

指定介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム 晃風園

重要事項説明書

(短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護)

社会福祉法人 徳寿会

1 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 徳寿会
- (2) 所在地 神奈川県大和市草柳二丁目 15 番地 4
- (3) 電話番号 046-263-8728
- (4) 代表者名 理事長 田邊 晃久
- (5) 設立年月日 昭和 56 年 7 月 31 日

2 サービスの方針

地域や家族ぐるみで様々な行事を催し、楽しくそして、温もり、安らぎのある家庭的雰囲気「アットホーム晃風園」のサービスを心掛けています。

3 サービスの内容

「短期入所生活介護」は、介護が必要な高齢者を短期間、ご家族に代わって支援させて頂くサービスです。

4 サービス提供の記録について

短期入所生活介護を利用され、自宅に戻られるときには、入所中における生活の様子を記録した「連絡票」をお渡し致します。ご不明な点等は、お気軽にお問合せ下さい。

5 短期入所生活介護の週課表

曜日	その日の予定
月	入浴(中間浴・特浴)
火	入浴(中間浴・特浴) 行事等
水	入浴(一般浴・中間浴)
木	入浴(中間浴・特浴)
金	入浴(中間浴・特浴)、行事等
土	入浴(一般浴、中間浴)、リハビリ(第 1.3)
日	包布交換 交流会

※ 週 2 回、入浴できます。

6 サービス利用時の持ち物について

サービスのご利用の際は、下記のものをお持ち下さい。

- (1) 健康保険証 (2) 介護保険者証 (3) 介護保険負担限度額認定書 (4) 薬
- (5) 処置に必要な物品(軟膏、ガーゼ等) (6) 衣類 (7) 洗面用具
- (8) 掛かりつけ病院の診察券 (9) 履き物(内・外用)

※ 持参品には氏名のご記入をお願い致します。

7 利用者負担金について

ご利用者は、次の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)に滞在費(光熱水費)と食事に係る標準自己負担額を加えた額(次表第 6 欄に掲げる額)をお支払い下さい。(利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。)

●サービス利用料金

■短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービス費

項目	介護度別の単位	単位	1割負担	2割負担	3割負担	内容の説明
基本額	予併設短期生活Ⅱ 1 (要支援 1)	451 単位	476 円	952 円	1,428 円	1日あたり
	予併設短期生活Ⅱ 2 (要支援 2)	561 単位	592 円	1,184 円	1,776 円	
	併設短期生活Ⅱ 1 (要介護 1)	603 単位	637 円	1,273 円	1,909 円	
	併設短期生活Ⅱ 2 (要介護 2)	672 単位	709 円	1,418 円	2,127 円	
	併設短期生活Ⅱ 3 (要介護 3)	745 単位	786 円	1,572 円	2,358 円	
	併設短期生活Ⅱ 4 (要介護 4)	815 単位	860 円	1,720 円	2,580 円	
	併設短期生活Ⅱ 5 (要介護 5)	884 単位	933 円	1,866 円	2,798 円	
加算額	サービス提供体制強加算Ⅰ	22 単位	24 円	47 円	70 円	1日あたり
	夜勤職員配置加算Ⅰ(要介護のみ)	13 単位	14 円	28 円	42 円	
	緊急短期入所受入加算	90 単位	95 円	190 円	285 円	
	送迎加算	184 単位	195 円	389 円	583 円	片道につき
	生産性向上推進体制加算Ⅱ	10 単位	11 円	22 円	32 円	1月あたり
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ			月の総単位数に 0.140 を乗じた単位数を加算する		

※送迎加算は、施設送迎を利用した場合のみ算定します。

※緊急短期入所受入加算は、緊急で短期入所を受け入れた時に 7 日(利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等止むを得ない事情がある場合には 14 日)を限度として算定します。

※金額は、それぞれの単位に大和市の地域単価(10.55 円)を乗じた額の 1 割～3 割(9 割～7 割を引いた数)です。また、端数処理を行う関係で上記金額と異なる場合がございます。

■その他の利用者負担金

項目	金額	内容の説明
滞在費	940 円	光熱水費等、1日あたり
食費	1,650 円(朝食:450 円、昼食:600 円、夕食:600 円)	1食ごとに算定

※介護保険負担限度額認定証の交付を受けている方は、滞在費と食費の上限額が下表の通りとなります。

段階	滞在費	食費
第 1 段階	0 円	300 円
第 2 段階	430 円	600 円
第 3 段階 (1)	430 円	1,000 円
第 3 段階 (2)	430 円	1,300 円

