

晃の園 指定（介護予防）短期入所生活介護

重要事項説明書

社会福祉法人 駿河会

1 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 駿河会
(2) 法人所在地 静岡県静岡市葵区富沢1542番地の39
(3) 電話番号 054-270-1210
(4) 代表者氏名 理事長 小嶋 きみ子
(5) 設立年月日 昭和63年4月1日

2 事業所の概況

(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1日指定
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

介護保険事業所番号 2274100219

当事業所は特別養護老人ホーム晃の園に併設されています。

(2) 事業所の目的

指定（介護予防）短期入所生活介護は、介護保険法令に従い、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、ご利用者に日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、（介護予防）短期入所生活介護サービスを提供します。

(3) 事業所の名称

晃の園指定短期入所生活介護事業所

(4) 事業所の所在地

静岡市葵区富沢1542番地の39

(5) 電話番号

054-270-1210

(6) 事業所長（管理者）氏名

花井 節子

(7) 開設年月

平成12年4月1日

(8) 営業日及び営業時間

* 営業日 年中無休

* 受付時間 午前9時～午後5時

(9) 利用定員

20人

(10) 居室等の概要

当事業所では、居室をはじめ食堂・浴室・医務室等を用意しています。利用される居室は、原則として4人部屋です。

3 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定（介護予防）短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の員数以上の配置をしています。

〔主な職員の配置状況〕

下記配置状況は、晃の園指定介護老人福祉施設のご利用者を含めた定員（170人）に対する員数です。

職 種	指定基準
1 管理者	1人
2 医師	1人（嘱託）
3 生活相談員	3人以上
4 看護職員	4人以上
5 介護職員	53人以上
6 （管理）栄養士	1人
7 機能訓練指導員	1.7人
8 事務職員等	実情に応じた適当数

常勤換算：職員それぞれの週当たりの勤務延べ時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週40時間）で除した数です。

〔主な職種の勤務体制〕

職 種	勤 務 体 制
1 . 医師	毎週水曜日 15 : 00 ~ 17 : 00
2 . 介護職員	標準的な時間帯 早朝 : 7 : 00 ~ 16 : 00 日中 : 8 : 30 ~ 17 : 30 12 : 00 ~ 21 : 00 夜間 : 21 : 00 ~ 7 : 00
3 . 看護職員	標準的な時間帯 日中 : 8 : 30 ~ 17 : 30
4 . 機能訓練指導員	標準的な時間帯 日中 : 8 : 30 ~ 17 : 30

土日は上記と異なります。

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、ご利用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

- 〔 1 〕 ・ 〔 2 〕 利用料金が介護保険から給付されるサービス
- 〔 3 〕 介護保険の給付対象とならないサービス
(利用料金の全額をご契約者に負担いただくサービス)

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)

〔 2 〕 その他介護給付サービス加算

(管理) 栄養士配置加算

機能訓練加算

送迎加算

短期生活夜間看護体制加算 (介護予防の対象の方は算定されません)

〔3〕介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5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。

食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

一日当たり 1380円（朝食：280円 昼食：620円 夕食：480円）

利用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。

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。

滞在に要する費用（光熱水費等）1日当たり 320円

この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、多床室利用者の方には光熱水費相当額をご負担していただきます。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滞在費の金額（1日当たり）のご負担となります。

レクリエーションに係る材料費等 実費

レクリエーションの中で発生する工作等の諸材料費につきましては実費ご負担いただきます。（希望者のみ）

日常生活上必要となる諸費用実費

1) 衣類貸与に要する費用

利用期間中に着用される衣類の貸与にあたる費用をご負担いただきます。1日当たり 100円

2) 理美容（理髪サービス）

利用期間中に理美容サービスをご利用された方に実費ご負担いただきます。 実費

サービス利用料金表 < 1日あたり > (契約書第9条参照)

併設型短期入所生活介護 (多床室)

併設型介護予防短期入所生活介護 (多床室)

(当事業所には個室もご用意しておりますが、利用料金につきましては多床室と同額とさせていただきます。)

介護保険給付対象	介護度	単位数計算				単位数 × 10.12円	保険利用者 自己負担分 (円)
		単位数	管理栄養 士加算	機能訓練 加算	夜間看護 体制加算 10単位		
	要支援1	500	12	12	0	5,302	531
	要支援2	619	12	12	0	6,507	651
	経過的要介護	500	12	12	10	5,404	541
	介護度1	689	12	12	10	7,316	732
	介護度2	760	12	12	10	8,035	804
	介護度3	830	12	12	10	8,743	875
	介護度4	901	12	12	10	9,462	947
	介護度5	971	12	12	10	10,170	1,017

介護保険給付 対象外	食費	滞在費	衣類代
	1,380	320	100

1日あたりのご利用料金 = 上記表 + + +

食費の内訳 朝食：280円 昼食：620円 夕食：480円

送迎加算(184単位)は実施分を請求のため、上記金額の計算には含まれていません。

介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方は、食費・滞在費はその証書に記載された金額をご負担いただきます。

計算は1ヶ月のご利用分をまとめて処理するため、端数に誤差が生じることがあります。

5 利用料金のお支払い方法（契約書第9条参照）

前条〔1〕〔2〕〔3〕の料金・費用は、ご利用月の翌月（18日）に当施設の指定する金融機関の口座より引き落としさせていただきます。

当施設が指定する金融機関：しずおか信用金庫

6 利用の中止、変更、追加（契約書第10条参照）

利用予定期間のまえに、ご利用者の都合により、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申し出てください。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。但しご利用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：当日の利用料金の10%
(自己負担相当額)

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。

ご利用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。

利用料金の変更（契約書第11条参照）

7 個人情報の取扱いについて

当事業所では個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインに基づいて、当法人で規定する諸規則等により保有する利用者の個人情報について適切に管理し、利用者の求めに応じて内容を開示します。また、個人情報の使用に関しては予め個人情報の使用に係る同意書により同意の上、使用します。

8 苦情の受付について（契約書第24条参照）

（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。

苦情受付窓口（担当者）〔生活相談員〕 佐野 雄基 ・ 後藤 仁

受付時間 毎週月曜日から金曜日

9時00分から17時00分

(2) 行政機関その他苦情受付機関

静岡市介護保険課	所在地 静岡市葵区追手町5-1 電話 054-221-1292 受付時間 8:30~17:00
国民健康保険団体連合会 (事業部 介護保険課)	所在地 静岡市葵区春日2丁目4-34 電話 054-253-5590 受付時間 8:30~17:15
静岡市社会福祉協議会	所在地 静岡市葵区城内町1-1 電話 054-254-5213 受付時間 8:30~17:00

平成 年 月 日

指定(介護予防)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。

晃の園指定(介護予防)短期入所生活介護事業所

説明者 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(介護予防)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