

大平荘ショートステイセンター 重要事項説明書

(指定短期入所生活介護サービス・指定介護予防短期入所生活介護サービス)

令和 7 年 4 月 1 日

大平荘ショートステイセンターは、以下、事業所と表現します。

当事業所は、利用者に対して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。

当事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上注意いただきたいことについて次の通り説明いたします。

なお、当事業所は介護保険の指定を受けております。

(秋田県指定第 0570103408 号)

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 晃和会
事業者の所在地	秋田市太平八田字藤の崎 231 番地の 3
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 伊藤 二雄
電話番号	018-838-2338

2. 利用施設

施設の名称	大平荘ショートステイセンター
管理者名	伊藤 二雄
施設の種別	空床型短期入所生活介護
所在地	秋田市太平八田字藤の崎 231 番地の 3
電話番号	018-838-2335
FAX 番号	018-838-2400

3. 利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	秋田県知事の事業者指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
介護老人福祉施設	平成 12 年 4 月 1 日	0570150235	100 人

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護保険法の理念に基づき、要介護状態等にある高齢者等に対し、適正な短期入所生活介護サービスを提供します。
運営の方針	① 利用者の有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要なサービス提供を行います。 ② サービスの提供にあたっては、利用者の心身、環境等必要な状況把握に努めます。 ③ 事業の実施にあたっては、医療・保健・福祉の関係諸機関等との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5. 施設の主要設備等

1) 敷地および建物

敷	地	17,097㎡
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造
	延べ床面積	1,244.77㎡
	利用定員	空 床 型
全館暖房、全居室冷房完備		

※空床型とは、特別養護老人ホーム大平荘の空床ベットを使用して介護サービスとなります。

2) 居 室

居室の種類	居 室 数	1人あたりの面積
4人部屋	15室	7.5㎡
4人部屋	6室	10.70㎡
3人部屋	5室	11.4㎡~12.83㎡
1人部屋	4室	23.23㎡

3) その他主な設備

①玄関	⑦トイレ・洗面所
②事務室、自動販売機	⑧一般浴室・特別浴室
③介護職員室	⑨洗濯室・汚物処理室
④看護職員室	⑩リネン室
⑤静養室	⑪厨房
⑥食堂兼ホール	

6. 事業所の職員体制

職 種	職員数	職務内容	備 考
施 設 長	1 名	職員、業務の管理	短期入所管理者兼務
医 師	1 名	健康管理、保健衛生指導	非常勤（嘱託医）
生 活 相 談 員	1 名	利用申込調整、生活相談	
介 護 職 員	27 名以上	介護業務全般	
看 護 職 員	4 名以上	健康管理、保健衛生管理	
管 理 栄 養 士	1 名	献立の確認、栄養管理等	短期入所と兼務
機能訓練指導員	1 名	日常生活上の機能訓練	短期入所と兼務
介護支援専門員	1 名	利用者の計画書作成等	
事 務 員	3 名	事務全般	
運転・施設管理	1 名	運転業務・施設整備	
調 理 員	6 名以上	調理、衛生管理等	委託職員
洗濯・清掃 夜間日直職員	9 名	洗濯、清掃業務全般 夜間、日中の管理業務	委託職員
平均勤務体制（原則として4週8休） （介護職員） 6：30～ 9：30 4名以上 9：30～15：30 6名以上 10：00～19：00 6名以上 19：00～ 6：30 4名以上 （看護職員） 8：30～17：30 2名以上 （上記以外の職員） 8：30～17：30 （管理当直者） 17：30～ 8：30 1名 （夜間の看護職員） 17：30～ 8：30 夜間については、当番で夜間自宅待機体制をとり急変時に備えると共に、介護施設向けの夜間オンコール代行業者「ドクターメイト」を導入しています。			

