

# (介護予防) 短期入所生活介護 重要事項説明書

## ショートステイ大名

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(沖縄県指定 第 4770100024 号)

当事業所はご契約者に対して指定(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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「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. 施設経営法人 .....             | 0 |
| 2. 事業所の概要 .....             | 1 |
| 3. 職員の配置状況及び勤務体制 .....      | 2 |
| 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金 ..... | 3 |
| 5. 利用料金のお支払いについて.....       | 5 |
| 6. 利用の中止、変更、追加.....         | 5 |
| 7. サービス利用中の医療について.....      | 5 |
| 8. 苦情の受付について.....           | 6 |
| 9. 施設をご利用の際に留意いただく事項.....   | 7 |
| 10. 事故発生時の対応及び損害賠償 .....    | 7 |
| 11. 非常災害対策 .....            | 8 |
| 12. サービス提供における事業者の義務 .....  | 8 |

|                      |    |
|----------------------|----|
| (別紙) サービス利用料金表 ..... | 10 |
|----------------------|----|

## 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 ゆうなの会  
(2) 法人所在地 沖縄県那覇市首里大名町1丁目43番地の2  
(3) 電話番号 098-886-5070  
(4) 代表者氏名 理事長 玉城 篤子  
(5) 設立年月 昭和50年9月4日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護事業所・平成12年3月6日指定  
介護予防短期入所生活介護事業所・平成18年4月1日指定  
沖縄県 4770100024号  
※当事業所はユニット型指定介護老人福祉施設 大名に併設  
されています。
- (2) 事業所の目的 事業所は介護予防サービス、居宅サービス計画書に基づき、  
可能な限り居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入  
浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の  
便宜の供与その他日常生活上の世話を行なうことにより、  
利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むこ  
とができるようにすることを目指します。
- (3) 事業所の名称 ショートステイ 大名
- (4) 事業所の所在地 沖縄県那覇市首里大名町1丁目43番地の2
- (5) 電話番号 098-886-5070
- (6) 事業所長 内間 幸男
- (7) 当事業所の運営方針  
○地域と連携した高齢者福祉施設の拠点として、高齢者と家族の健やかな生活  
に貢献します。  
○沖縄のベストプラクティスとして、全国で輝ける存在を目指します。  
○地域と共にボランティアと共に歩む老人ホームを目指します。
- (8) 開設年月 平成12年3月6日

(9) 利用定員 10名 (1ユニット・ショートステイ専用)

特別養護老人ホームの入居定員の範囲内において、入院等をした入居者の居室を利用して短期入所生活介護を提供できるものとする。

#### (10) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。居室は全室個室となっております。(居室・設備の数は、特別養護老人ホーム大名との合算になっています。)

| 居室・設備の種類  | 室数   | 備考        |
|-----------|------|-----------|
| 居室(ユニット型) | 110室 | 個室・洗面設備   |
| 合 計       | 110室 |           |
| 共同生活室     | 11室  | テーブル等設置   |
| 便所        | 33ヶ所 | ユニット内     |
| 汚物処理室     | 11ヶ所 | ユニット内     |
| 浴室        | 6室   | 更衣室・トイレ設置 |
| 医務室       | 1室   |           |

### 3. 職員の配置状況及び勤務体制

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〉(併設の特別養護老人ホームと兼務)

| 職員の職種     | 人数 | 指定基準 | 勤務体制                                                      |
|-----------|----|------|-----------------------------------------------------------|
| 所 長       | 1名 | 1名   | 日勤の勤務 8:30～17:30                                          |
| 医 師       | 6名 | 必要数  | ① 内科医：火曜日<br>14:00～16:00<br>②精神科医：第一・第三水曜日<br>16:00～17:00 |
| 法 人 事 務 局 | 3名 | 兼任有  | 日勤の勤務 8:30～17:30                                          |
| 事 務 員     | 6名 | 兼任有  | 日勤の勤務 8:30～17:30                                          |
| 施設サービス課長  | 1名 | 兼任   | 日勤の勤務 8:30～17:30                                          |
| 生活相談員     | 3名 | 1名   | 日勤の勤務 8:30～17:30                                          |
| 訓練指導員     | 2名 | 兼任有  | 日勤の勤務 8:30～17:30                                          |
| 看護職員      | 5名 | 3名   | 早出の勤務 7:00～16:00<br>日勤の勤務 8:00～17:00<br>遅出の勤務 10:00～19:00 |

