給者</li> <li>老齢福祉年金受給者</li> <li>世帯全員および配偶者が市町村民税非課税</li> <li>預貯金等が単身で1,000万円（夫婦合計2,000万円）以下の方</li> </ul>                    | <b>300円</b>   |
| 第 2 段階          | 次のいずれも満たす方 <ul style="list-style-type: none"> <li>世帯全員および配偶者が市町村民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が80.9万円以下の方</li> <li>預貯金等が単身で650万円（夫婦合計1,650万円）以下の方</li> </ul>        | <b>600円</b>   |
| 第 3 段階<br>①     | 次のいずれも満たす方 <ul style="list-style-type: none"> <li>世帯全員および配偶者が市町村民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が80.9万円以上120万円以下の方</li> <li>預貯金等が単身で550万円（夫婦合計1,550万円）以下の方</li> </ul> | <b>1,000円</b> |
| 第 3 段階<br>②     | 次のいずれも満たす方 <ul style="list-style-type: none"> <li>世帯全員および配偶者が市町村民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が120万円以上の方</li> <li>預貯金等が単身で500万円（夫婦合計1,500万円）以下の方</li> </ul>         | <b>1,300円</b> |
| 第 4 段階<br>(非該当) | <ul style="list-style-type: none"> <li>本人、配偶者、世帯員のいずれかが課税世帯の方</li> <li>預貯金等が単身で1,000万円（夫婦合計2,000万円）以上の方</li> </ul>                                                     | <b>1,445円</b> |

※当施設の食費は1食ごとのご負担となります。

日額：1,445円〔朝：350円 昼：420円 夕：675円〕)

## ○滞在費の負担限度額

滞在費については、以下のとおり所得による負担限度額（日額）が定められています。

| 所得段階            | 所 得 要 件                                                                                                                                                                | 負担限度額         |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 第 1 段階          | <ul style="list-style-type: none"> <li>生活保護受給者</li> <li>老齢福祉年金受給者</li> <li>世帯全員および配偶者が市町村民税非課税</li> <li>預貯金等が単身で1,000万円（夫婦合計2,000万円）以下の方</li> </ul>                    | <b>880円</b>   |
| 第 2 段階          | 次のいずれも満たす方 <ul style="list-style-type: none"> <li>世帯全員および配偶者が市町村民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が80.9万円以下の方</li> <li>預貯金等が単身で650万円（夫婦合計1,650万円）以下の方</li> </ul>        | <b>880円</b>   |
| 第 3 段階<br>①     | 次のいずれも満たす方 <ul style="list-style-type: none"> <li>世帯全員および配偶者が市町村民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が80.9万円以上120万円以下の方</li> <li>預貯金等が単身で550万円（夫婦合計1,550万円）以下の方</li> </ul> | <b>1,370円</b> |
| 第 3 段階<br>②     | 次のいずれも満たす方 <ul style="list-style-type: none"> <li>世帯全員および配偶者が市町村民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が120万円以上の方</li> <li>預貯金等が単身で500万円（夫婦合計1,500万円）以下の方</li> </ul>         | <b>1,370円</b> |
| 第 4 段階<br>(非該当) | <ul style="list-style-type: none"> <li>本人、配偶者、世帯員のいずれかが課税世帯の方</li> <li>預貯金等が単身で1,000万円（夫婦合計2,000万円）以上の方</li> </ul>                                                     | <b>2,066円</b> |

令和 年 月 日

《 説 明 者 》 短期入所生活介護事業所福寿荘さくら館

《利用者》

住所

氏名

代筆者（

| 《家族・代理人》 | 住       | 所 |
|----------|---------|---|
|          | 氏       | 名 |
|          | 利用者との関係 |   |

# 個人情報使用同意書

社会福祉法人 函館仁愛会  
短期入所生活介護事業所福寿荘さくら館  
施設長 阪井 公威 殿

私及び家族・その他代理人の個人情報につきまして、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意致します。

## 記

### 1. 使用目的

- 利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整、情報提供
- 医療機関等を利用される場合に該当する医療機関との連携が必要な場合
- 介護保険事務に関する情報提供の場合（要介護認定等に関する各種申請、請求関係、保険者等行政機関からの紹介への回答、会計・経理に関する事務等）
- 提供する福祉サービスについて道や市、福祉全般の実施機関等との協議、連絡調整、並びにこれらの機関から求められる報告・連絡・相談等に関する情報提供
- 事故等の行政への報告、リスクマネジメント業務
- 上記記号に関わらず、緊急を要する際の連絡等

### 2. 使用する期間

- 期間に関しては契約書第4条に準ずる

### 3. 使用条件

- 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外に漏れる事の無いよう細心の注意を払うものとする。
- 個人の情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録する。ご利用者・ご家族・その他代理人の請求があれば開示する。

令和 年 月 日

|             |      |   |
|-------------|------|---|
| 《利用者》       | 住    | 所 |
|             | 氏    | 名 |
|             | 代筆者（ |   |
| 《家族代表者・代理人》 | 住    | 所 |
|             | 氏    | 名 |
|             |      |   |