

指定介護予防短期入所
生活介護事業
重要事項説明書

社会福祉法人 恵信福社会
恵信ヴィレッタ甲府

重要事項説明書

当事業はご契約者に対して介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。事業の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人恵信福祉会
- (2) 法人所在地 山梨県山梨市南1335番地
- (3) 電話番号 0553-20-1711
- (4) 代表者氏名 理事長 古屋 千秋
- (5) 設立年月日 平成15年 7月14日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 (予防)短期入所生活介護事業
※当事業は介護付有料老人ホームに併設されています。
- (2) 事業の名称 恵信ヴィレッタ甲府
- (3) 事業所の所在地 山梨県甲府市下飯田2-2-30
- (4) 電話番号 055-220-1755
- (5) 管理者氏名 森田 博子
- (6) 開設年月 平成19年5月1日
- (7) 利用定員 20人
- (8) 通常実施地域 甲府市、甲斐市、昭和町
- (9) 居室等の概要

当事業では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、すべて個室です。

居室・設備の種類	室数	備考
一般個室	20室	1F (2ユニット)
合計	20室	
食堂・機能訓練室	2ヶ所	各ユニット
浴室	1ヶ所	ユニットバス(1F兼用)・一般浴、機械浴

※ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

3. 職員の配置状況

当事業では、ご契約者に対して(予防)短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職種	人員
管理者(兼務)	1名
介護職員	6名以上
生活相談員	1名
看護職員	1名以上
機能訓練指導員(兼務)	1名以上
医師(非常勤)	1名
栄養士(兼務)	1名

4. 当事業が提供するサービスと利用料金

当事業では、ご契約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)利用料金が介護保険から給付される場合、(2)利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常9割)が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①入浴

入浴、並びに心身の状況で入浴できない場合は清拭を行います。
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。

②排せつ

排せつの自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③機能訓練

機能訓練指導員により、ご契約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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

④送迎サービス

ご契約者の希望により、ご自宅と施設間の送迎を行います。ただし、通常の事業実施地域以外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

⑤その他自立への支援

寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。

生活のリズムを考え、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。

<サービス利用料金(1日あたり)>

下記の料金表によって、ご契約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)をお支払い下さい。(サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

1. サービス利用料金		支援1	支援2
		10,870 円	12,334 円
2. うち、介護保険 給付金額	1割	5,564 円	6,882 円
	2割	4,946 円	6,117 円
	3割	4,328 円	5,352 円
3. 自己負担額	1割	5,306 円	5,452 円
	2割	5,924 円	6,217 円
	3割	6,542 円	6,982 円

※1、ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※2、(予防)短期入所の利用限度日数を超える場合もサービス利用料金の全額をお支払いいただきます。

※3、介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

※4、ご利用者の希望により、ご自宅と施設間の送迎サービスを行います。通常の事業実施地域内の方は交通費 184 円、通常の実施地域外の方は通常の実施地域内の距離を 1 k m 越えるごとに 10 円の実費負担をして頂きます。

※5、上記料金には、サービス提供体制強化加算（Ⅲ）60円を含んでおります。生産性向上推進体制加算（Ⅱ）100円は含まれておりません。

※6、上記料金には、介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）を含んであります。
（支給限度額管理の対象外・所定単位数に13.6%を乗じた単位数）

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 食事の提供(食費)

ご利用者に提供する食事にかかる費用です。

料金:1日あたり2,187円

② 理髪・美容

理髪・美容サービス

月に2回、理容師の出張による理髪サービス(調髪、顔剃、洗髪)、美容サービス(調髪、パーマ、洗髪)を実費でご利用いただけます。

③ 教養娯楽費

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金:材料代等の実費をいただきます。

④ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代は介護保険給付対象となっておりますのでご負担の必要はありません。

⑥ 滞在費

滞在費をお支払いいただきます。

居室料:1日2,500円

※ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することが

あります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月15日までに以下の方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし

(4) 利用の中止、変更、追加

利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、(予防)短期入所生活介護サービスの利用を中止または変更、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。但しご契約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%

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。

ご契約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。

5. 苦情の受付について

(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)

[職氏名] 生活相談員 森川 こずえ

○受付時間 随時

(2)行政機関その他苦情受付機関

各市町村の 介護保険担当課	甲府市役所 介護保険担当課	055-237-5473
	甲斐市役所 介護保険担当課	055-278-1693
	昭和町役場 介護保険担当課	055-275-8784
国民健康保険団体連合会 介護保険相談窓口	所在地	山梨県甲府市蓬沢1-15-35
	電話番号・FAX	055-223-9201(代)・055-223-2077
	受付時間	月～金曜日 9時～17時
山梨県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地	山梨県甲府市北新1-2-12
	電話番号・FAX	055-254-8610(代)・055-254-8614
	受付時間	月～金曜日 9時～17時

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり (2) なし
	(2) なし		

令和 年 月 日

指定(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。

恵信ヴィレッタ甲府
説明者職名 生活相談員

氏 名 森川 こずえ 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、(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。

利用者住所

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、(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。

代理人住所

氏 名 印