

ショートステイ おかりや

重要事項説明書

白山石川医療企業団 公立松任石川中央病院

地域包括福祉支援センター おかりや



白山石川医療企業団 公立松任石川中央病院  
指定短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービス  
ショートステイおかりや 重要事項説明書

## 1 運営規定の概要

### (1) 事業所の名称及び所在地

名 称	ショートステイ おかりや
所 在 地	石川県白山市倉光三丁目8番地
電 話 番 号	076-274-2000(代)
ファックス	076-274-2151

### (2) 法人等の名称

法人等の名称	白山石川医療企業団
企 業 長	ト 部 健

### (3) 事業所の管理者

管 理 者 名	中 川 真
---------	-------

### (4) 介護保険事業所番号

事業所番号	1 7 7 2 2 0 0 7 9 4
-------	---------------------

### (5) サービス提供地域

白山市、野々市市及び能美郡川北町の全域並びに金沢市及び能美市の一部の地域を事業対象地域とする。

### (6) サービスの趣旨

指定短期入所生活介護サービス・介護予防短期入所生活介護サービスは、ご利用者の有する能力に応じ、ご利用者が可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の介護、支援及び機能訓練などを行うことにより、ご利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持回復を図るとともに、ご利用者家族の身体的かつ、精神的負担の軽減に努めます。

### (7) 運営方針

ア ご利用者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、居宅サービス計画に基づき、ご利用前の居宅における生活とご利用後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、ご利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことができるよう介護サービスの提供に万全を期すものとします。

イ 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療サービス、又は福祉サービスを提供する事業者と密接な連携を図りながら総合的な介護サービスの提供に努めます。

### (8) 利用定員

1日あたり21名

## 2 従業者体制

### (1) 事業所に次の従業者を配置します。

ア 管理者	1名
-------	----

イ	生活相談員	1名以上
ウ	介護職員	6名以上（常勤換算）
エ	看護職員	1名以上
オ	機能訓練指導員	1名以上
カ	医師	1名
キ	管理栄養士・栄養士	1名

※ 第1項に定めるもののほか、必要に応じてその他の従業者を置くことができる。

## (2) 従業者の職務分掌

### ア 管理者

事業所の従業者の管理、業務の実施状況の把握、利用申込みに係る調整、その他の管理を一元的に行う。管理者に事故あるときはあらかじめ企業長が定めた従業者が管理者の職務を遂行する。

### イ 生活相談員

生活相談、苦情の対応などを行う。短期入所生活介護計画の作成をするとともに、必要に応じて変更を行う。

### ウ 介護職員

ご利用者の日常生活の介護、相談及び相談業務に従事する。

### エ 看護職員

常にご利用者の健康の状況に注意するとともに、健康保持のための適切な援助を行う。

### オ 機能訓練指導員

日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う。

### カ 医師

ご利用者に対し健康管理、療養上の指導を行う。

### キ 管理栄養士・栄養士

ご利用者に提供する食事の管理、ご利用者の栄養指導に従事する。

## 3 設備及び備品の概要

### (1) 設備概要

居室、食堂、厨房、機能訓練室、静養室、相談室、事務室、浴室（一般浴槽及び特殊浴槽）、洗面所、便所等を設けております。

### (2) 備品概要

居室は、ご利用者のプライバシーに配慮した個室となっており、ベッド・テレビ（有料）・冷蔵庫（有料）・ナースコール等を備えております。ただし、冷蔵庫の利用に関しては、食中毒等を予防する観点から、ご利用者又はご利用者のご家族が冷蔵庫内の食品を管理できる場合に限り可能とさせていただきます。

