

短期入所生活介護重要事項説明書

1. 事業の概要

事業所名	短期入所生活介護事業所グランボヌール
所在地	高知県高知市布師田字宮ノ辺1362番地
管理者名	森下 佳代
電話番号	088-845-5400
FAX番号	088-845-5551
事業者指定番号	第3970100131号
送迎サービス提供地域	高知市 ・ 南国市

2. 設備の概要

定員	10名		
空床利用	有		
居室	個室	1室	1室13. 5㎡
	2人部屋	4.5室	1室22. 0㎡
食堂	ホール	223. 8㎡	
機能訓練室	ホール	45㎡	
浴室	3室	一般浴槽と特殊浴槽(車椅子対応)があります。	
医務室	1室		

3. 職員の配置状況

(1) 主な職員の配置状況

職種	常勤	非常勤	計
管理者	1名		1名
医師		1名以上	1名以上
生活相談員	1名以上		1名以上
管理栄養士	1名		1名
機能訓練指導員	1名以上		1名以上(兼務)
介護支援専門員	1名以上		1名以上(兼務)
事務職員	1名以上		1名以上
看護職員	3名以上		3名以上
介護職員	27名以上		27名以上

(2) 主な職種の勤務体制

職 種		勤 務 体 制	
医師	内 科	毎週月曜日 14:00 ～ 16:00	
	内 科	毎週水曜日 15:00 ～ 16:00	
	精神科	第1・第3水曜日 10:30 ～ 13:00	
介護支援専門員		月～金曜日 8:30 ～ 17:30	兼務
生活相談員		月～金曜日 8:30 ～ 17:30	
介護職員		標準的な時間帯における最低配置人員	
		早出 7:30 ～ 16:30	2名
		日中 8:30 ～ 17:30	10名
		遅出 11:00 ～ 20:00	2名
		夜間 17:00 ～ 9:30	5名
看護職員		標準的な時間帯における配置人員	
		日中 8:30 ～ 17:30	1名
		早出 7:00 ～ 16:00	1名
		遅出 9:30 ～ 18:30	1名
機能訓練指導員		看護職員兼務	

※土日は上記と異なります。

※医師の勤務時間については変更があります。

(3) 職員の研修体制

職員の資質の恒常を図るため、下記のとおり研修を行なっております。

- ① 採用時研修 採用後1ヶ月以内
- ② 職種別研修 随時

4. サービスの内容及び利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

＜サービス内容＞

種類	内 容
食 事	・栄養士の立てる献立表により、栄養、利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。(但し食費は給付対象外です。)。 ・食事は、できるだけ離床して食堂でとっていただけるよう配慮します。 (食事時間) 朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
排 泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行なうとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、随時交換を行ないます。
入 浴	・年間を通じて週2回の入浴又は清拭を行ないます。 ・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。
機能訓練	・介護職員により、入所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低下を防止するための訓練を実施します。
健康管理	・医師や看護職員が、健康管理を行ないます。
その他	・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活リズムを考え、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) 介護保険給付対象外のサービス

以下のサービスは、介護保険給付対象外サービスとなります。

種 類	内 容
食 費	新鮮な食材を提供します。
特別な送迎	当事業所の通常のサービス提供地域以外の方でご希望の方は、ご利用ください。
クラブ活動 レクリエーション	ご希望により、クラブ活動やレクリエーションに、ご参加いただけます。 クラブ活動(生花・書道・音楽・園芸)
理美容費	月1回出張理美容があります。

(3) サービス利用料金

別紙の料金表1. 介護保険給付対象サービス費用(自己負担額)と2. 介護保険給付外費用との合計金額をお支払いください。

(4) 利用料金の支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、①継続利用される場合は翌月20日迄に、②1ヶ月に満たない利用の場合は、利用終了後請求しますので、7日以内に下記のいずれかの方法でお支払いください。

・郵便局の自動口座振替	毎月20日に契約口座より振替
・銀行振込	四国銀行 本店 普通預金 1501744 名義 社会福祉法人 南海福祉会 理事長 曾我部 道徳
・窓口で現金払い	

