

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、新潟市条例の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 ディープケア
主たる事務所の所在地	〒950-3128 新潟市北区松浜東町二丁目1番39号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 和田 大策
設立年月日	平成22年8月20日
電話番号	025-288-5167

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ショートステイありがとう	
サービスの種類	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護	
事業所の所在地	〒950-3128 新潟市北区松浜東町二丁目1番39号	
電話番号	025-288-5167	
指定年月日・事業所番号	平成29年11月1日指定	1570114247
利用定員	定員30人	
通常の送迎の実施地域	新潟市北区、新潟市東区、新潟市中央区、新潟市江南区	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

短期入所生活介護（又は介護予防短期入所生活介護）は、事業者が設置する事業所において、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
医師	常勤 0人、 非常勤 1人以上
生活相談員	常勤 1人以上 非常勤 0人
看護職員	常勤 2人以上、 非常勤 0人
介護職員	常勤 8人以上、 非常勤 1人以上
機能訓練指導員	常勤 1人以上 非常勤 0人
栄養士	常勤 0人、 非常勤 1人

6. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 五十嵐 牧子
管理責任者の氏名	管理者 和田 大策

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割）の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（1）短期入所生活介護の利用料（地域区分：7級地・単価：10.17円）

【基本部分：単独型短期入所生活介護費（多床室）】

利用者の 要介護度	短期入所生活介護費（1日あたり）		
	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金※（注2）参照	
		=基本利用料の1割	=基本利用料の2割
要介護1	6,559円	656円	1,312円
要介護2	7,271円	727円	1,454円
要介護3	8,003円	800円	1,600円
要介護4	8,705円	871円	1,742円
要介護5	9,417円	942円	1,884円

連続して31～60日を同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している利用者にサービスを提供した場合

利用者の 要介護度	短期入所生活介護費（1日あたり）		
	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金※（注2）参照	
		=基本利用料の1割	=基本利用料の2割
要介護1	6,254円	625円	1,250円
要介護2	6,966円	697円	1,394円
要介護3	7,698円	770円	1,540円
要介護4	8,400円	840円	1,680円
要介護5	9,112円	911円	1,822円

連続して61日以降を同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している利用者にサービスを提供した場合

利用者の 要介護度	短期入所生活介護費（1日あたり）		
	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金※（注2）参照	
		=基本利用料の1割	=基本利用料の2割
要介護1	5,990円	599円	1,198円
要介護2	6,702円	670円	1,340円
要介護3	7,444円	744円	1,488円
要介護4	8,156円	816円	1,632円
要介護5	8,858円	886円	1,772円

（注1）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注2）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額		
		基本利用料	利用者負担金	
			1割	2割
認知症行動・心理 症状緊急対応加算	認知症の行動・心理症状が認められ、緊急に 短期入所生活介護が必要と医師が判断した利 用者へサービス提供した場合（1日につき）	2,034円	204円	407円
若年性認知症 利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合 （1日につき）	1,220円	122円	244円
送迎加算	送迎を行った場合（片道につき）	1,871円	188円	375円
緊急短期入所 受入加算	要件を満たした上で緊急の受入を行った場合 （1日につき）	915円	92円	183円
在宅中重度者受入加算 （看護体制Ⅰ・Ⅱ無）	居宅において訪問看護の提供を受けていた利 用者が、利用していた訪問看護事業所から派 遣された看護職員により健康上の管理等を受 けた場合（1日につき）	4,322円	433円	865円
介護職員 処遇改善加算Ⅲ	当該加算の算定要件を満たす場合※（注3）	1月の利用料金 （基本部分+各種 加算減算）の11.3 %	左記額の 1割	左記額の 2割
看護体制加算Ⅰ	運営規程で定められている利用定員を超えて いない 常勤の看護師1名以上配置	40円/日	左記額の 1割	左記額の 2割

（注4）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(2) 介護予防短期入所生活介護の利用料

【基本部分：単独型介護予防短期入所生活介護費（多床室）】

利用者の 要介護度	介護予防短期入所生活介護費（1日あたり）		
	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金※（注2）参照	
		=基本利用料の1割	=基本利用料の2割
要支援1	4,871円	487円	974円
要支援2	6,061円	606円	1,212円

連続して31日以降を同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している利用者にサービスを提供した場合

利用者の 要介護度	介護予防短期入所生活介護費（1日あたり）		
	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金※（注2）参照	
		=基本利用料の1割	=基本利用料の2割
要支援1	4,495円	450円	900円
要支援2	5,523円	552円	1,104円

（注1）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注2）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額		
		基本利用料	利用者負担金	
			1割	2割
認知症行動・心理 症状緊急対応加算	認知症の行動・心理症状が認められ、緊急に介護 予防短期入所生活介護が必要と医師が判断した利用 者へサービス提供した場合（1日につき）	2,034円	204円	407円
若年性認知症 利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合 （1日につき）	1,220円	122円	244円
送迎加算	送迎を行った場合（片道につき）	1,871円	188円	375円
介護職員 処遇改善加算Ⅲ	当該加算の算定要件を満たす場合※（注3）。	1月の利用料金 （基本部分＋各種 加算減算）の11.3 %	左記額の 1割	左記額の 2割

（注4）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(3) その他の費用

食費	<p>食事の提供に要する費用 ※①1日1,930円(朝食500円、昼食750円、夕食680円)</p> <p>※②負担限度額認定証をお持ちの方は、以下のとおりとする。</p> <p>第1段階 自己負担300円(1日) 第2段階 自己負担600円(1日) 第3段階① 自己負担1,000円(1日) 第3段階② 自己負担1,300円(1日)</p> <p>また、利用者の希望により特別な食事を提供した場合は、費用の実費をいただきます。</p>
滞在費	多床室(1日につき) 915円
送迎費	通常の送迎の実施地域を超えて送迎を行った場合 1kmにつき50円
理美容代	<p>理容(1回につき) 実費 美容(1回につき) 実費</p>
その他	日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望により提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。

(4) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	食費
利用予定日の当日	利用者負担金の全額及び食費

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(5) 支払い方法

上記(1)から(4)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、30日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の27日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の27日(祝休日の場合は直前の平日)までに、現金でお支払いください。

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称 所在地 電話番号	豊栄病院 新潟市北区石動一丁目11番1号 025-386-2311
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	

9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 025-288-5167 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	新潟市介護保険課 介護給付認定審査係	電話番号 025-226-1273
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

11. 第三者評価

第三者評価の実施 なし

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。