

重 要 事 項 説 明 書
**(潤生園在宅介護総合センターれんげの里
短期入所生活介護事業)**

社会福祉法人 小田原福社会

1. 事業所の概要

- ・事業所名 潤生園在宅介護総合センターれんげの里短期入所生活介護
- ・介護保険事業所番号 1472301280 (平成18年11月1日 神奈川県指定)
- ・提供サービス 短期入所生活介護
- ・管理者及び連絡先 神矢 孝之 (小田原市蓮正寺997-1 0465-39-1571)
- ・提供可能地域 小田原市、その他要相談

2. 事業所の職員体制 (平成21年3月1日現在)

- ・管理者 1名 (常勤兼務)
- ・生活相談員 5名 (常勤兼務)
- ・機能訓練指導員 1名 (常勤兼務)
- ・看護職員 5名 (常勤兼務3名、非常勤兼務2名)
- ・介護職員 27名 (常勤兼務16名、非常勤兼務11名)
- ・栄養士 1名 (常勤兼務)
- ・調理職員 7名 (常勤兼務4名、非常勤兼務3名)

3. 設備の概要

利用定員40名 (1人部屋5室、4人部屋9室)

4. サービスの概要

寝たきり防止のため、できるかぎり離床し、朝夕の着替えを行い、生活リズムを整えるように勤めます。身体拘束をしない介護をおこないます。

5. 利用者負担金 (平成21年4月1日より)

※利用者負担金は、次の3種類に分かれます。具体的な金額は下記の通りです。

① 介護報酬に係る利用者負担金 (通常1割負担)

② 運営基準 (厚生省令) で定められた「その他費用」 (全額自己負担)

サービスを提供した場合の利用料は、厚生労働大臣が定める基準により、下表に基づいたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分とする。

単位＝円

要介護 状態区分	居室区分	基本サービス 料金①	滞在費 ②	食費②			1日あたりの 利用料金の目安
				朝食	昼食	夕食	
要介護 1	個室	707	1,600	400	600	500	3,807
	多床室	791	500	400	600	500	2,791
要介護 2	個室	780	1,600	400	600	500	3,880
	多床室	864	500	400	600	500	2,864
要介護 3	個室	852	1,600	400	600	500	3,952
	多床室	935	500	400	600	500	2,935
要介護 4	個室	924	1,600	400	600	500	4,024
	多床室	1,008	500	400	600	500	3,008
要介護 5	個室	996	1,600	400	600	500	4,096
	多床室	1,080	500	400	600	500	3,080

※利用者負担段階について

市町村民税世帯非課税の方等は、施設利用等に係る滞在費・食費の負担が軽減されます。お住まいの役所担当窓口にて申請して頂きますと認定証が交付されますので、ご利用の際に、ご提示下さい。

段階	食費負担額（1日あたり）	滞在費負担額（1日あたり）
第1段階	300円	【個室】 320円 【多床室】 0円
第2段階	390円	【個室】 420円 【多床室】 320円
第3段階	650円	【個室】 820円 【多床室】 320円
上記以外の方	1,500円	【個室】 1,600円 【多床室】 500円

第1段階	* 世帯全員が市町村民非課税で、老齢福祉年金を受給している方。 * 生活保護の方。
第2段階	* 世帯全員が市町村民非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入の合計が年間80万円以下の方。
第3段階	* 世帯全員が市町村民税非課税で、利用者負担2段階に該当しない方。 (課税年金収入が80万円超266万未満の方など)
上記以外の方	* 上記の第1段階～第3段階に当てはまらない方。

※基本サービス料金には、下記の加算が含まれています。

*機能訓練体制加算（13円/日）

機能訓練指導員による個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づく適切なサービスを実施しています。

*看護体制加算Ⅰ・Ⅱ（13円/日）

看護師を常勤で1名以上配置していると共に、ご利用者の状況に応じて、24時間の連絡体制が確保され、健康上の管理等を行うことができます。

* サービス提供体制加算 I (13 円/日)

介護福祉士という専門職を、介護職員総数の半分以上配置しており、より専門性のある介護を行うことができる体制を確保しています。

※その他、必要に応じて、下記の加算を算定する場合があります。

* 送迎加算 (片道 187 円)

ご利用者の心身の状態、ご家族の事情等からお迎え、お送りが必要と判断される方を対象に、ご自宅と当事業所との間を送迎させていただきます。

* 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (205 円/日)

医師が、認知症の行動・心理症状により、ご自宅での生活が困難で、緊急に短期入所を利用することが必要と判断された場合に、7日を限度として適用されます。

③ 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用 (全額自己負担)