浴室には、一般浴槽と特殊浴槽を設けております。

### (3) ご利用時の生活設備及び福祉用具等の持ち込み

以下の持ち込み品の設置に関しては、ご家族等をお願いいたします。また、持ち込み品の破損等の責任は負いかねますので、ご了承ください。

ア 車椅子、歩行器及び老人車など、ご利用者が使い慣れたものがございましたらご持参ください。なお、詳細につきましては、施設職員にお問い合わせください。

イ テレビは、持ち込むことが可能です。テレビ置き場に対応した規格を持ち込んでください。

#### (4) ペットの持ち込み

事業所内はペットの持込みはできません。

## 4 契約及び運営

### (1) 内容及び手続きの説明並びに同意及び契約

事業所は、サービス提供の開始に際してご利用者又はご家族に対して、運営規定の概要・従業員の勤務体制その他サービスの選択に資する重要事項を記した文書及びご利用のしおりを交付し説明を行い、同意を得た上で契約書を締結します。

## 5 介護サービスの内容

### (1) 短期入所生活介護計画

概ね4日以上に渡り、継続して入所することが予定されるご利用者について、ご利用者の意向を踏まえ、短期入所生活介護サービスの目標及びその達成時期、介護サービスの内容、介護サービスを提供する上での留意点を記載した短期入所生活介護計画を作成します。

### (2) サービスの取扱方針

ア 可能な限りその居宅において、要介護状態の維持、若しくは改善を図り、自立した日常生活を営む事ができるよう支援を行うことで、ご利用者の心身の機能の維持、回復を図り、もってご利用者の生活機能の維持、又は向上を目指し、ご利用者の意欲を喚起しながら支援します。

イ サービスを提供するにあたっては、ご利用者の心身の状況等について把握するとともにサービス内容の確認を行います。

ウ サービスを提供するにあたって、その短期入所生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう、配慮して行います。

エ サービスを提供するにあたっては懇切丁寧を旨とし、ご利用者又はそのご家族に対し、処遇上必要な事項について理解しやすいように説明を行います。

オ サービスを提供するにあたって、ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行いません。また、身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

カ 自らその提供するサービスの質の評価を行い、短期入所生活介護計画及び提供サービス内容の評価を常に見直すことで改善を図ります。

### (3) 介護の内容

ア ご利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう、ご利用者の心身の状況に応じ、適切な技術をもって行います。

イ ご利用者の日常生活における家事を、ご利用者がその心身の状況等に応じて、それぞれの役割を持って行うように適切に支援します。

ウ ご利用者が心身の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法

により 1 週間に 2 回以上入浴又は清拭の機会を提供します。ただし、やむを得ない場合には清拭を行うことをもって入浴の機会の提供に代えることがあります。

エ ご利用者の心身の状況に応じて、適切な方法により排泄の自立について必要な支援を行います。

オ おむつを使用せざるを得ないご利用者については、排泄の自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えます。

カ 褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備します。

キ 前各項に規定するものの他、ご利用者が行う離床・着替え・整容等の日常生活上の行為を適切に支援します。

#### **(4) 食事の提供について**

ア 食事は、栄養並びにご利用者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

また、ご利用者の自立支援のために、食堂にて介護職員を交えながら食事を提供します。

イ ご利用者の身体の状況又は病状に応じ、常食を提供することに無理があるときには、医師の指示により特別食を提供します。

ウ 食事の時間について

朝 食：午前 7 時頃から午前 8 時頃まで

昼 食：午前 12 時頃から午後 1 時頃まで

おやつ：午後 3 時頃から午後 4 時頃まで

夕 食：午後 6 時頃から午後 7 時頃まで

エ 予め連絡を頂いたときには、衛生上又は管理上、許可可能な一定時間において食事の取り置きをすることができます。

オ 外出等で欠食する場合は、欠食の連絡を職員にしてください。

※ 外出届（欠食届）の提出をお願いします。

#### **(5) 生活相談について**

生活相談員は、介護以外の日常生活なども含め相談に応じるとともに、ご利用者の身体の状況など様々な情報を事前に把握し、必要な助言その他の援助を行います。

#### **(6) 社会生活上の便宜の供与等（レクリエーション等）について**

ア ご利用者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、ご利用者が自律的に行うこれらの活動を支援します。