※保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金(10割)をいただき、サービス提供証明書及び領収書を発行します。

サービス提供証明書及び領収書を後日市町村の窓口に出しますと、9割の払い戻しを受ける事ができます。

5. キャンセル料

(1)利用者がサービスの利用をキャンセルする場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先(電話) 088-845-5400

(2)利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、できるだけサービス利用開始日前日の午後5時迄にご連絡ください。午後5時以降のキャンセルは、次のキャンセル料をいただくことになりますのでご了承ください。但し利用者の容態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です。

【キャンセル料】

時 期	料 金
ご利用開始日の前日の午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用開始日の前日の午後5時までにご連絡がなかった場合	利用料金の10%

6. 営業日及び予約の方法

営 業 日	365日
予約の方法	通常は1ヶ月前、急用時はこの限りではありません。

7. 当事業所の運営方針

- (1)利用者の権利の保障
- (2)利用者本位の援助(援助の説明と同意を得る事の徹底)
- (3)利用者の生活の質(QOL)の向上を図り、自立支援を目的とする。
- (4)利用者の家族と共に利用者の援助を模索する。
- (5)地域社会の一員として利用者の援助を模索する。
- (6)個別援助計画(ケアプラン)を策定し、実行して行く。

8. 協力医療機関

医療機関の名称	いずみの病院
所在地	高知市薊野北町2丁目10番53号
診療科	内科・外科・整形外科・脳神経・消化器科・循環科・泌尿器科・放射線科・眼科・リハ
医療機関の名称	愛宕病院
所在地	高知市愛宕町1丁目1番13号
診療科	内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・小児科・精神科・神経科・外科・整形外科 脳外科・心臓外科・皮膚科・泌尿器科・肛門科・眼科・耳鼻咽喉科
医療機関の名称	菜の花診療所
所在地	高知市東雲町2番15号
診療科	心療内科・神経内科
医療機関の名称	高須岡林歯科
所在地	高知市高須3-5-20
診療科	歯科

9. 相談窓口、苦情対応

(1)サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

事業所お客様相談窓口	電話番号	088-845-5400
	FAX番号	088-845-5551
	対応職員	生活相談員
	対応時間	午前8時30分から午後5時30分

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

高知市介護保険課	所在地	高知市本町5-1-45
	電話番号	088-823-9972
	FAX番号	088-824-8390
	対応時間	午前8時30分から午後5時15分
南国市長寿支援課 介護保険係	所在地	南国市大埴甲2301
	電話番号	088-880-6556
	FAX番号	088-863-1167
	対応時間	午前8時30分から午後5時15分
高知県国民健康保険団体 連合会(国保連)	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8410
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	午前9時00分から午後4時00分

10. 施設利用にあたっての留意事項

利用にあたって	入所者及びその家族は、いかなる理由により短期入所を利用するのか事前に事業所に申し出て下さい。
健康管理	サービスの利用に際しては、感染性疾患等及び健康上留意する事項がある場合は、事前に事業所に申し出て下さい。
面会時間	面会時間 7:00～21:00 来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。
外出	外出される場合には、事前にお申し出ください。
居室、設備、器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙	決められた場所以外での喫煙はお断りいただきます。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
金銭、貴重品の管理	ご希望により、貴重品管理のサービスをご利用いただけます。
宗教活動	迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営業活動を行うことは出来ません。

11. 緊急時における対応方法

職員は、短期入所生活介護を行っているときに、利用者の病状に急変が生じた場合はその他必要な場合には、速やかに主治医又は予め事業者が指定した協力医療機関及びその家族、居宅介護支援事業所に連絡する等の措置を講ずるとともに管理者に報告します。

12. 非常災害対策

事業所は非常災害における対策として、当法人の消防計画を基に定期的に非難、救出その他必要な訓練を実施します。

13. 事故発生時の対応

事業所は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族及び居宅介護支援事業所に対して連絡を行なう等の必要な措置を講じます。又利用者に対し賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を行ないます。