7. 営業日および利用の予約

営 業 日	年中無休
予約の方法	随時電話その他の方法で受付いたします。

8. 送迎実施地域

通常の送迎実施地域	秋 田 市 内
-----------	---------

9. サービスの概要

短期入所生活介護サービス計画書（介護予防短期入所生活介護サービス計画書）に基づき、利用者の同意を得たうえで、次のような介護サービスを提供します。

1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
介護全般	利用者の心身の状況に応じ、自立支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行います。
食事の提供と 食事介助	栄養士の献立により、利用者の心身の状況に応じた食事場所、食事内容の提供に努めるとともに、利用者の状態に合わせた適切な介助を行います。またかかりつけの主治医より、食事について指示箋が出された場合には、その指示に基づいた療養食を提供いたします。 ・食事時間 朝食7:30～/昼食12:00～/夕食18:00～ ・選択食・行事食の実施
入浴（一般浴・特浴） や清拭	基本的には週2回以上、心身の状態に応じた入浴を実施します。身体状況等により入浴が困難な場合は清拭を実施します。
排泄介助	利用者の在宅での生活状況に合わせ、心身の状況に応じた適切な介助を行います。
移動	利用者の身体の状態に合わせ、車椅子、歩行器等適切な用具を使用して行います。
衣類の着脱	利用者の状況に応じ、随時行います。
整容・清潔 （洗顔・口腔清潔等）	必要に応じ随時行います。
健康管理	利用期間中の健康管理の他、必要に応じ嘱託医やかかりつけ医の指示による医療処置、健康相談に応じます。
生活サービス	シーツ交換、居室の清掃、施設内で可能な洗濯等を行います。
余暇活動	利用者が楽しく参加できる行事や活動を企画し実施します。
機能訓練	必要に応じて、日常生活を送るうえで必要な身体機能の維持・改善のための機能訓練を生活ケアの中で行います。
送迎	利用者の身体状況、地域的条件、その他の理由のより送迎を必要とする場合は、適切な方法で実施します。
相談援助	利用者や家族に対して、必要に応じて生活・介護・環境等に関する相談を行います。また、行政機関等の諸手続で対応が困難な場合は、関係機関等への紹介を行います。
介護予防	指定介護予防事業者と連携し、自立支援に向けた適切な援助を行います。

2) 介護保険給付外サービス

種 類	内 容
食 費	食材費および調理費にかかる費用です。
滞 在 費	光熱費相当額にかかる費用です。

3) その他

種 類	内 容
理 容 サ ー ビ ス	月2回理容店からの出張による理髪サービスを利用いただけます。
入退所に係る送迎加算対象外の場所への送迎	家族での対応が困難で、他に移送手段がない場合について、相談により対応します。
そ の 他	上記に当てはまらない項目で、明らかに利用者負担であるものについては、費用をいただく事があります。

10. サービス利用負担額

介護サービスと利用負担額については別紙の通りです。

1) 介護保険給付サービス料

介護保険告示上の額に従い、『介護保険負担割合証』に応じた、利用者の要介護・要支援状態に応じた短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）サービス費、栄養管理・機能訓練にかかる費用をお支払いください。具体的な利用料については、軽減措置等の理由で個々の利用者毎に違いますので契約時に提示いたします。

利用者が、まだ要介護認定を受けていない場合には、介護保険給付サービスの全額をお支払いいただきます。要介護（要支援）の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）

2) 介護保険給付外サービス料

食費、滞在費は、負担段階に応じます。その他利用に要する費用で、本人に負担していただくことが適当であるものについては実費負担となります。

11. 介護保険給付サービス料及び介護保険給付外サービス料の支払い

サービス料の支払いにつきましては、次のいずれかの方法によりお支払いください。

- ①利用の都度現金払い～退所時に請求書を発行いたします
 - ②月払い（現金）～請求書発行月の月末までに現金で支払い
 - ③月払い（振込）～請求書発行月の月末までに下記指定口座への振込
 - ④月払い（引落）～請求書発行月の20日に引落としとなります
- 秋田銀行広面支店 普通預金 口座番号724940
 口座名義：社会福祉法人 晃和会
 理事長 伊藤 二雄

なお、利用者の選択により提供された実費経費については、その都度現金でお支払いいただきます。

12. キャンセル料

利用者の容態の急変等やむを得ない事情がある場合を除き、次のキャンセル料をいただく場合がございます。

介護保険料等

①利用日前日まで連絡をいただいた場合	無料
②利用日当日に連絡をいただいた場合	基本料金の25%を支払い、いただきます。
③連絡がなくキャンセルとなった場合	基本料金の50%を支払い、いただきます。

※別紙『介護サービス利用負担額一覧表』の基本料金になります。

食費について

①利用当日 9:30 まで連絡をいただいた場合	無料
②利用当日 9:30 以降連絡をいただいた場合	全額支払い、いただきます。
③連絡がなくキャンセルとなった場合	全額支払い、いただきます。

13. 協力医療機関

医療機関の名称	秋田赤十字病院
所在地	秋田市上北手猿田字苗代沢222番地1
電話番号	018-829-5000
診療科目	総合診療
救急指定の有無	有
契約の概要	事業者（法人）と秋田赤十字病院は、利用者の緊急時の治療、入院等について協力医療機関として協力支援する。

