

指定短期入所生活介護重要事項説明書 (ショートステイ)

ショートステイ ディアナの郷

〒416-0945 静岡県富士市宮島1476番地

TEL 0545-65-4165(代) FAX 0545-65-4155

社会福祉法人 真澄会

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(静岡県指定 第 2272302999 号)

当事業所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。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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 職員の配置状況	3
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金	4
5. 代理人	7
6. 苦情処理について	7
7. 事故発生時の対応について	7
8. 虐待防止と身体拘束の廃止	7
9. 感染症予防と発生時の対応	7

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 真澄会
(2) 法人所在地 静岡県富士市水戸島本町7番8号
(3) 電話番号 0545-65-1165
(4) 代表者氏名 理事長 大石 すみ代
(5) 設立年月 平成14年1月28日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 ユニット型地域密着型介護老人福祉施設・平成30年4月1日指定
特別養護老人ホームディアナの郷 利用定員29名(3ユニット)
(富士市 第2292300627号)
指定短期入所生活介護事業所・平成31年3月1日指定
ショートステイ ディアナの郷 利用定員10名(1ユニット)
(静岡県 第2272302999号)

※当事業所は特別養護老人ホームディアナの郷に併設されています。

(2) 事業所の目的

介護保険法に従い、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に必要な居室及び共同施設等を短期間ご利用いただく、短期生活介護サービスを提供します。

- (3) 事業所の名称 ショートステイ ディアナの郷
(4) 事業所の所在地 静岡県富士市宮島1476番地
(5) 電話番号 0545-65-4165
(6) 事業所長(管理者)氏名 安谷屋 優
(7) 当事業所の運営方針

契約者の援助を契約者個人の要介護度に応じた介護を基本とし、個々の人間性を尊重し、利用期間の生活が快適に、かつ心身の機能維持等が図れるよう、その立場に立ったケアを行う。

- (8) 開設年月 平成31年3月1日

(9) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	月～土 9:00～17:00

- (10) 利用定員 10人

- (11) 通常の事業実施地域 富士市内

(12) ユニット内の施設・設備

室名	室数	主な設備等
居室(全室個室)	10	介護用超低床電動ベット
共同生活室	1	キッチン・談話コーナー
便所	4	車椅子対応
浴室	1	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

(13) 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。

(14) 第三者評価の有無 無

3. 職員の配置状況

当事業所では、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＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤換算	指定基準
1. 施設長（管理者）	1	1名
2. 介護職員	16.9	13名
3. 生活相談員	1	1名
4. 看護職員	1	1名
5. 機能訓練指導員	1	1名
6. 医師	0.03	嘱託
7. 管理栄養士	1	1名
8. 調理員		委託

※ 常勤換算：職員それぞれの週当たりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、
1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤務体制
1. 医師	第 1、3 木曜日 16：00～16：45
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 7：00～16：00 1名 日中： 9：00～18：00 1名 遅番：13：00～22：00 1名 夜間：22：00～ 7：00 1名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 7：30～16：30 1名 日中： 9：00～18：00 1名

☆土日は上記と異なる場合があります。

※看護職員の早朝は、処置等必要な方のご利用に合わせた対応時間帯となります。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金（※料金については、別紙料金表を参照）

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

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

があります。

（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・一定以上所得者は８割または７割）が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

①食事における栄養管理（但し、食材料費と調理費は別途いただきます。）

- ・当事業所では、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および嗜好を考慮した食事を提供します。また、医師の指示に基づく適切な栄養量及び内容を有する療養食を提供することができます（糖尿病食、腎臓病食等）。
- ・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： ７：３０～ ８：１０

昼食：１２：００～１２：４０

夕食：１８：００～１８：４０

②入浴

- ・入浴又は清拭を週２回行います。
- ・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。

④機能訓練

- ・ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤送迎サービス

- ・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。
（但し、富士市内以外の方は距離により別途料金をご負担いただきます。）

⑥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、適切な整容が行なわれるよう援助します。

（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、第８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。

＜サービスの概要＞

①食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

ご契約者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。実費相当額の範囲内にてご負担いただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（１日当たり）のご負担となります。