又、事故が生じた際には、その原因を解明し再発生を防ぐ為の対策を講じます。

14. 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 南海福祉会
代表者氏名	曾我部 道德
法人本部所在地	高知県高知市布師田字宮ノ辺1362番地
電話番号	088-845-5400
業務の概要	第一種・第二種社会福祉事業、公益事業
事業所数	高知市1、四万十市1

15. 第三者評価の実施状況について

当施設は実施していません。

16. その他

事業所のパンフレットを参照

短期入所サービス利用料金表

令和 8年 8月 1日

1. 介護保険給付対象サービス費用

ご契約者の要介護度に応じて異なります

(単位:円/日額)

要介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス費	多床室	6,030	6,720	7,450	8,150	8,840
	個室	6,030	6,720	7,450	8,150	8,840
	* 短期入所サービス費に対して下記のものが加算されます 夜勤職員配置加算(Ⅰ) 130 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 180 計 310					
上記サービス費にかかる利用者自己負担金	多床室の場合	634	703	776	846	915
	個室の場合	634	703	776	846	915

※上の金額は一割負担の金額です。負担割合証が2割の方は2倍して下さい。

ただし、下記の項目に該当するものは利用者自己負担額に加算されます。

- (1)医師の指示に基づく療養食を提供した場合、1食8円となり3食で24円が加算されます。
- (2)医師が認知症の行動・心理症状を認められ、緊急に短期入所利用が適当と判断した場合、利用開始から7日を限度として1日200円が加算されます。
- (3)40歳以上65歳未満の若年性認知症の方につきましては、1日120円加算されます。ただし、(2)を加算中は請求いたしません。
- (4)送迎費 片道184円加算されます。
- (5)併設介護老人福祉施設の空床を利用した場合、看護体制加算①1日40円が加算されます。
- (6)介護職員等処遇改善加算として、対象となるサービスの所定単位数の合計に17.6%を乗じた単位数が加算されます。
- (7)生産性向上推進体制加算として、月額10円加算されます。

2. 介護保険給付対象外費用

1) 住居費・食費

所得によって住居費・食費の自己負担額が異なっています。

居住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、認定証に記載されている負担限度額とします。

表1

(単位:円/日額)

負担限度額		居 住 費	食 費
利用者負担第1段階	個室	380	300
	多床室	0	
利用者負担第2段階	個室	480	600
	多床室	430	
利用者負担第3段階①	個室	880	1,030
	多床室	430	
利用者負担第3段階②	個室	980	1,360
	多床室	530	
利用者負担第4段階	個室	1,231	1,740
	多床室	915	

利用者出身市町村に申請して、介護保険負担限度額認定証の交付を受けないと減額の対象になりません。但し、食費は1食ごとに値段を次のとおり設定しています。1日の食費合計が上記負担限度額に達しない場合はその金額を支払って戴くようになります。

例) 負担3段階の方が、利用初日に夕食のみ召し上がった場合、食費は570円となります。

表2

(単位:円)

負担限度額	朝食	昼食	夕食
利用者負担第1～3段階	405	570	570
利用者負担第4段階	500	620	620

2) イベント食については別途150円／回 いただきます。

※5月 開設記念日 ・ 7月 土用の丑の日 ・ 9月 敬老の日 ・ 12月 クリスマス、忘年会
1月 お正月 ・ 3月 魚の活造り

※上記以外にイベント食を提供させていただく場合は、別途ご案内させていただきます。

3) おやつ代(希望者のみ)100円／日額 いただきます。

4) 理美容に関しては、ご利用された場合は実費をいただきます。

5) レクリエーション・クラブ活動に参加した場合、材料代等の実費をいただきます。

6) 複写物の交付に関しては、実費をいただきます。

7) 日常生活品の購入に関しては実費をいただきます。

8) 送迎サービス提供地区外の送迎につきましては、送迎地区を越える地点より送迎地までの距離
1Km37円の実費をいただきます。

介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

1. 事業の概要

事業所名	介護予防短期入所生活介護事業所グランボヌール
所在地	高知県高知市布師田字宮ノ辺1362番地
管理者名	森下 佳代
電話番号	088-845-5400
FAX番号	088-845-5551
事業者指定番号	第3970100131号
送迎サービス提供地域	高知市・南国市