イ 誕生会や季節の行事などの企画、立案を行うこととしております。なお、行事によっては別途参加費などをお支払いただくことがございます。

#### **(7) 機能訓練について**

ご利用者の希望と意欲、訓練の必要性に応じ、短期入所生活介護計画に基づき、訓練を行います。

#### **(8) 健康管理について**

ご利用者の健康管理に留意し、日常生活における健康保持のために、ご利用者一人ひとりに対応した適切な措置を講ずるとともに、相談等にも適切に対応します。

#### **(9) 利用料及びその他の費用の額**

ア サービスを提供した場合の利用料の額は、法定受領サービスに該当する場合は介護報酬告示上の1割、2割又は3割負担とし、法定代理受領サービスに該当しない場合には介護報酬告示上の額とします。

イ 前項の支払いを受ける額のほか、別表（料金表）に掲げる費用の額を受けるものとする。

※ ただし、食費・居住費については、ご利用者が市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けている場合は、認定証に記載された負担限度額とします。

ウ 法定代理受領サービスに該当しないサービスに係る費用の支払いを受けた場合は、提供したサービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書をご利用者に交付します。

エ 具体的な料金については、別表（料金表）参照

オ 介護保険法関係法令の改正等並びに経済状況の著しい変化その他のやむを得ない事由がある場合は、前項に規定する利用料を変更することができます。

前項の利用料を変更する場合は、あらかじめ、ご利用者又はそのご家族に対し当該サービスの内容及び費用を記した文書により周知するものとします。

カ キャンセル料について

ご利用者の都合により、サービスを中止する場合には、次のとおりの取扱とします。

(ア) ご利用者が利用日の前日午後5時までに連絡した場合には、キャンセル料は無料となります。

(イ) ご利用者が利用日の前日午後5時までに連絡をしなかった場合には、キャンセル料は1日あたりの利用料の10%相当額となります。

キ 利用の中止について

ご利用中に次に掲げる理由において、サービス内容を中止して退去するときには、退去日までの日数に基づき、利用料金の計算を行います。

(ア) ご利用者が途中退去を希望したとき。

(イ) ご利用日の健康状態が悪く、サービスの継続が困難なとき。

(ウ) 他のご利用者の生命又は健康に重大な影響を与える行為があったとき。

(エ) その他

## (10) 支払方法

ア 支払方法について

毎月10日頃に前月分の利用料金のご利用者負担金額の請求書を発行します。

イ 支払方法については、原則として金融機関（郵便局を含む。）の自動引き落としによる支払い方法となります。金融機関の「預金口座振込届出書・自動振込受付通知書」を記入のうえ、事業所の生活相談員に提出してください。

引落日は、サービス月の翌月の22日（土・日・祝日の場合は前営業日）となります。

ウ 事業者は、ご利用者から現金による支払いを受けるときには、領収書を発行するものとします。ただし、銀行振り込みの場合にあっては、ご利用者の請求に応じて領収書を発行します。

## 6 留意事項

### (1) 面会時間及び消灯時間

面会時間は、原則 午前9時から午後8時までです。また、消灯時間は午後9時となります。面会される際には、受付名簿に必要事項を記入の上、面会してください。

※ 緊急時などは時間対応になりますので、ご利用者・面会者の氏名などをインターホンでお知らせください。

## (2) 喫煙・飲酒

ア 施設敷地内は禁煙となっております。

イ 施設内は基本的には飲酒はご遠慮いただいております。

## (3) 外出

外出を希望する場合には、所定の手続きにより施設側に届け出てください。

## (4) 禁止行為

ご利用者は、施設内で次の行為をしないでください。

ア 宗教や信条の相違等で他人を攻撃し、又は自己の利益の為に他人の自由を侵すこと。

イ 喧嘩、口論、泥酔などで他のご利用者等に迷惑を及ぼすこと。

ウ 施設の秩序・風紀を乱し、安全衛生を害すること。

エ 指定した場所以外で火気を用いること。

オ 故意に施設若しくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと。

カ 事業者の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為

キ セクシャルハラスメント行為

ク サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載すること。

## (5) ご利用者に関する市町村への通知

ご利用者が次の各号のいずれかに該当する場合には、遅滞なく、意見を付した旨を市町村に通知します。

ア 正当な理由なくサービス利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態を増進させたと認められるとき。