②特別な食事

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

③理髪・美容

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。

④レクリエーション、行事活動

ご契約者の希望によりレクリエーションや行事活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただく場合があります。

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

ご契約者の希望による日常生活品の購入代金等、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。

《例》ホーム喫茶利用代金、お菓子及び衣類販売等、購入代金。

ただし、おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

⑥送迎サービス（通常の送迎実施地域以外）

介護保険に含まれる送迎サービス費用の他に、通常の送迎実施地域(富士市)を越えた地点から、ご自宅までの送迎費用として別途料金をいただきます。

⑦契約書第８条第２項但し書き及び第２１条に定める所定の料金

ご契約者が、未だ要介護認定を受けていない場合、契約者の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合、ご契約者はご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金全額をいったん事業者に支払うものとします。

また、ご契約者が契約終了後も居室を明け渡さない場合等は、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係るご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金全額を支払うものとします。

⑧滞在に要する費用

この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、利用者の方には光熱水費相当額及び室料をご負担いただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された滞在費（居住費）の金額（１日当たり）のご負担

となります。

⑨食費及び滞在費用等の変更

経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(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、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 窓口での現金支払
イ. 下記指定口座への振り込み
静岡銀行 富士駅南支店 普通預金 No.0543845
払込先 社会福祉法人真澄会 理事長 大石すみ代
ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし
ご利用できる金融機関：静岡銀行、清水銀行、静岡中央銀行、静岡県内信用金庫、 静岡県労働金庫、静岡県農業協同組合、ゆうちょ銀行

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第9条参照）

○利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護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。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者に出してください。

○サービス利用日(当日)のサービス利用の取消につきましては、以下の取消料をお支払いただく場合があります。

当日の取消料 自己負担額の 50 パーセント額

但し、契約者の体調等、正当な事由のある場合は、この限りではありません。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

○ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

5. 代理人

契約者は、契約の有効期間中に心神喪失その他の事由により判断能力を失った場合に備えて、契約者の家族等をあらかじめ代理人として定めることとします。

6. 苦情処理について（契約書第 23 条参照）

- （１）あなたは、当施設が提供するサービスについて、いつでも苦情を申し立てることが出来ます。あなたは、当施設に苦情を申し立てたことにより、何らの差別待遇も受けません。

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。

ディアナの郷苦情受付窓口	連 絡 先
生活相談員	所在地 富士市宮島 1 4 7 6 電話番号 0545-65-4165 F A X 0545-65-4155 受付時間 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
第三者委員	藤田 晃 電話番号 0545-53-8562 望月 功明 電話番号 0545-61-7430

- （２）この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申し立てることが出来ます。

行政機関その他苦情受付機関

富士市役所 ・福祉部介護保険課 （介護保険制度全般に関すること） ・福祉総務課福祉指導室 （事業者指導に関すること）	所在地 静岡県富士市永田町 1 — 1 0 0 電話番号 0545-55-2767 ・ FAX 0545-51-0321 電話番号 0545-55-2863 ・ FAX 0545-52-2290 受付時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 （月～金、祝日除く）
静岡県国民健康保険団体連合会	所在地 静岡県静岡市葵区春日 2 — 4 — 3 4 電話番号 054-253-5590 ・ F A X 054-253-5589 受付時間 9:00～17:00（月～金、祝日除く）

7. 事故発生時の対応について

当施設において、契約者に対する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、契約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。

8. 虐待防止と身体拘束の禁止について（契約書第 11 条参照）

虐待の発生とその再発を防止するため、委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。また、契約者、他利用者の生命、身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、行動を制限しようとする身体拘束は行わないものとします。

9. 感染症の予防と発生時の対応について（契約書第 11 条参照）

当施設において感染症が発生し、または蔓延しないように委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等、必要な措置を講じます。

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護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。

指定短期入所生活介護 ショートステイ ディアナの郷

説明者 職名

氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住所

氏名 印

代理人 住所
(契約者との続柄)

() 氏名 印

<重要事項説明書付属文書>

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨造 2階建
- (2) 建物の延べ床面積 3, 131.43㎡

2. 職員の配置状況

<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。

3名の利用者に対して1名の介護職員を配置しています。

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。

1名の生活相談員を配置しています。

看護職員… 主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行います。日常生活上の介護、介助等も行います。