2. 設備の概要

定員	10名		
空床利用	有		
居 個室	1室	1室13.5㎡	
室 2人部屋	4.5室	1室22.0㎡	
食堂	ホール	223.8㎡	
機能訓練室	ホール	45㎡	
浴室	3室	一般浴槽と特殊浴槽(車椅子対応)があります。	
医務室	1室		

3. 職員の配置状況

(1) 主な職員の配置状況

職種	常勤	非常勤	計
管理者	1名		1名
医師		1名以上	1名以上
生活相談員	1名以上		1名以上
管理栄養士	1名		1名
機能訓練指導員	1名以上		1名以上(兼務)
介護支援専門員	1名以上		1名以上(兼務)
事務職員	1名以上		1名以上
看護職員	3名以上		3名以上
介護職員	27名以上		27名以上

(2) 主な職種の勤務体制

職 種		勤 務 体 制	
医師	内 科	毎週月曜日 14:00 ～ 16:00	
	内 科	毎週水曜日 15:00 ～ 16:00	
	精神科	第1・第3水曜日 10:30 ～ 13:00	
介護支援専門員		月～金曜日 8:30 ～ 17:30	兼務
生活相談員		月～金曜日 8:30 ～ 17:30	
介護職員		標準的な時間帯における最低配置人員	
		早出 7:30 ～ 16:30	2名
		日中 8:30 ～ 17:30	10名
		遅出 11:00 ～ 20:00	2名
		夜間 17:00 ～ 9:30	5名

看護職員	標準的な時間帯における配置人員	
	日中 8:30 ～ 17:30	1名
	早出 7:00 ～ 16:00	1名
	遅出 9:30 ～ 18:30	1名
機能訓練指導員	看護職員兼務	

※土日は上記と異なります。

※医師の勤務時間については変更があります。

(3) 職員の研修体制

職員の資質の恒常を図るため、下記のとおり研修を行なっております。

- ① 採用時研修 採用後1ヶ月以内
- ② 職種別研修 随時

4. サービスの内容及び利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

＜サービス内容＞

種類	内 容
食事	・栄養士の立てる献立表により、栄養、利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。(但し食費は給付対象外です。) ・食事は、できるだけ離床して食堂でとっていただけるよう配慮します。 (食事時間) 朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
排泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行なうとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、随時交換を行ないます。
入浴	・年間を通じて週2回の入浴又は清拭を行ないます。 ・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。
機能訓練	・介護職員により、利用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低下を防止するための訓練を実施します。
健康管理	・医師や看護職員が、健康管理を行ないます。
その他	・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活リズムを考え、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) 介護保険給付対象外のサービス

以下のサービスは、介護保険給付対象外サービスとなります。

種 類	内 容
食費	新鮮な食材を提供します。
特別な送迎	当事業所の通常のサービス提供地域以外の方でご希望の方は、ご利用ください。
クラブ活動 レクリエーション	ご希望により、クラブ活動やレクリエーションに、ご参加いただけます。 クラブ活動(生花・書道・音楽・園芸)
理美容費	月1回出張理美容があります。

(3) サービス利用料金

別紙の料金表1. 介護保険給付対象サービス費用(自己負担額)と2. 介護保険給付外費用との合計金額を、お支払いください。

(4) 利用料金の支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、①継続利用される場合は翌月20日迄に、②1ヶ月に満たない利用の場合は、利用終了後請求しますので、7日以内に下記のいずれかの方法でお支払いください。

- | | |
|-------------|--|
| ・郵便局の自動口座振替 | 毎月20日・月末に契約口座より振替 |
| ・銀行振込 | 四国銀行 本店 普通預金 1501744
名義 社会福祉法人 南海福社会 理事長 曾我部 道徳 |
| ・窓口で現金払い | |