イ 偽りその他不正行為によって保険給付を受け、又は受けようとしているとき。

## (6) 持ち込みの制限

他のご利用者に迷惑となるもの、危険物、その他ご利用者で管理不十分なもの等の持ち込みを制限します。

## (7) 利用中の居室の異動

ご利用者の居室は、その方の心身状態や、置かれている環境、周囲の状況に合わせ、利用途中であっても従業者の判断で居室異動させていただく場合がございます。

# 7 従業者の服務規定と質の確保その他留意事項

## (1) 衛生管理

ア 職員は設備等の衛生管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適切に行います。

イ 職員は、感染症の発生防止及びまん延防止のために必要な措置を講じます。

ウ 職員は、感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のために対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、指針を整備し定期的に研修を行い、介護職員その他の従業者に周知徹底

を図ります。

## (2) 個人情報の保護

- ア 事業所及び従業者は、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を保持することを厳守します。
- イ 事業所は、従業者が退職した後も正当な理由なく、業務上知り得たご利用者又はご家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。
- ウ 事業所は、関係機関・医療機関等に対して、ご利用者に関する情報を提供する場合には、あらかじめ文書によりご利用者の同意を得ることとします。
- エ 事業所は、個人情報保護法に則し、個人情報を使用する場合ご利用者及びご家族の個人情報の利用目的を公表します。

## (3) 虐待防止に関する事項

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。

- ア 虐待を防止するための職員に対する研修を実施します。
- イ ご利用者及びそのご家族からの苦情処理体制を整備します。
- ウ その他虐待防止のために必要な措置を講じます。

## (4) 身体拘束に関する事項

- ア 事業所は、当該ご利用者又は他のご利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、ご利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。
- イ やむを得ず前項の身体拘束を行う場合には、身体拘束の内容、緊急やむを得ない理由、拘束の時間及び時間帯、期間等をご利用者やご家族に説明した上で厚生労働省が策定した「身体拘束ゼロへの手引き」を順守し適正な取り扱いにより行うものとし、経過観察記録、検討記録等を整備します。
- ウ 事業所は、介護職員その他の従業員に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的を実施します。

# 8 緊急時、非常時の対応

## (1) 協力医療機関

事業所は、医師を配置する以外に、次の協力医療機関及び協力歯科医療機関に協力を頂き、ご利用者の状態が急変したときには、速やかに対応をお願いする体制を整えています。

### ア 協力医療機関

- (ア) 名称 公立松任石川中央病院  
所在地 石川県白山市倉光三丁目8番地  
電話 076-275-2222
  
- (イ) 名称 公立つるぎ病院  
所在地 白山市鶴来水戸町ノ1番地  
電話 076-272-1250

## イ 協力歯科医療機関

- (ア) 名称 公立松任石川中央病院  
所在地 石川県白山市倉光三丁目8番地  
電話 076-275-2222

## (2) 緊急時の対応について

事業者は、ご利用者の病状の急変が生じた場合や、その他緊急の事態が生じた場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定められた協力医療機関及び各関係機関に連絡する等必要な措置を講じます。

## (3) 事故発生時の対応について

ア 事業所は、ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、応急処置・医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに市町村及びご利用者のご家族等に連絡するとともに、顛末記録、再発防止対策に努めその対応について協議します。

イ 事業所は、ご利用者に対するサービスの提供により損害賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに賠償することとする。ただし、事業所及び従業員の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

ウ 事故発生防止のための委員会を設置し、指針に基づき安全管理の徹底を行い、定期的に施設内研修を実施します。

エ 事業所は、事故の状況・事故に際して取った処置を記録し、5年間保存します。

## (4) 非常災害時の対策について

ア 事業所は、非常災害時においては、ご利用者の安全第一を優先し迅速適切な対応に努めます。

イ 非常災害その他緊急の事態に備えて、防災及び避難に関する計画を作成し、ご利用者及び従業員に対し周知徹底を図る為、定期的に避難訓練、その他必要な訓練を実施します。