14. 当事業所利用の際に留意いただく事項

利用前の健康状態	入所前に体調不良等の症状がある場合は、かかりつけ医に受診していただき、入所の可否について指示をあおいでください。また、他の利用者に影響を及ぼすような感染症等の疾患が明らかになった場合は利用を中止させていただきます。
来 訪 ・ 面 会	来訪者は面会に際し、必ずその都度事務室又は職員に届け出てください。
外 出	外出の際には、必ず行き先と帰園予定時間を職員に申し出てください。
医 療 機 関 へ の 受 診	医療機関へ受診する場合は、必ず職員に申し出てください。
居 室 ・ 器 具 ・ 設 備 の 使 用	事業所内の居室や設備、器具は本来の用法に従って利用ください。これに反した利用により破損等生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫 煙 ・ 飲 酒	センター内は、全館禁煙となっておりますので、ご理解・ご協力をお願いします。
迷 惑 行 為	他の利用者の迷惑となる行為（騒音、けんか、暴行、中傷、口論等）はしないでください。 職員に対する、悪意のある暴言、暴力や悪質なハラスメント行為につきましてはしないようにしてください。 施設内において許可のない動画撮影や SNS への投稿については、ご遠慮ください。
所 持 品 の 管 理	利用時に所持品を事業所において確認させていただきます。貴重品の持ち込みはお避けください。
現 金 等 の 管 理	当事業所では、必要に応じてお預かりいたします。お預かりを希望される場合はお申し出ください。
宗 教 活 動 政 治 活 動	職員、他の利用者に対する宗教活動および政治活動は遠慮ください。
動 物 飼 育	当事業所へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。
そ の 他	職員に対する贈り物等のもてなしは遠慮させていただきます。

15. 個人情報の取り扱いについて

利用者および家族の個人情報に関しては、適正かつ適切に取り扱い、使用する場合には必ず書面にて同意を得た上で使用させていただきます。

利用者の短期入所生活介護サービス計画（介護予防短期入所生活介護サービス計画）作成や介護支援専門員、サービス提供事業者等との連絡調整において個人情報の使用・提供が必要となった場合は、必要最小限の情報を関係する者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払い使用します。

16. 高齢者虐待防止について

高齢者虐待防止に関する法令等を遵守し、虐待防止に関する責任者の選定、委員会の開催、指針の整備、研修の実施を行います。また、利用に際し、利用者を虐待している、あるいは虐待していると判断するに十分な状況を把握した場合には、所管行政機関等に通報いたします。

17. 身体的拘束等の適正化について

当事業所では、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に緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他、行動制限を行いません。

やむを得ず身体拘束その他行動制限を行う場合には、必ず書面において利用者・家族の同意を得た上で行います。

18. 苦情等の受付について

当事業所の介護サービスに関する相談、要望、苦情などは下記までお申し出ください。なお、当事業所以外で市役所など行政機関等でも受付しています。

当事業所 利用相談窓口	受付担当者 課長補佐 嵯峨 由紀子 利用時間 毎 日 8:30~17:30 利用方法 電 話 018-838-2335 窓 口 大平荘サービスセンター 苦情解決責任者 大平荘サービスセンター課長心得 船木 竜介
第三者委員	佐々木 晋太郎 電話 018-838-4581 梅 森 鈴 子 電話 018-835-0415 渡 部 幸 雄 電話 018-829-1241
そ の 他 相 談 窓 口	○秋田県国民健康保険団体連合会 電 話018-883-1550 FAX018-883-1551 ○秋田市介護保険課 電 話018-888-5674 FAX018-888-5673 ○秋田県福祉サービス相談支援センター (秋田県運営適正化委員会) 電 話018-864-2726 FAX018-864-2702

19. 事故発生時の対応

利用者が事故により身体に傷害が発生している場合は、応急処置をとり、主治医に連絡して指示を仰ぐとともに、事故が発生した経緯を家族の方に速やかに連絡し、その後の経過も随時連絡いたします。

また、事故発生予防のため担当者を定め、指針の整備、体制の整備、研修の実施を行います。

20. 緊急時の対応

利用者に状態の変化等あった場合には、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、緊急連絡先に知らせます。

利用者の主治医	医 師 名	
	所属医療機関の名称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
緊 急 連 絡 先	氏 名（続柄）	（ ）
	住 所	
	電 話 番 号	
	勤 務 先 等	