※保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金(10割)をいただき、サービス提供証明書及び領収書を発行します。

サービス提供証明書及び領収書を後日市町村の窓口提出しますと9割の払い戻しを受ける事ができます。

5. キャンセル料

(1) 利用者がサービスの利用をキャンセルする場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先(電話) 088-845-5400

(2) 利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合はできるだけサービス利用開始日前日の午後5時迄にご連絡ください。午後5時以降のキャンセルは、次のキャンセル料をいただくことになりますのでご了承ください。但し利用者の容態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です。

【キャンセル料】

時 期	料 金
ご利用開始日の前日の午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用開始日の前日の午後5時までにご連絡がなかった場合	利用料金の10%

6. 営業日及び予約の方法

営 業 日	365日
予約の方法	通常は1ヶ月前、急用時はこの限りではありません。

7. 当事業所の運営方針

- (1) 利用者の権利の保障
- (2) 利用者本位の援助(援助の説明と同意を得る事の徹底)
- (3) 利用者の生活の質(QOL)の向上を図り、自立支援を目的とする。
- (4) 利用者の家族と共に利用者の援助を模索する。
- (5) 地域社会の一員として利用者の援助を模索する。
- (6) 個別援助計画(ケアプラン)を策定し、実行して行く。

8. 協力医療機関

医療機関の名称	いずみの病院
所在地	高知市薊野北町2丁目10番53号
診療科	内科・外科・整形外科・脳神経・消化器科・循環科・泌尿器科・放射線科・眼科・リハ
医療機関の名称	愛宕病院
所在地	高知市愛宕町1丁目1番13号
診療科	内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・小児科・精神科・神経科・外科・整形外科 脳外科・心臓外科・皮膚科・泌尿器科・肛門科・眼科・耳鼻咽喉科
医療機関の名称	菜の花診療所
所在地	高知市東雲町2番15号
診療科	診療内科・神経内科

医療機関の名称	高須岡林歯科
所在地	高知市高須3-5-20
診療科	歯科

9. 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

事業所お客様相談窓口	電話番号	088-845-5400
	FAX番号	088-845-5551
	対応職員	生活相談員
	対応時間	午前8時30分から午後5時30分

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

高知市介護保険課	所在地	高知市本町5-1-45
	電話番号	088-823-9972
	FAX番号	088-824-8390
	対応時間	午前8時30分から午後5時15分
南国市長寿支援課 介護保険係	所在地	南国市大堀甲2301
	電話番号	088-880-6556
	FAX番号	088-863-1167
	対応時間	午前8時30分から午後5時15分
高知県国民健康保険団体 連合会(国保連)	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8410
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	午前9時00分から午後4時00分

10. 施設利用にあたっての留意事項

利用にあたって	入所者及びその家族は、いかなる理由により短期入所を利用するのか事前に事業所に申し出て下さい。
健康管理	サービスの利用に際しては、感染性疾患等及び健康上留意する事項がある場合は、事前に事業所に申し出て下さい。
面会時間	面会時間 7:00～21:00 来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。
外出	外出される場合には、事前にお申し出ください。
居室、設備、器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙	決められた場所以外での喫煙はお断りいただきます。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
金銭、貴重品の管理	ご希望により、貴重品管理のサービスをご利用いただけます。
宗教活動	迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営業活動を行うことは出来ません。

11. 緊急時における対応方法

職員は、介護予防短期入所生活介護を行っているときに、利用者の病状に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予め事業者が指定した協力医療機関及びその家族、介護予防支援事業所に連絡する等の措置を講ずるとともに管理者に報告します。

12. 非常災害対策

事業所は非常災害における対策として、当法人の消防計画を基に定期的に非難、救出その他必要な訓練を実施します。

13. 事故発生時の対応

事業所は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族及び介護予防支援事業所に対して連絡を行なう等の必要な措置を講じます。又利用者に対し賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を行ないます。