ウ 防火管理責任者は、併設する公立松任石川中央病院の防火管理者を充て、施設火元責任者に施設管理担当者（各エリア担当者を含む。）を充てます。

エ 自主検査は火災危険の排除を主眼とした簡易な検査を始業時及び就業時に行います。

オ 非常災害用の整備点検は、契約保守業者に依頼する物とし、点検にあたっては防火管理責任者が立ち会いを行います。

カ 非常災害用整備は、常に有効に保持するとともに、法令に定められた基準に適合するように努めます。

キ 火災の発生、地震及びその他の災害が発生した場合には、被害を最小限に収めるため、公立松任石川中央病院自衛消防隊の再編成により、任務の遂行にあたります。また、地域住民及びボランティア組織などとも日常の連携を密にし、緊急時の応援、協力体制を確保する努力を行います。

ク 防火管理責任者は、次に掲げるとおり従業員に対して防火教育及び消防訓練等を必要に応じて実施します。

(ア) 防火教育及び消火、通報、避難のための基本訓練

(イ) ご利用者を含めた総合訓練

(ウ) 随時非常災害用設備の使用方法的徹底

ケ その他必要な災害防止対策についても、必要に応じて対処する体制をとります。

## 9 その他

### (1) 苦情受付

受付時間については、月曜日から金曜日の午前8時30分から午後5時15分までとします。

ただし、国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日及び12月29日から翌年1月3日までの期間を除きます。また、施設内に設置しております「ご意見箱」もご利用ください。

相談窓口寄せられた要望、苦情等については、速やかに検討の上、対処いたします。

苦情対応窓口担当 竹田 純子 電話：076-274-2000(代)

苦情対応責任者 中川 真

### (2) 福祉サービス第三者評価の受審状況

当事業所では第三者評価機関による評価は実施していません。

### (3) 行政機関その他の苦情受付機関

#### ア 白山市健康福祉部長寿介護課

住 所 石川県白山市倉光二丁目1番地

電話番号 076-274-9529

ファックス 076-275-2211

受付時間 午前8時30分から午後5時15分まで（土・日・祝日を除く。）

#### イ 石川県国民健康保険団体連合会【介護サービス苦情110番】

住 所 石川県金沢市幸町12番地1号 石川県幸町庁舎4階

電話番号 076-231-1110

ファックス 076-231-1601

受付時間 午前9時00分から午後5時00分まで（土・日・祝日を除く。）

#### ウ 石川県運営適正化委員会

住 所 石川県金沢市本多町3丁目1番地10号 石川県社会福祉会館2階

電話番号 076-234-2556

ファックス 076-234-2558

受付時間 午前8時30分から午後5時15分まで（土・日・祝日を除く。）

## 別表（料金表）

ご利用者は、原則として介護サービスに係る費用の1割、2割又は3割を負担します。

## ＜介護サービスに係る基本料＞

（1日につき）

要介護度	利用料金	自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	4,510円	451円	902円	1,353円
要支援2	5,610円	561円	1,122円	1,683円
要介護1	6,030円	603円	1,206円	1,809円
要介護2	6,720円	672円	1,344円	2,016円
要介護3	7,450円	745円	1,490円	2,235円
要介護4	8,150円	815円	1,630円	2,445円
要介護5	8,840円	884円	1,768円	2,652円

## ＜加算料金Ⅰ＞ ご利用者全員に適用される項目

項目	適用要件（概略）	利用料金	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
機能訓練指導体制加算 【1日につき】	機能訓練指導の職務に従事する常勤の機能訓練指導員を1名以上配置している場合	120円	12円	24円	36円
看護体制加算Ⅰ 【1日につき】	常勤の看護師を1名以上配置している場合	40円	4円	8円	12円
看護体制加算Ⅱ 【1日につき】	看護体制加算Ⅰの要件に加え、医療機関等と24時間連絡できる体制を確保している場合	80円	8円	16円	24円
夜勤職員配置加算(Ⅲ) 【1日につき】	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数を最低基準より1以上上回って配置し、喀痰吸引等業務の登録を受けている場合	150円	15円	30円	45円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 【1日につき】	介護職員に対する介護福祉士の占める割合が60%の実績であった場合	180円	18円	36円	54円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定金額に14.0%を乗じた金額				