|           |      |      |                                                                                                                                                                                     |
|-----------|------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介 護 職 員   | 40 名 | 36 名 | 早出の勤務 7 : 00 ~ 16 : 00<br>中出の勤務 7 : 30 ~ 16 : 30<br>遅出の勤務 10 : 00 ~ 19 : 00<br>昼出の勤務 12 : 00 ~ 21 : 00<br>準夜の勤務 15 : 00 ~ 0 : 00<br>夜勤の勤務 22 : 00 ~ 7 : 00<br>深夜の勤務 0 : 00 ~ 9 : 00 |
| 管 理 栄 養 士 | 3 名  |      | 日勤の勤務 8 : 30 ~ 17 : 30                                                                                                                                                              |
| 調 理 師     | 15 名 |      |                                                                                                                                                                                     |
| 介護支援専門員   | 2 名  | 兼任   | 日勤の勤務 8 : 30 ~ 17 : 30                                                                                                                                                              |
| 環境衛生管理員   | 3 名  |      |                                                                                                                                                                                     |
| 清 掃 員     | 1 名  |      |                                                                                                                                                                                     |

#### 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

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。

##### (1) サービスの概要

| サービスの種別       | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 短期入所生活介護計画の作成 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた短期入所生活介護計画を作成します。（4 日以上のご利用時）</li> <li>・短期入所生活介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。</li> <li>・短期入所生活介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、短期入所生活介護計画書を利用者に交付します。</li> <li>・それぞれの利用者について、短期入所生活介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。</li> </ul> |
| 食 事           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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態および嗜好を考慮した食事を提供します。</li> <li>・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。</li> </ul> <p>（食事時間） 朝食 7 : 30 ~ 9 : 00</p> <p>昼食 11 : 30 ~ 13 : 00</p>                                                                                                                                               |

|           |                                                                                                                                   |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | 夕食 17:30～19:00                                                                                                                    |
| 入 浴       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴又は清拭を週2回行います。</li> <li>・寝たきり等で座位がとれない方はストレッチャーを用いて入浴を行います。</li> </ul>                   |
| 排 泄       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>                                           |
| 機能訓練      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・機能訓練指導員により、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。</li> </ul>            |
| 健康管理      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員が、健康管理、服薬管理を行います。</li> <li>・身体状況の急変時には必要な処置を講ずるほか、ご家族へ速やかに連絡します。</li> </ul>           |
| 送迎サービス    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。但し、通常の事業実施地域（那覇市・浦添市）以外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。</li> </ul> |
| その他自立への支援 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。</li> </ul>           |

## （２）サービス利用料金

（別紙）＜サービス利用料金（１日あたり）＞の料金表に定めます。

ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険請求額を差し引いた金額（利用者負担額）をお支払い下さい。

## （３）介護保険の基準外サービス

以下のサービスの費用については全額、ご契約者の負担となります。

| サービスの種類  | 内 容                                                                                                                                                       |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特別な食事    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ご契約者のご希望に基づいて特別な食事（お酒も含みます。）を提供します。料金：要した費用の実費</li> </ul>                                                         |
| 理 容      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・理容サービスに関しては、調整し対応させていただきます。実費にてサービスを利用できます。</li> </ul>                                                            |
| 日常生活用品   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ご契約者の日常生活に要する費用で、衣類、履物、その他の嗜好品等はご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費用を負担していただきます。</li> </ul>                               |
| レクリエーション | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ご契約者の希望によりレクリエーション、その他行事等に参加していただけます。</li> </ul> <p>利用料金：材料代、参加費等の実費をいただきます。</p>                                  |
| 複写物の交付   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ご契約者及び身元引受人は必要がある場合は、事業所に対しサービス提供についての記録の閲覧及び自費による複写を求めることができます。ただし、この閲覧及び複写は、事業所の業務に支障のない時間に行うこととします。</li> </ul> |

## 5. 利用料金のお支払い方法

前記（２）（３）の料金・費用は、毎月末日〆となっています。サービス利用日数ごとに計算し、ご請求しますので翌月の 20 日までに下記のいずれかの方法によりお支払ください。

- ・事業所の指定口座へのお振込み
- ・利用者指定口座からの自動振替
- ・事業所にて現金でのお支払い

☆事業所指定の振込先

|                                                    |
|----------------------------------------------------|
| 沖縄銀行 内間支店<br>普通 1510636<br>特別養護老人ホーム大名<br>所長 内間 幸男 |
|----------------------------------------------------|

## 6. 利用の中止、変更、追加

（１）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所に申し出てください。

（２）利用予定日の前日までに申し出がなく、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は、この限りではありません。