又、事故が生じた際には、その原因を解明し再発生を防ぐ為の対策を講じます。

14. 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 南海福祉会
代表者氏名	曾我部 道德
法人本部所在地	高知県高知市布師田字宮ノ辺1362番地
電話番号	088-845-5400
業務の概要	第一種・第二種社会福祉事業、公益事業
事業所数	高知市1、四万十市1

15. 第三者評価の実施状況について

当施設は実施していません。

16. その他

事業所のパンフレットを参照

介護予防短期入所サービス利用料金表

令和 8年 8月 1日

1. 介護保険給付対象サービス費用

ご契約者の要介護度に応じて異なります (単位:円／日額)

要介護度		要 支 援 1	要 支 援 2
サービス費	多床室	4,510	5,610
	個 室	4,510	5,610
	* 介護予防短期入所サービス費に対して下記のものが加算されます サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 180 計 180		
上記サービス費にかかる利用者自己負担金	多床室の場合	469	579
	個 室 の場合	469	579

ただし、下記の項目に該当するものは利用者自己負担額に加算されます。

- ①医師の指示に基づく療養食を提供した場合、1食8円となり3食で24円が加算されます。
- ②医師が認知症の行動・心理症状を認められ、緊急に短期入所利用が適当と判断した場合、利用開始から7日を限度として1日200円が加算されます。
- ③送迎費 片道184円加算されます。
- ④40歳以上65歳未満の若年性認知症の方につきましては、1日120円が加算されます。
- ⑤介護職員等処遇改善加算として、対象となるサービスの所定単位数の合計に17.6%を乗じた単位数が加算されます。
- ⑥生産性向上推進体制加算として、月額10円加算されます。

2. 介護保険給付対象外費用

1) 住居費・食費

所得によって住居費・食費の自己負担額が異なります。
居住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、認定証に記載されている負担限度額とします。

(単位:円／日額)

負担限度額		居 住 費	食 費
利用者負担第1段階	個 室	380	300
	多床室	0	
利用者負担第2段階	個 室	480	600
	多床室	430	
利用者負担第3段階①	個 室	880	1,030
	多床室	430	
利用者負担第3段階②	個 室	980	1,360
	多床室	530	
利用者負担第4段階	個 室	1,231	1,740
	多床室	915	

利用者出身市町村に申請して、介護保険負担限度額認定証の交付を受けないと減額の対象になりません。
但し、食費は1食ごとに値段を次のとおり設定しています。1日の食費合計が上記負担限度額に達しない場合はその金額を支払って戴くようになります。

例) 負担3段階の方が、利用初日に夕食のみ召し上がった場合、食費は570円となります。

(単位:円)

負担限度額	朝食	昼食	夕食
利用者負担第1～3段階	405	570	570
利用者負担第4段階	500	620	620

2) イベント食については別途150円／回 いただきます。

※5月 開設記念日 ・ 7月 土用の丑の日 ・ 9月 敬老の日 ・ 12月 クリスマス、忘年会
1月 お正月 ・ 3月 魚の活造り

※上記以外にイベント食を提供させていただく場合は、別途ご案内させていただきます。

3) おやつ代(希望者のみ)100円／日額 いただきます。

4) 理美容に関しては、ご利用された場合は実費をいただきます。

5) レクリエーション・クラブ活動に参加した場合、材料代等の実費をいただきます。

6) 複写物の交付に関しては、実費をいただきます。

7) 日常生活品の購入に関しては実費をいただきます。

8) 送迎サービス提供地区外の送迎につきましては、送迎地区を越える地点より送迎地までの距離
1Km37円の実費をいただきます。

短期入所生活介護重要事項説明書

1. 事業者の概要

名称	社会福祉法人南海福祉会
法人種別	社会福祉法人
法人所在地	高知県高知市布師田字宮ノ辺1362番地
電話番号	088-845-5400
代表者氏名	曾我部 道德
法人が所有する営業所の種類・数	高知市1 ・ 四万十市1