21. 非常災害時の対策

非常災害時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム大平荘 消防計画」及び「社会福祉法人晃和会総合防災マニュアル」により対応します。
非常通報の体制	非常通報体制は、登録10人体制で全職員の連絡体制を確保しています。
近隣との協力関係	地元消防団と協議し、非常時の応援協力体制について確保しています。
平常時の訓練と防災設備	別途定める「特別養護老人ホーム大平荘 消防計画」及び「社会福祉法人晃和会総合防災マニュアル」により、年2回以上夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者也参加して実施します。
防災設備の概要	屋内消火栓12カ所、消火器31カ所、避難経路6カ所、避難場所2カ所（併設施設を含む）

22. 感染症予防対策

当事業所では、施設内で発生が予測される感染症の予防のため、「感染症対策マニュアル」を作成し、委員会の開催、指針の整備、研修の実施を行います。

23. 業務継続計画

当事業所では感染症や非常災害の発生時において、入居者に対するサービス提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期に事業開始をするための業務継続計画を策定し、定期的に見直しを行うと共に、研修及び訓練を実施します。

24. 賠償責任について

当事業所は下記の損害賠償保険に加入し、事業者の責任により利用者に生じた損害については、その損害を賠償いたします。ただし、介護サービス提供上不可抗力的に生じた損害、事故の補償については、利用者、事業者双方で協議することとします。

保険会社名：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

補償の概要：賠償責任保険および傷害保険

●介護サービス利用負担額一覧表《大平荘ショートステイセンター》

(1) 保険給付対象サービス **1 割**

①介護給付サービス

【空床型短期入所生活介護(Ⅱ)(多床室)】

介 護 度	基本利用料	保険給付額	自己負担額	備 考
要介護1	6,030 円	5,427 円	603 円	1 日につき
要介護2	6,720 円	6,048 円	672 円	
要介護3	7,450 円	6,705 円	745 円	
要介護4	8,150 円	7,335 円	815 円	
要介護5	8,840 円	7,956 円	884 円	

【空所型短期入所生活介護(Ⅱ)(多床室)】※61 日以上連続して短期入所サービスを行った場合

介 護 度	基本利用料	保険給付額	自己負担額	備 考
要介護1	5,730 円	5,157 円	573 円	1 日につき
要介護2	6,420 円	5,778 円	642 円	
要介護3	7,150 円	6,435 円	715 円	
要介護4	7,850 円	7,065 円	785 円	
要介護5	8,540 円	7,686 円	854 円	

【加 算】

加 算 項 目	加算金額	保険給付額	自己負担額	備 考
看護体制加算 Ⅲイ	120 円	108 円	12 円	1 日につき
機能訓練体制加算	120 円	108 円	12 円	1 日につき
夜勤職員配置加算	130 円	117 円	13 円	1 日につき
送 迎 加 算	1,840 円	1,656 円	184 円	片道につき
療 養 食 加 算	80 円	72 円	8 円	1 日につき 3 回を限度
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	220 円	198 円	22 円	1 日につき
若年性認知症利用者受入加算	1,200 円	1,080 円	120 円	1 日につき
看取り連携体制加算	640 円	576 円	64 円	死亡日、及び死亡日以前7日を限度として
生産性向上推進加算Ⅱ	100 円	90 円	10 円	1 月につき
緊急時受入加算	1 日90 単位 サービス開始時より7日間。世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情の場合 最大で14日間 算定			
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	一ヶ月あたりの総単位数に14%を乗じた額の1割を算定			

【減 算】 長期利用者 31 日以上 60 日まで

減 算 項 目	減算額	保険給付減算額	自己負担減算額	備 考
長期利用者減算(30 日超)	300 円	270 円	30 円	1 日につき

②介護予防給付サービス

【空床型短期入所生活介護（Ⅱ）（多床室）】

介 護 度	基本利用料	保険給付額	自己負担額	備 考
要支援1	4,510 円	4,059 円	451 円	1 日につき
要支援2	5,610 円	5,049 円	561 円	

【空床型介護予防短期入所生活介護（Ⅱ）（多床室）】

※61 日以上連続して短期入所サービスを行った場合

介 護 度	基本利用料	保険給付額	自己負担額	備 考
要支援1	4,300 円	3,870 円	430 円	1 日につき
要支援2	5,330 円	4,797 円	533 円	