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合  | 無料         |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 | 滞在費及び食費相当分 |

○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。

## 7. サービス利用中の医療について

（１）ショートステイ利用者の方は、自宅にいる時同様に受診・お薬の処方など全てかかりつけ医が担当です。老人ホーム大名では、診察や薬の処方、受診送迎・付き添いなど行っておりません。大名の協力医療機関（例えば名嘉村クリニック）に新たに通われる場合でも、ご家族での対応をお願いいたします。

(2) 医療を必要とする場合ご家族に連絡をお入れします。ご家族対応にてかかりつけ医への受診・送迎をお願いします。受診されショートステイへ戻った際は、看護師へ受診結果等をお伝えください。また、かかりつけ医の休診日・夜間帯などかかりつけ医へ受診ができない場合は、救急外来の受診をお願いします。

なお、緊急性のある場合は、一度ご家族へ連絡をお入れした後、事前に確認しておいた医療機関へ救急車にて救急搬送を要請します。その際、ご家族は直ちに搬送先の医療機関へ向かってください。(救急搬送された場合、医療機関でご家族の同意などが必要になる場合もありますので、連絡が入ったら直ちに駆けつけてください。)

(3) 救急搬送先については、事前にご家族のご希望医療機関を確認いたします。

## 8. 苦情の受付について

### (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所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。

○苦情解決責任者

〔所 長〕内間 幸男

○苦情受付窓口 (担当者)

〔課長〕伊波 成恭 〔生活相談員〕仲宗根美香・池田将浩・名幸彩菜

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30

○連絡先 886-5070

また、苦情受付ボックスを正面玄関事務所横に設置しています。

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

|                           |                              |                                                            |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 那覇市<br>健康福祉部<br>ちゃーがんじゅう課 | 所在地<br>電話番号<br>FAX番号<br>受付時間 | 那覇市泉崎 1-1-1<br>862-9010 (代)<br>862-9648<br>9:00～17:00      |
| 国民健康保険団体連合会               | 所在地<br>電話番号<br>FAX番号<br>受付時間 | 那覇市西 3-14-18<br>863-2321 (代)<br>867-6758<br>9:00～17:00     |
| 沖縄県社会福祉協議会                | 所在地<br>電話番号<br>FAX番号<br>受付時間 | 那覇市首里石嶺町 4-373-1<br>887-2000 (代)<br>887-2024<br>9:00～17:00 |
| 那覇市社会福祉協議会                | 所在地<br>電話番号<br>FAX番号<br>受付時間 | 那覇市金城 3-5-4<br>857-7766 (代)<br>857-6052<br>9:00～17:00      |

## 9. 施設をご利用の際に留意いただく事項

|           |                                                                                                       |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会     | 来訪者は面会時間を厳守し、必ず面会簿にご記入ください。<br>面会時間：9時00分～18時15分<br>※食べ物を持ち込む場合は健康管理及び事故防止のため、職員へご連絡ください。生ものはお控えください。 |
| 居室・設備等の利用 | 施設内の居室や設備、器具等は本来の用法に従ってご使用ください。これに反してご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。                                 |
| 喫煙・飲酒     | 喫煙、飲酒は、決められた場所以外ではお断りします。<br>原則として職員管理下とします。                                                          |
| 迷惑行為等     | 騒音等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。                                                                            |
| 所持品の管理    | 現金、腕時計、ネックレス、指輪などアクセサリ等については原則自己管理とさせていただきます。                                                         |
| その他の管理    | 補聴器、義歯などの管理については紛失等の事故がありますので管理についてはその都度、事業所と家族との協議により決定したいと思います。                                     |
| 私物の持ち込み   | 衣類、その他私物を持ち込まれる場合は必ず記名をお願いします。記名がない場合、紛失してしまうおそれがあります。                                                |
| 宗教・政治活動   | 施設内で他のご利用者に対する宗教及び政治活動はご遠慮下さい。                                                                        |
| 動物の飼育     | 原則として、施設内でのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。                                                                       |

## 10. 事故発生時の対応及び損害賠償

当施設において、事業所の責任によりご契約者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償いたします。

ただし事業所に故意過失がない場合にはこの限りではありません。また事故発生につき契約者に重過失があると認められる場合は、損害賠償の額を減じる場合があります。

## 11. 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者）職名・氏名：（課長）伊波 成恭

- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。  
避難訓練実施時期：（毎年2回 5月・ 11月）



## 12. サービス提供における事業者の義務

当施設は、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、ご契約者又はその家族から聴取、確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスの記録を整備し、その完結の日から5年間保存しなければなりません。
- 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事業所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。