<加算料金Ⅱ> ご利用者個別に提供される項目

項目	適用要件（概略）	利用料金	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
個別機能訓練加算 【1月につき】	専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置して行うものであること。 個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能向上を重視した個別機能計画を作成し、定期的に評価を行っていること。	560円	56円	112円	168円
医療連携強化加算 【1日につき】	（事業者側の要件） 看護体制加算Ⅱの要件に加え、看護職員による定期巡視を行っている場合 （利用者側の要件） 以下のいずれかの状態に該当すること ・喀痰吸引を実施している状態 ・呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ・中心静脈注射を実施している状態 ・人工腎臓を実施している状態 ・重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 ・人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態 ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 ・褥瘡に対する治療を実施している状態 ・気管切開が行われている状態	580円	58円	116円	174円
認知症専門ケア加算（Ⅰ） 【1日につき】	認知症実践リーダーを配置している場合	30円	3円	6円	9円
緊急短期入所受入加算 【1日につき】	ご利用者の状態等やご家族の事情等により、介護支援専門員が必要と認め、居宅サービス計画にない短期入所生活介護を緊急に行った場合 基本は7日（最大14日まで）まで算定可能	900円	90円	180円	270円
在宅中重度受入加算 【1日につき】	ご利用者が利用していた訪問看護を行う訪問看護事業所にご利用者の健康上の管理を行わせた場合	4,130円	413円	826円	1,239円
療養食加算 【1食につき】	医師の指示（食事箋）に基づき、管理栄養士がカロリーや食材、形態等を考慮した食事を提供した場合（腎臓食、糖尿食、潰瘍食など）	80円	8円	16円	24円
送迎加算 【片道あたり】	事業実施地域において、ご利用者に対して送迎を行う場合 ※	1,840円	184円	368円	552円

※ 事業所から片道概ね10kmを越える送迎については、上記の送迎加算額に加え、1kmにつき200円を加算した金額をご利用者の方に負担していただくことになります。

<日常生活費>

(1日につき)

項 目		自己負担額	
居住費	1日につき (光熱水費含む)	利用者負担第4段階の利用者	2,100円
		利用者負担第3段階の利用者	880円
		利用者負担第2段階の利用者	480円
		利用者負担第1段階の利用者	380円
食費 (おやつ代含む)	朝食：350円 昼食：650円 夕食：650円	利用者負担第4段階の利用者	1,650円
		利用者負担第3段階②の利用者	1,300円
		利用者負担第3段階①の利用者	1,000円
		利用者負担第2段階の利用者	600円
		利用者負担第1段階の利用者	300円
各種嗜好品		実費	
教養娯楽費及び材料費		実費	

※1 当該項目以外においてご利用者が個人的に必要なものについては、実費負担となります。

※2 利用者負担段階について

食費・居住費については、ご利用者の所得に応じて負担限度額が設けられており、限度額を超えた分は補足給付（特定入所者介護サービス等）として現物給付されます。対象となる方は、市町村民税非課税世帯の人で、市町村に申請することにより負担限度額を記した「介護保険負担限度額認定証」が交付されます。事業所はそれに従い自己負担額を徴収します。

[付記] 人員配置の変更や制度改正等により料金の変更や算定できる加算が追加される場合がございます。その際には、ご利用者又はご家族に連絡、説明を行い、同意を得るものとします。

<介護保険給付の支給限度額を超えるサービスについて>

介護保険給付の支給限度額を超えたサービスを利用される場合は、超えた部分の料金について、別表（料金表）にある料金を全額実費で負担いただくことになります。詳細は施設職員にお尋ねください。

指定短期入所生活介護利用同意書

指定短期入所生活介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 白山石川医療企業団 公立松任石川中央病院  
ショートステイ おかりや  
病院長 尾 山 勝 信 ㊞

説明者職名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

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。

令和 年 月 日

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

代理人（選任した場合） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

身元引受人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日