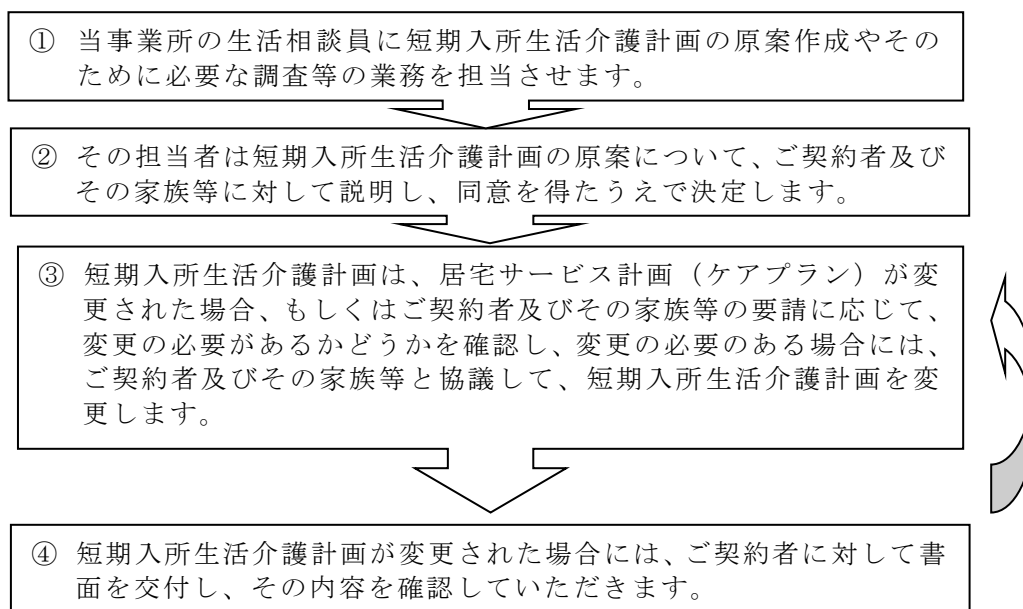
1名の看護職員を配置しています。

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。

1名の医師を配置しています。

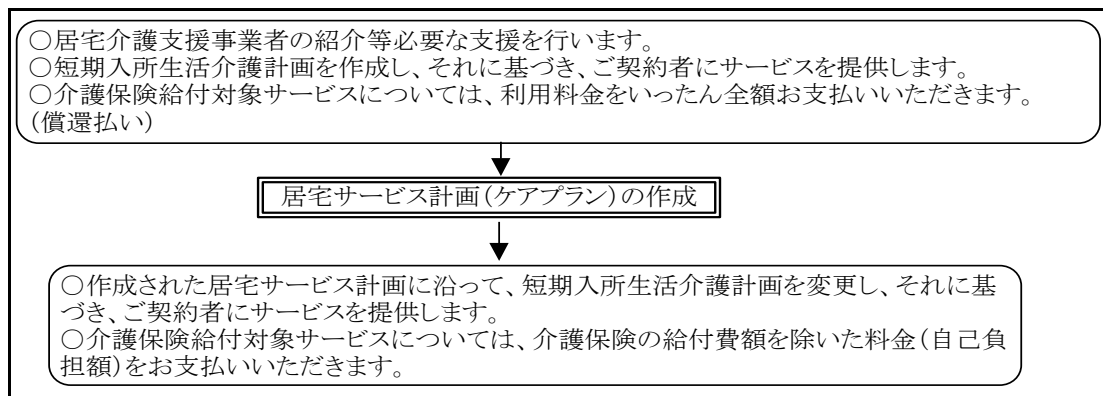
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (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（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「短期入所生活介護計画」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通りです。（契約書第3条参照）