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、交付致しました。

ショートステイ大名

説明者職名 生活相談員

説明者氏名 \_\_\_\_\_

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項説明書の説明を受け、同意をし、重要事項説明書を受領致しました。

利用者住所 \_\_\_\_\_

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族の住所 \_\_\_\_\_

家族の氏名 \_\_\_\_\_ 印

続    柄 \_\_\_\_\_

(別紙) ショートステイ大名

令和 6 年 8 月 1 日改定

＜サービス利用料金(1日あたり)＞

| 区分          | 要<br>介護度 | 単位                                                                      | 利用料<br>(介護報酬<br>総額) | 保険請<br>求額<br>【9割】 | 利用者<br>負担額<br>【1割】 | 保険請<br>求額<br>【8割】 | 利用者<br>負担額<br>【2割】 | 保険請<br>求額<br>【7割】 | 利用者<br>負担額<br>【3割】 |
|-------------|----------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| ユニット型<br>個室 | 要支援<br>1 | 529                                                                     | 5,290               | 4,761             | 529                | 4,232             | 1,058              | 3,703             | 1,587              |
|             | 要支援<br>2 | 656                                                                     | 6,560               | 5,904             | 656                | 5,248             | 1,312              | 4,592             | 1,968              |
|             | 要介護<br>1 | 704                                                                     | 7,040               | 6,336             | 704                | 5,632             | 1,408              | 4,928             | 2,112              |
|             | 要介護<br>2 | 772                                                                     | 7,720               | 6,948             | 772                | 6,176             | 1,544              | 5,404             | 2,316              |
|             | 要介護<br>3 | 847                                                                     | 8,470               | 7,623             | 847                | 6,776             | 1,694              | 5,929             | 2,541              |
|             | 要介護<br>4 | 918                                                                     | 9,180               | 8,262             | 918                | 7,344             | 1,836              | 6,426             | 2,754              |
|             | 要介護<br>5 | 987                                                                     | 9,870               | 8,883             | 987                | 7,896             | 1,974              | 6,909             | 2,961              |
| 居室に係る自己負担額  |          | 2,066 円(880円・1,370 円)                                                   |                     |                   |                    |                   |                    |                   |                    |
| 食事に係る自己負担額  |          | 1,445 円(300 円・600 円・1,000 円・1,300 円)<br>(内訳:朝食 385 円・昼食 530 円・夕食 530 円) |                     |                   |                    |                   |                    |                   |                    |

※当施設の基本料金は上記のとおりですが下記内容に該当する場合はその金額が加算されます。

| 加算名と金額          | 利用者<br>負担額<br>【1割】 | 利用者<br>負担額<br>【2割】 | 利用者<br>負担額<br>【3割】 | 内 容                                                 |
|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------------------------------|
| 機能訓練体制加算        | 12                 | 24                 | 36                 | 理学療法士等の機能訓練指導員を配置した場合                               |
| 個別機能訓練加算        | 56                 | 112                | 168                | 理学療法士等が個別的に計画作成、機能訓練を行った場合                          |
| 夜勤職員配置加算        | 20                 | 40                 | 60                 | 基準を上回り、かつ喀痰吸引のできる職員を配置した場合(介護予防短期入所生活介護利用の方は算定なし)   |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 22                 | 44                 | 66                 | 介護福祉士が全体の 80%以上配置、又は勤続 10 年以上の介護福祉士が 35%以上配置されている場合 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 18                 | 36                 | 54                 | 介護福祉士が全体の 60%以上配置されている場合                            |
| サービス提供体制強化      | 6                  | 12                 | 18                 | 介護福祉士が全体の 50%以上、常勤職員 75%以上、勤                        |