2. 事業所の概要

事業所の名称	短期入所生活介護事業所グランボヌール
事業所の所在地	高知県高知市布師田字宮ノ辺1362
事業所の電話番号	088-845-5400
定員	10名
サービス提供地域	高知市 ・ 南国市
営業日	365日
事業所番号	3910100480
運営方針	1. 利用者の権利の保障 2. 利用者本位の援助(援助説明と同意を得る事の徹底) 3. 利用者の生活の質(QOL)の向上を図り、自立支援を目的とする 4. 利用者の家族と共に利用者の援助を模索する 5. 地域社会の一員として利用者の援助を模索する
職員への研修の実施状況	採用時研修 採用後1ヶ月以内 継続研修 年2回

3. 事業所の職員体制

(最低人員)

職種	常勤	非常勤	計
管理者	1名		1名
医師		3名	3名
生活相談員	1名		1名
管理栄養士	1名		1名
機能訓練指導員			兼務
介護支援専門員			兼務
事務職員	1名以上		1名以上
看護職員	3名以上		3名以上
介護職員	27名以上		27名以上
調理員			委託

但し、①医師・相談員・看護師・介護職員・管理栄養士・機能訓練指導員は、指定介護老人福祉施設と兼務

②管理者・事務員は他の事業と兼務可能とする。

4. サービスの内容

種類	内 容
食事	・栄養士の立てる献立表により、栄養、利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。(但し食費は給付対象外です。) ・食事は、できるだけ離床して食堂でとっていただけるよう配慮します。 (食事時間) 朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～

排泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行なうとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、随時交換を行ないます。
入浴	・年間を通じて週2回の入浴又は清拭を行ないます。 ・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。
機能訓練	・介護職員により、入所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低下を防止するための訓練を実施します。
健康管理	・医師や看護職員が、健康管理を行ないます。
その他	・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活リズムを考え、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。

5. 利用料金(料金表別紙)

①介護給付費対象サービス利用者負担額

上記サービスの利用に対しては、通常9割が介護給付費の対象となります。事業所が介護給付費を代理受領する場合は、利用者は1割をサービス費としてお支払いいただきます。

※利用者負担額は市町村によって上限額が定められています。

※利用者の出身世帯が他の市町村に転出する場合は、利用者負担額が変わることもありますので、あらかじめ事業者までご連絡をお願いします。

※事業者が利用者に代わり市町村から受領した介護給付費の額については利用者に通知します。

②その他 介護給付費外サービスは実費負担していただきます。

③キャンセル料

(1)利用者がサービスの利用をキャンセルする場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先(電話) 088-845-5400

(2)利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、できるだけサービス利用開始日前日の午後5時迄にご連絡ください。午後5時以降のキャンセルは、次のキャンセル料をいただくこととなりますのでご了承下さい。但し利用者の容態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です。

【キャンセル料】

時 期	料 金
ご利用開始日の前日の午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用開始日の前日の午後5時までにご連絡がなかった場合	利用料金の10%

④利用料金の支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、下記のいずれかの方法でお支払い下さい。

・ 郵便局の自動口座振替 毎月20日に契約口座より振替 ・ 窓口で現金払い ・ 銀行振込 四国銀行 本店 普通預金 1501744 名義 社会福祉法人 南海福祉会 理事長 曾我部 道德
--

※ 窓口で現金払い、銀行振込の場合は、短期入所終了毎及び1ヶ月ごとに計算し、翌月7日までに請求しますので、14日以内にお支払い下さい。

6. サービスの利用方法

(1)サービスの利用開始

①介護給付費の支給決定を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡下さい。当事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。

②サービス利用が決定した場合は契約を締結し、介護計画を作成してサービス提供を開始します。

③サービスの提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、利用者の心身の状況や生活環境他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