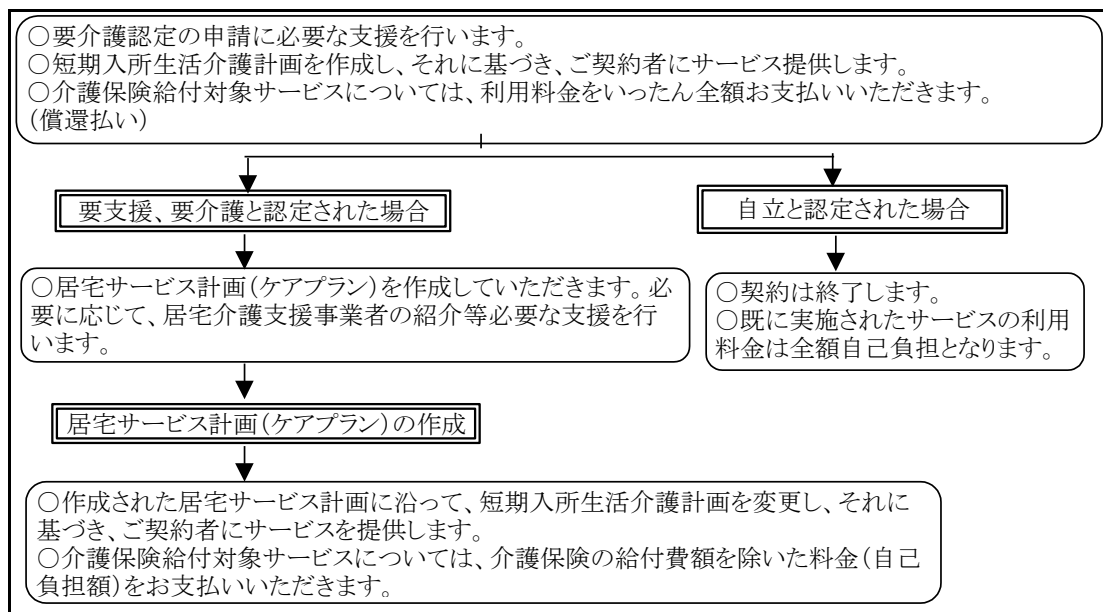


(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合



4. サービス提供における事業者の義務（契約書第 11 条、第 12 条参照）

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・確保に配慮します。
- 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うえ、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、2 年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- 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事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又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、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、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、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

5. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

（１）持ち込みの制限

利用にあたり、別紙の利用時必要物品以外のものは原則として持ち込むことができません。

（２）施設・設備の使用上の注意（契約書第 13 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、又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。

○ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人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。

○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、営利活動を行うことはできません。

（３）喫煙

事業所内の喫煙はできません。

（４）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。）

① 協力医療機関

N o	病院名	科目	医院長名	住所
1	こもれびクリニック	内科外科 消化器科	鈴木 康将	富士市松本 3 1 3 - 2 5
1	檜村胃腸科外科	内科外科	檜村 弘隆	富士市柚木 1 6 7 - 3
2	ひなたクリニック	内科	日向 真一	富士市森島 1 0 5 - 1
3	富士市立中央病院	全科	児島 章	富士市高島町 5 0

② 協力歯科医療機関

N o	病院名	科目	医院長名	住所
1	和田歯科クリニック	歯科	和田 寿夫	富士市平垣本町6-4 1
2	野中歯科クリニック	歯科	鈴木 松臣	富士宮市野中9 1 0-1

6. 損害賠償について（契約書第 14 条、第 15 条参照）

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、事業者は速やかに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、その損害の発生について、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時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

7. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に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 17 条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立、要支援 1 又は要支援 2 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 18 条、第 19 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約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ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- 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 ご契約者が入院された場合
- ③ ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」の変更に同意できない場合
- 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 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
- ⑥ 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、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他の利用者をご契約者の身体・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 20 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①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
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 3 か月以上遅延し、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

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第 17 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、契約終了者に必要な援助を行います。

別紙

ご利用に際し必要な手続き及びご持参いただく物等について

1 ご持参いただく書類等（すべて写し）

- ① 介護保険被保険者証
- ② 健康保険被保険者証（被扶養者の場合は、会社で遠隔地保険証の手続きをして下さい。）
- ③ 老人医療受給者証
- ④ 利用者負担額減額に関する証書（対象者のみ）
- ⑤ 介護保険被利用者負担割合変更確認証
- ⑥ 社会福祉法人による利用者負担減免対象確認証 等