|                  |             |     |     |                                                                                  |
|------------------|-------------|-----|-----|----------------------------------------------------------------------------------|
| 化加算（Ⅲ）           |             |     |     | 続 7 年以上職員 30%以上のいずれか配置の場合                                                        |
| 看護体制加算（Ⅰ）        | 4           | 8   | 12  | 常勤の看護師を 1 名以上配置した場合。<br>（介護予防短期入所生活介護利用の方は算定なし）                                  |
| 看護体制加算（Ⅱ）        | 8           | 16  | 24  | 利用者の重度化等に伴う医療ニーズに対応する観点から、基準を上回る看護職員を配置した場合。<br>（介護予防短期入所生活介護利用の方は算定なし）          |
| 医療連携強化加算         | 58          | 116 | 174 | 厚生労働大臣が定める状態にあるものに対して短期入所生活介護を行った場合                                              |
| 緊急短期入所受入加算       | 90          | 180 | 270 | 居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所生活介護を緊急に行った場合                                     |
| 療養食加算            | 23          | 46  | 69  | 疾病治療の手段として、医師の食事箋に基づく療養食を提供した場合                                                  |
| 送迎加算（片道）         | 184         | 368 | 552 | 利用者の必要に応じて自宅・施設間の送迎サービスを行った場合                                                    |
| 長期利用者（30 日超利用）減算 | －30         | －60 | －90 | 連続して 30 日を超えて短期入所生活介護を行った場合に減算                                                   |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）   | 所定単位数×14.0% |     |     | 介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県に届け出た事業所が所定単位数に加算する。利用した介護報酬の総額（居住費、食費を除く）に金額を上乗せします。 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）   | 所定単位数×13.6% |     |     |                                                                                  |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）   | 所定単位数×11.3% |     |     |                                                                                  |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）   | 所定単位数×9.0%  |     |     |                                                                                  |

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額を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、手続きを行う事で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。

☆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。

☆居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

□利用者負担段階と負担限度額

| 負担限度額(日額)   |                                                            |                    |           |              |         |                |
|-------------|------------------------------------------------------------|--------------------|-----------|--------------|---------|----------------|
| 利用者<br>負担段階 | 対象者                                                        | 居住費(居住の種類により異なります) |           |              |         | 食費             |
|             |                                                            | 多床室<br>(相部屋)       | 従来型<br>個室 | ユニット<br>型準個室 | ユニット型個室 |                |
| 第1段階        | ・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で老齢福祉年金を受給されている方<br>・生活保護等を受給されている方 | 0                  | 380       | 550          | 880     | 300            |
| 第2段階        | ・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で合計所得金額と公的年金等収入額の合計が年間 80 万円以下の方    | 430                | 480       | 550          | 880     | 600            |
| 第3段階        | ・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で上記第 2 段階以外の方                       | 430                | 880       | 1,370        | 1,370   | 1,000<br>1,300 |
| 第4段階        | ・上記以外の方                                                    | 915                | 1,231     | 1,728        | 2,066   | 1,455          |

□食費・部屋代の負担軽減、対象者の判定の流れ

|                                                                                                                                                    |            |                                                                                   |                          |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人及び同一世帯の方の前年の所得を基に判断</li> <li>・配偶者が市区町村民税を課税されている(世帯が同じかどうかは不問)</li> <li>・預貯金等の金額を確認し基準額を超える場合</li> </ul> | 住民税<br>課税  | 対象外                                                                               | 対象外                      | 対象外                        |
|                                                                                                                                                    | 住民税<br>非課税 | 預貯金等が一定額以下<br><u>配偶者がいる方は<br/>合計 2,000 万円</u><br><u>配偶者がいない方は<br/>合計 1,000 万円</u> | 一定額を超える<br>預貯金等がある<br>場合 |                            |
|                                                                                                                                                    |            |                                                                                   | 一定額を超える<br>預貯金等がない<br>場合 | 食費・部屋<br>代の<br>負担軽減の<br>対象 |

□利用者負担割合の見直しについて

平成 30 年 8 月から負担能力のある一定以上の所得の方については、自己負担が 2 割・3 割となります。

(下表参照)

| 利用者負担割合                |                                |                     |                                                                   |     |
|------------------------|--------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------|-----|
| 要介護認定を受けている<br>第1号被保険者 | 本人所得金が<br>220 万円以上             | 年金収入＋その他の<br>合計所得金額 | 単身世帯で 340 万円以上<br>または<br>2 人以上世帯で 463 万円以上                        | 3 割 |
|                        |                                |                     | 単身世帯 280 万円以上 340 万円<br>未満<br>または<br>2 人以上世帯 346 万円以上 463<br>万円未満 | 2 割 |
|                        |                                |                     | 単身世帯 280 万円未満<br>または<br>2 人以上世帯 346 万円未満                          | 1 割 |
|                        | 本人所得金が<br>160 万円以上<br>220 万円未満 | 年金収入＋その他の<br>合計所得金額 | 単身世帯 280 万円以上<br>または<br>2 人以上世帯 346 万円以上                          | 2 割 |
|                        |                                |                     | 単身世帯 280 万円未満<br>または<br>2 人以上世帯 346 万円未満                          | 1 割 |
|                        | 本人の合計所得金額が 160 万円未満            |                     |                                                                   | 1 割 |