■必要に応じてご負担いただく金額

項目	金額	内容
行事食代	400 円/回	お正月(1/1.2)、ひな祭り、敬老会、クリスマス会
イベント等の飲食代	随時指定	ホーム喫茶、納涼祭、バザー等
複写物の交付	10 円/枚	書類、証書等の複写物
通信費	10 円/分	電話による通話代等
日用品費	右に掲げる通り	ティッシュ(100 円/個)、歯ブラシ(100 円/本)、歯磨き粉(200 円/本)、スポンジブラシ(25 円/本)、義歯洗浄剤(10 円/個)、口腔ウェットティ(850 円/ケース、詰め替え用 750 円/袋)、イチジク浣腸(100 円/個)
理美容代	実費(立替清算)	ボランティアさんによるカットです
その他費用	実費(立替清算)	介護保険給付対象となるオムツ代以外で、利用者個人が生活上必要となる諸費用

8 キャンセルについて

- (1) 利用者がサービスの利用をキャンセルされる場合には、利用日の前々日までにサービス責任者までご連絡下さい。

連絡先：特別養護老人ホーム晃風園

(電 話) 046-263-8728

- (2) キャンセル料は、容態の急変等、緊急やむを得ない場合は不要となります。ただし、(1)のサービス責任者に連絡が無かった場合は、下記のキャンセル料をお支払い頂きます。

時 期	キャンセル料
サービス利用日の前日まで	無 料
サービス利用日の当日	昼食・夕食代

注意：この場合における利用者負担金とは、短期入所生活介護費自己負担分をいう。

9 苦情・相談の受付

- (1) 当施設に対する苦情等の申出

当施設に対する苦情及びご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

ア 苦情等受付窓口 担当
相談課

イ 受付時間

苦情、相談受付ボックスを事務所に常時設置しています。

- (2) 行政機関に対する苦情等の申出

次の行政機関に対して、苦情等の申出ができます。

ア 大和市役所 介護保険課 給付指導担当

住 所 大和市下鶴間一丁目1番1号

電 話 番 号 046-260-5170

受 付 時 間 月～金（祝祭日・年末年始を除く）／8：30～17：15

イ 神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）

住 所 〒220-0003 横浜市西区楠町27番地1

電話番号 045-329-3447（介護保険課介護苦情相談係）

10 その他

- (1) 入退所は、指定された日時でお願い致します。
- (2) 入所当日には、所持品の点検、健康チェックをさせて頂きます。
- (3) 利用者の身体状態の急変時には、ご家族に直ちにご連絡し、病院への受診の送迎について、ご相談をさせて頂きます。この場合において、受診の付き添いは、ご家族でお願い致します。
- (4) 施設職員に対する心付けは、固くお断り致します。

送迎に関する補足説明

送迎には、家族送迎と施設送迎との二通りがあります。

家族送迎は、ご家族が、自家用車等にご利用者に乗せて当施設までお越し頂く方法です。また施設送迎は、当施設の送迎車にご利用者のご自宅まで伺い、当施設までお越し頂く方法です。

施設送迎の際は、送迎費用が施設利用費用に加算されます。

施設送迎をご希望される場合は、ご利用者及びご家族とご相談をしながら次のように進めたいと思います。

- 1 ご利用者に係る注意事項又は確認事項がありますので、聞き取りにご協力をお願いいたします。
- 2 家庭での生活状況及び様子を確認させていただきます。
- 3 当施設のサービスで、希望されることがございましたらお申し付け下さい。
- 4 持参品一覧表は、事前に記入し、持参品と一緒に職員にお渡し下さい。
- 5 持参品の確認やバイタルは、施設に到着してから確認をいたします(不足品等があった場合には連絡をいたします。)
- 6 退所時間には、電話連絡をして 家族の方がいるか確認した後 出発しますのでご協力をお願い致します。
- 7 不足品等がありましたときには、ご連絡下さい。

以 上

令和 年 月 日

サービス契約の締結に当たり、サービス事業所の重要事項説明書により重要事項を説明しました。

説明者 所在地 神奈川県大和市草柳2丁目15番地1
事業者名 特別養護老人ホーム晃風園
説明者名 _____ (役職：生活相談員) 印

サービス契約に当たり、重要事項の説明を受け、その内容に同意をして交付を受けました。

利用者 _____
住所 _____
氏名 _____ 印

家族又は代理人・立会人

_____ 住所
_____ 氏名 _____ 印 続柄