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

QMS200-17-26 版（2024/6/1）

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　康　則
（５）設立年月日　　昭和６３年４月１日
（６）第三者評価の実施状況
〇第三者評価の実施の有無　　：有
〇実施した直近の年月日　　：駿河会ホームページ上にて公開
〇実施した評価機関の名称　　：一般社団法人　日本能率協会
〇評価結果の開示状況　　：有（駿河会ホームページ上にて公開）
※社会福祉法人駿河会ホームページアドレス　http://www.surugakai.net/

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
川　﨑　誠　之
（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（多床室）のご利用者を含めた定員（108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
4　看護職員	5人
5　介護職員	36人
6　管理栄養士	1人
7　機能訓練指導員	1.1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 　　11：30～20：30 夜間：19：30～　7：30
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）

〔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）

サービス利用料金＜１日あたり＞（契約書第４～６条参照）

下記の基本料金表及び加算の項目により算出されたサービス利用料金の自己負担割分をお支払い下さい。※割合は個人に配布される負担割合証に記載してあります。

併設型短期入所生活介護Ⅱ（多床室）
併設型介護予防短期入所生活介護Ⅱ（多床室）

	要介護度	基本単位
介護保険給付対象	要支援1	451単位
	要支援2	561単位
	要介護1	603単位
	要介護2	672単位
	要介護3	745単位
	要介護4	815単位
	要介護5	884単位

（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。）
この他、次の加算が算定される場合があります。

〔２〕その他介護給付サービス加算

① サービス提供体制強化加算
介護の専門資格である介護福祉士を手厚く配置していることに対し、1日につき22単位加算します。

② 機能訓練体制加算
ご利用者の機能の減衰を防止するために機能訓練指導員を配置していることに対し、1日につき12単位加算します。

③ 送迎加算
当事業所が送迎を実施した場合に1回(片道)につき184単位加算します。

④　夜勤職員配置加算（介護予防の対象の方は算定されません）

基準を上回る数の夜勤職員を配置していることに対し、1日につき13単位加算します。ただし、喀痰吸引等業務の登録を受けている夜勤職員を1人以上配置した場合、1日につき15単位を加算します。

⑤　看護体制加算（介護予防の対象の方は算定されません）

常勤の看護師や基準を上回る看護職員を配置し、かつ、看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保していることに対し、1日につき12単位加算します。

⑥　認知症行動・心理症状緊急対応加算

医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急にサービスを利用することが適当であると判断した場合に、利用を開始した日から7日を限度として、1日につき200単位加算します。

⑦　若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症（40歳以上65歳未満の認知症）の方の受け入れに対し、1日120単位加算します。ただし、⑤を算定している場合は算定しません。

⑧　個別機能訓練加算

機能訓練指導員（基本的に月～金曜日勤務）を配置し、ご利用者ごとの機能訓練計画を作成して計画的に機能訓練を行うことで、1日につき56単位加算します。

⑨　緊急短期入所受入加算

利用者や家族等の事情により、介護支援専門員が緊急に短期入所が必要と認めた場合、利用を開始した日から7日（やむを得ない事情の場合は14日）を限度として、1日につき90単位加算します。

⑩　医療連携強化加算

経管栄養や褥瘡など医療面で関わりが強い利用者について、看護職員が定期的に巡視を行い、またかかりつけ医と連絡が取れない場合に備えてあらかじめ協力医療機関を定め、緊急時の取り決めを行っていることにより、1日につき58単位加算します。

⑪　認知症専門ケア加算

認知症介護に係る専門的な研修を受けた者を必要数配置し、専門的なケアを実施していることに対し、1日につき4単位加算します。

⑫　看取り連携体制加算　（介護予防の対象の方は算定されません）

看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、ご利用者様又はそのご家族等に対して当該対応方針の内容を説明の上、サービス提供をした場合に、死亡日を含めて7日間を限度として1日につき64単位加算します。

⑬　介護職員等処遇改善加算

介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、基本単位や各種加算より算定された単位数の100分の14 に相当する単位数を加算します。

〔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。

①　食費

1日当たり　1,600円　（朝食：330円　昼食：710円　夕食：560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を持っている方…（第１,第2,第3①,第3②段階）
介護保険負担限度額認定証を持っていない方…（第4段階）

第1段階	300円/日
第2段階	600円/日
第3段階①	1,000円/日
第3段階②	1,300円/日
第4段階	1,600円/日

②　滞在費

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。

※介護保険負担限度額認定証を持っている方…（第１,第2,第3①,第3②段階）
介護保険負担限度額認定証を持っていない方…（第4段階）

	令和6年7月31日まで	令和6年8月1日から
第1段階	0円/日	0円/日
第2段階	370円/日	430円/日
第3段階①	370円/日	430円/日
第3段階②	370円/日	430円/日
第4段階	905円/日	965円/日

③　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）

④　日常生活上必要となる諸費用実費

1）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

2）生活材料費　1日当たり　200円

衣類、シャンプー、ボディソープ、石鹸、ペーパー、マスク、タオル類、歯ブラシ、歯磨き粉を施設で用意することを希望される場合に費用をご負担いただきます。当てはまる方に丸印をつけて下さい。

生活材料の用意を　**希望する**　・　**希望しない**

〈※当てはまる方に丸印をつけて下さい。〉

５　利用料金のお支払い方法（契約書第６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（自動引き落としの手続きをした場合）。

当施設が指定する金融機関：しずおか焼津信用金庫
ゆうちょ銀行
農業協同組合

６　利用の中止、変更、追加（契約書第１０条参照）

〇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に申し出てください。

〇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）

〇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。

〇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。

〇利用料金の変更（契約書第１１条参照）

７　苦情の受付について（契約書第２５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。

〇苦情受付窓口（担当者）

〔生活相談員〕中西一真、長島弘樹、髙井美千代、尾崎香奈、芝野由貴

〇受付時間　　毎週月曜日から金曜日
　　９時００分から１７時００分

（２）第三者委員

弁護士　　伊藤　喜代次	所在地　静岡市葵区呉服町1丁目4番6号　松浦ビル3階 電　話　054-272-1505 受付時間　平日　9：00～17：00
司法書士　　増野　充	所在地　静岡市葵区安西5丁目110番地の1の3 電　話　054-273-2317 受付時間　平日　8：30～19：00

（３）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　　０５４－２２１－１０８８ 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　９：００～１７：００
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

８　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、下記内容に同意の上、使用します。

１．利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

２．利用目的

（１）　介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
（２）　利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
（３）　医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
（４）　利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
（５）　利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
（６）　施設において行われる学生等の実習への協力や事例研究等
（７）　行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
（８）　その他サービス提供で必要な場合
（９）　上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

３．使用条件

（１）　個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
（２）　個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

９　画像掲載について

施設での暮らしの様子を晃の園ホームページや広報誌（晃の園だより）に掲載しております。つきましては、画像掲載について当てはまる方に丸印をつけて下さい。

「晃の園ホームページ」＊１　及び「晃の園だより」＊２　に

写真を掲載することを　　**承諾する**　　・　　**承諾しない**

〈※当てはまる方に丸印をつけて下さい。〉

＊１　「晃の園ホームページ」にはインターネットへの接続が可能となっているコンピューターからは自由に閲覧することが可能となっています。

＊２　「園だより」は定期的に発行される印刷物で、園の利用者のご家族様や関連施設、見学や相談等に来られた方達に配布しています。

＊3　写真の掲載にあたっては、氏名の併記など個人が特定されることのないよう配慮させていただきます。

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

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