2 生活用品として用意していただく物（利用時必要物品）

- 寝巻き、又はパジャマ
- 日常着（動きやすい上下）
- 下着（上下）
- 靴下
- タオル
- 処方薬（内服薬、外用薬）
- 箱ティッシュ
- 洗面用具（歯ブラシ、歯磨き粉、うがい用コップ、入れ歯入）
- 電気カミソリ（充電器も含む）＜男性＞
- その他（必要な方）・・・杖、歩行器など

【お願い】すべての持ち物に名前をハッキリ書いてください。

私物は収納棚に収納できる程度にとどめ、室内の清潔・整頓にご協力下さい。

施設を利用するにあたっての注意事項

1 面会について

面会時間 9:00～20:00

- ※ 来訪者は、受付にあります面会個表をご記入ください。
- ※ 差し入れなどの食品のお持ち込みは、必ず職員へお申し出ください。
- ※ インフルエンザ、ノロウイルス、新型コロナウイルス等の感染症が流行している時期は、面会の制限や中断をする場合があります。
- ※ 来訪予定者の体調が優れない場合は、予め面会をお控えいただくようお願いいたします。

2 行事について

施設ではできるだけ昔から伝わる習慣的な行事、あるいは家庭的な味わいを持つため季節に応じた行事を実施いたします。

3 連絡について

施設からご家族への連絡は、原則として代理人にさせていただきます。

その他、ご不明な点につきましては、電話（0545）65-4165、ディアナの郷「生活相談員」までお問い合わせ下さい。

料 金 表

1. 介護保険の給付の対象となるサービスによる料金

下記の表によって、ご利用者の要介護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）をお支払いください（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）。

1 日当たり(単位：単位数、円)

《ユニット型個室》	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
1、介護費	704	772	847	918	987
2、サービス提供体制強化加算Ⅱ	18				
3、送迎加算（片道）	184				
4、介護職員等処遇改善加算Ⅰ	127	136	147	157	166
合計単位数（1+2+3+4）	1,033	1,110	1,196	1,277	1,355
自己負担額（1割）	1,051 円	1,129 円	1,217 円	1,299 円	1,378 円
自己負担額（2割）	2,101 円	2,258 円	2,433 円	2,598 円	2,756 円
自己負担額（3割）	3,152 円	3,387 円	3,649 円	3,897 円	4,134 円

※既に 1 単位 10.17 円で計算しております。また、上記に記載してある自己負担額（1 割、2 割、3 割）については、概ねの金額です。ご了承ください。

※送迎加算は、施設送迎をご利用になられた際に算定します。

※食事に特別な制限（量、栄養分等）のある方は、管理栄養士が適切な食事を提供しますので、療養食加算（8 単位/回）を算定します。

※介護職員等処遇改善加算の単位は、1～3 合計の 14.0%で算出されます。

- ご契約者がまだ要介護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。要支援又は要介護の認定を受けた後、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）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- 短期入所の利用限度日数を超える場合もサービス利用料金の全額をお支払いいただきます。
- 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します。

2. 介護保険の給付対象とならないサービスによる料金

①食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

食事の提供に 要する費用	通常 (第4段階)	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
		基準費用額 1日 1,445 円 (下記は負担限度額認定証書記載金額)			
	1日 1,520 円	1日 300 円	1日 390 円	1日 1,000 円	1日 1,300 円

(但し、食費は一食ごとに朝食 380 円、昼食 640 円、夕食 500 円と分けて設定されており、
提供した食事分のみ費用徴収いたします。)

②理美容サービス費用

	カット料金 (1 回当たり)	備 考
理 容	2,000 円	顔剃 500 円

③送迎サービス（介護保険外別途料金）

	富士市内	市外区間 片道 5 km未満	市外区間 片道 5 km以上
送迎費用	0 円	片道 500 円	片道 1,000 円

④滞在に要する費用（光熱水費及び室料）

滞在に要する費用 個室 (1 人部屋)	通常 (第4段階)	第1段階	第2段階	第3段階
		基準費用額 1日 2,066 円 (下記は負担限度額認定証書記載金額)		
	1日 2,200 円	1日 880 円	1日 880 円	1日 1,370 円