【加 算】

加 算 項 目	加算金額	保険給付額	自己負担額	備 考
機能訓練体制加算	120 円	108 円	12 円	1 日につき
送 迎 加 算	1,840 円	1,656 円	184 円	片道につき
療 養 食 加 算	80 円	72 円	8 円	1 日につき3 回を限度
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	220 円	198 円	22 円	1 日につき
若年性認知症利用者受入加算	1,200 円	1,080 円	120 円	1 日につき
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	一ヶ月あたりの総単位数に 14%を乗じた額の 1 割を算定			

◎『介護保険負担割合証』に定められた負担額となります。（平成 27 年 8 月より）

●介護サービス利用負担額一覧表《大平荘ショートステイセンター》

(1) 保険給付対象サービス

2 割

①介護給付サービス

【空床型短期入所生活介護(Ⅱ)(多床室)】

介 護 度	基本利用料	保険給付額	自己負担額	備 考
要介護1	6,030 円	4,824 円	1,206 円	1 日につき
要介護2	6,720 円	5,376 円	1,344 円	
要介護3	7,450 円	5,960 円	1,490 円	
要介護4	8,150 円	6,520 円	1,630 円	
要介護5	8,840 円	7,072 円	1,768 円	

【空床型短期入所生活介護(Ⅱ)(多床室)】※61 日以上連続して短期入所サービスを行った場合

介 護 度	基本利用料	保険給付額	自己負担額	備 考
要介護1	5,730 円	3,962 円	1,768 円	1 日につき
要介護2	6,420 円	5,136 円	1,284 円	
要介護3	7,150 円	5,720 円	1,430 円	
要介護4	7,850 円	6,280 円	1,570 円	
要介護5	8,540 円	6,832 円	1,708 円	

【加 算】

加 算 項 目	加算金額	保険給付額	自己負担額	備 考
看護体制加算 Ⅲイ	120 円	96 円	24 円	1 日につき
機能訓練体制加算	120 円	96 円	24 円	1 日につき
夜勤職員配置加算	130 円	104 円	26 円	1 日につき
送 迎 加 算	1,840 円	1,472 円	368 円	片道につき
療 養 食 加 算	80 円	64 円	16 円	1 日につき 3 回を限度
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	220 円	176 円	44 円	1 日につき
若年性認知症利用者受入加算	1,200 円	960 円	240 円	1 日につき
看取り連携体制加算	640 円	512 円	128 円	死亡日、及び死亡日以前 7 日を限度として
生産性向上推進加算Ⅱ	100 円	80 円	20 円	1 月につき
緊急短期入所受入加算	1 日 180 単位 サービス開始時より 7 日間。世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情の場合 最大で 14 日間 算定			
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	一ヶ月あたりの総単位数に 14% を乗じた額の 2 割を算定			

【減 算】

減 算 項 目	減算額	保険給付減算額	自己負担減算額	備 考
長期利用者減算(30 日超)	300 円	240 円	60 円	1 日につき

②介護予防給付サービス

【空床型短期入所生活介護（Ⅱ）（多床室）】

介 護 度	基本利用料	保険給付額	自己負担額	備 考
要支援1	4,510 円	3,608 円	902 円	1 日につき
要支援2	5,610 円	4,488 円	1,122 円	

【空床型介護予防短期入所生活介護（Ⅱ）（多床室）】

※61 日以上連続して短期入所サービスを行った場合

介 護 度	基本利用料	保険給付額	自己負担額	備 考
要支援1	4,300 円	3,440 円	860 円	1 日につき
要支援2	5,330 円	4,264 円	1,066 円	

【加 算】

加 算 項 目	加算金額	保険給付額	自己負担額	備 考
機能訓練体制加算	120 円	96 円	24 円	1 日につき
送 迎 加 算	1,840 円	1,472 円	368 円	片道につき
療 養 食 加 算	80 円	64 円	16 円	1 日につき3 回を限度
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	220 円	176 円	44 円	1 日につき
若年性認知症利用者受入加算	1,200 円	960 円	240 円	1 日につき
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	一ヶ月あたりの総単位数に 14% を乗じた額の 2 割を算定			

◎『介護保険負担割合証』に定められた負担額となります。（平成 27 年 8 月より）

●介護サービス利用負担額一覧表《大平荘ショートステイセンター》

(1) 保険給付対象サービス

3割

①介護給付サービス

【空床型短期入所生活介護(Ⅱ)(多床室)】

介 護 度	基本利用料	保険給付額	自己負担額	備 考
要介護1	6,030 円	4,221 円	1,809 円	1 日につき
要介護2	6,720 円	4,704 円	2,016 円	
要介護3	7,450 円	5,215 円	2,235 円	
要介護4	8,150 円	5,705 円	2,445 円	
要介護5	8,840 円	6,308 円	2,532 円	