(2) サービスの終了

- ①利用者が当事業者に対し7日間の予告期間において文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。但し、利用者の病変、急な入院など止むを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。
- ②当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができます。
- ③利用者がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、1ヶ月期間内にお支払いいただけない場合、又は利用者やご家族が事業者やサービス従業者に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。
- ④当事業所を閉鎖又は縮小する場合など止むを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前迄に文書で通知します。

(3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡が無くとも契約は自動的に終了します。

- ①利用者が施設に入所した場合
- ②障害福祉サービス受給者証に記載されている支給決定期間が終了した場合
- ③利用者が亡くなった場合

7. 当事業所のサービス利用に際し留意いただきたい事項

面会時間	面会時間 7:00～21:00 来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。
外出	外出される場合には、事前にお申し出ください。
居室、設備、器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙	決められた場所以外での喫煙はお断りいただきます。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
金銭、貴重品の管理	ご希望により、貴重品管理のサービスをご利用いただけます。
宗教活動	迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営業活動を行うことは出来ません。
受給者証の確認	受給者証の記載内容に変更があった場合にはお知らせ下さい。確認致します。

8. 事故発生時の対応

当施設は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じます。又、利用者に対し賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を行います。

又、事故が生じた際には、その原因を解明し再発生を防ぐための対策を講じます。

9. 利用者の記録や情報の管理、開示について

当事業所では、関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。（開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。）

10. 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

事業所お客様相談窓口	電話番号	088-845-5400
	FAX番号	088-845-5551
	対応職員	生活相談員
	対応時間	午前8時30分から午後5時30分

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

高知市障がい福祉課	所在地	高知市本町5-1-45
	電話番号	088-823-9378
	FAX番号	088-823-9370
	対応時間	午前8時30分から午後5時15分
高知市障害者相談センター	電話番号	088-882-9391
	対応時間	月～金 午前8時30分から午後5時15分
	所在地	高知市葛島4-3-3 東部健康福祉センター内
高知県社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化 委員会事務局	電話番号	088-802-2611
	対応時間	月～金 午前9時から午後4時

11. 緊急時における対応方法

従業員は、短期入所介護を行っているときに、利用者の病状に急変が生じた場合その必要な場合は、速やかに主治医又はあらかじめ事業者が指定した協力医療機関及びその家族、居宅介護支援事業所に連絡する等の措置を講ずるとともに管理者に報告します。

12. 非常災害対策

事業所は非常災害における対策として、当法人の消防計画を基に定期的に非難、救出その他必要な訓練を実施します。

13. 第三者評価の実施状況について

当施設は実施していません。

14. その他

事業所のパンフレットを参照

短期入所サービス利用表

令和8年6月1日

1. 介護給付対象サービス

(単位:円/日額)

障害程度区分	1	2	3	4	5	6
サービス費	5,090	5,090	5,830	6,480	7,840	9,230
自己負担額	509	509	583	648	784	923
但し、短期入所サービス費に対して下記のものが加算されます。						
短期利用加算		30				
栄養士配置加算Ⅰ		22				
食事提供体制加算		48				
上記サービス費に係る自己負担金	609	609	683	748	884	1023

①送迎費 片道186円加算されます。

②福祉・介護職員等処遇改善加算として、対象となるサービス所定単位数の合計に18.6%を乗じた単位数が加算されます。

2. 介護給付対象外サービス費用

①食費 1,445円/日額、但し低所得者は965円/日額

②イベント食については別途150円/回

※5月 開設記念日 ・ 7月 土用の丑の日 ・ 9月 敬老の日 ・ 12月 クリスマス、忘年会
1月 お正月 ・ 3月 魚の活造り

※上記以外にイベント食を提供させていただく場合は、別途ご案内させていただきます。

③おやつ代(希望者のみ) 100円/日額

④理美容代 ご利用された場合は実費

⑤レクリエーション、クラブ活動に参加した場合 材料代の実費

⑥日常生活用品の購入に関しては実費

⑦記録等の複写物の交付に関しては実費

⑧当事業所の通常のサービス提供地域以外で希望により、地域を越える地点より送迎地迄の距離
1km37円の実費

⑨光熱水費 915円/日額