なお、③の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明の上、利用者の同意を得なければならないこととされています (疑問点等があれば、お尋ね下さい)。

次のサービスのご利用には、それぞれ料金のご負担を頂きます。

- ・おやつ代 … 1日につき 100 円
 - ・特別な食事 … 実費
 - ・理容 … 理容師の来園による理髪サービス (1回 1,500 円) ※現金先払い
 - ・特別希望の教養娯楽等の提供、レクリエーション行事 … 実費
 - ・特別希望の生活用品の提供 … 実費 (原則として、必要な生活用品についてはご持参下さい。(例) とろみ剤、義歯洗浄剤、全身用保湿クリーム、嗜好品 (牛乳など))
 - ・処遇上特別に必要な経費 … 実費
- ※また、急な発熱などにより、通常以上に水分補給等が必要になった場合や、飲み込みの状態が悪く、嚥下補助飲料等を使用させて頂いた場合にご請求させていただきます (原則として、常時、嚥下状態の悪い方などは、嚥下補助飲料等をご持参下さい)。

<その他>

※自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払頂きますようお願いいたします。

- 自動口座引き落とし (ご指定の金融機関の口座から月 1 回引き落とします)
- 現金払い (サービス提供時に毎回お支払い願います)

※介護保険外のサービスとなる場合 (サービス利用料の一部が、区分支給限度額を超える場合を含む) には、全額自己負担となります。

6. サービス利用の中止

(1) サービスの利用の中止をする際には、下記の連絡先までご連絡ください。

連絡先 (電話) : **0465-39-1571**

(2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。なお、キャンセル料を頂く場合がございます。

7. 相談窓口、苦情対応

※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。

- ・相談責任者 管理者 神矢 孝之
- ・対応時間 24時間（営業時間外は管理宿直にて対応）
- ・電話番号 0465-39-1571
- ・ファックス 0465-39-1572

《公的受付機関》

- ・小田原市高齢介護課（月～金曜日 8:30～17:15）
小田原市荻窪300 TEL0465-33-1872
- ・神奈川県国民健康保険団体連合会（月～金曜日 8:30～17:00）
横浜市西区楠町27-1 TEL0570-022110 Fax0570-033110
- ・神奈川県保健福祉部福祉監査指導課（月～金曜日 8:30～17:15）
横浜市中区日本大通1 TEL045-210-4820

8. サービス利用にあたっての留意事項

- ・面 会 時 間 24時間可能ですが、なるべく午前9時から午後8時ごろまで
お願いします。
- ・金銭、貴重品の管理 なるべくお持ちにならないでください。お持ちになる場合は申し
出ていただき、預り証記入の上事務所にて保管します。
- ・外 出 ご家族様等付添者がいれば可能です。（要専用書式記入）
- ・飲 酒 、 喫 煙 自己管理できる方、喫煙は専用の喫煙所にてお願いします。
- ・所持品の持ち込み 個人のロッカーにて保管します。

9. 法人の概要

- ・名 称 社会福祉法人小田原福祉会
 - ・代表者氏名 理事長 時 田 純
 - ・所 在 地 小田原市穴部377番地
 - ・T E L 0465-34-6001
 - ・F A X 0465-34-9520
 - ・事業の概要
 - ・特別養護老人ホーム100名
 - ・短期入所生活介護 2事業所（70名）
 - ・通所介護事業所 12事業所 ・訪問入浴事業所 1事業所
 - ・訪問介護事業所 1事業所 ・夜間対応型訪問介護事業所 1事業所
- （平成21年3月1日現在）

10. 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等に連絡します。

利用者の主治医	氏名	※	
	所属医療機関の名称	※	
	所在地	※	
	電話番号	※	
協力医療機関	医療機関の名称	曾我病院	大内病院
	院長名	長谷川 剛	大内 忠行
	所在地	小田原市曾我岸 148	南足柄市中沼 594-1
	電話番号	0465-42-1606	0465-74-1515
	診療科	精神科、内科	内科、外科、皮膚科
	入院設備	有り	有り
	救急指定有無	有り	有り
	契約の概要	当事業所に対し病院は利用者に必要が生じたときは、速やかに便宜を図るなど利用者の医療処置に最善を尽くし協力するものとする。	
緊急連絡先	氏名	※	
	住所	※	
	電話番号	※	
	夜間の連絡先	※	

平成 年 月 日

※上記のとおり重要事項を説明いたしました。

潤生園在宅介護総合センターれんげの里短期入所生活介護

説明者氏名 _____ 印

※上記のとおり重要事項の説明を受け、内容を承諾し交付を受けました。

利用者氏名 _____ 印
(代理)