【空床型短期入所生活介護(Ⅱ)(多床室)】※61 日以上連続して短期入所サービスを行った場合

介 護 度	基本利用料	保険給付額	自己負担額	備 考
要介護1	5,730 円	4,011 円	1,719 円	1 日につき
要介護2	6,420 円	4,458 円	1,926 円	
要介護3	7,150 円	5,005 円	2,145 円	
要介護4	7,850 円	5,495 円	2,355 円	
要介護5	8,540 円	5,978 円	2,562 円	

【加 算】

加 算 項 目	加算金額	保険給付額	自己負担額	備 考
看護体制加算 Ⅲイ	120 円	84 円	36 円	1 日につき
機能訓練体制加算	120 円	84 円	36 円	1 日につき
夜勤職員配置加算	130 円	91 円	39 円	1 日につき
送 迎 加 算	1,840 円	1,288 円	552 円	片道につき
療 養 食 加 算	80 円	56 円	24 円	1 日につき 3 回を限度
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	220 円	154 円	66 円	1 日につき
若年性認知症利用者受入加算	1,200 円	840 円	360 円	1 日につき
看取り連携体制加算	640 円	512 円	384 円	死亡日、及び死亡日以前 7 日を限度として
生産性向上推進加算Ⅱ	100 円	70 円	30 円	1 月につき
緊急短期入所受入加算	1 日 270 単位 サービス開始時より 7 日間。世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情の場合 最大で 14 日間 算定			
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	一ヶ月あたりの総単位数に 14% を乗じた額の 3 割を算定			

【減 算】

減 算 項 目	減算額	保険給付減算額	自己負担減算額	備 考
長期利用者減算(30 日超)	300 円	210 円	90 円	1 日につき

②介護予防給付サービス

【空床型短期入所生活介護（Ⅱ）（多床室）】

介 護 度	基本利用料	保険給付額	自己負担額	備 考
要支援1	4,510 円	3,157 円	1,353 円	1 日につき
要支援2	5,610 円	3,927 円	1,683 円	

【空床型介護予防短期入所生活介護（Ⅱ）（多床室）】

※61 日以上連続して短期入所サービスを行った場合

介 護 度	基本利用料	保険給付額	自己負担額	備 考
要支援1	4,300 円	3,010 円	1,290 円	1 日につき
要支援2	5,330 円	3,731 円	1,599 円	

【加 算】

加 算 項 目	加算金額	保険給付額	自己負担額	備 考
機能訓練体制加算	120 円	108 円	12 円	1 日につき
送 迎 加 算	1,840 円	1,656 円	184 円	片道につき
療 養 食 加 算	80 円	72 円	8 円	1 日につき3 回を限度
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	220 円	198 円	22 円	1 日につき
若年性認知症利用者受入加算	1,200 円	1,080 円	120 円	1 日につき
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	一ヶ月あたりの総単位数に 14% を乗じた額の3 割を算定			

◎『介護保険負担割合証』に定められた負担額となります。（平成 27 年 8 月より）

(2) 保険給付外サービス

① 居住費（滞在費）

		多床室	
滞在費	負担段階	1日につき	負担限度額
	第1段階	915円	0円
	第2段階		430円
	第3段階①		430円
	第3段階②		430円
	第4段階		915円

② 食 費

	1 日	朝 食	昼 食	夕 食
食 費	1,445円	300円	600円	545円

負担段階	負担限度額
第1段階	300円
第2段階	600円
第3段階①	1,000円
第3段階②	1,300円
第4段階	1,445円

③ その他

項 目	負 担 額	備 考
理髪サービス	実費	1回
その他、上記にあてはまらない項目で、明らかに利用者負担であるものについては、その費用をいただく事があります。		

当事業所は、短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）サービスの開始に際し、利用者に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

説明日 令和 年 月 日

事業者名：社会福祉法人 晃 和 会
施設名：大平荘ショートステイセンター
所在地：秋田市太平八田字藤の崎 231 番地の 3
管理者名：伊 藤 二 雄

説明者：職名 _____
氏名 _____ (印)

私は、本書面により、事業者から短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）サービスの重要事項について交付のうえ、説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

身元保証人（利用者の家族等）

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

利用者との関係： _____