

ヴィラージュ中原（介護予防）短期入所生活介護 重要事項説明書

＜令和 7 年 9 月 1 日現在＞

1 本施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 044-789-9188 （午前 9 時～午後 5 時）

2 ヴィラージュ中原（介護予防）短期入所生活介護の概要

本事業所が提供する短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護の内容に関する重要事項は、次のとおりです。

(1) 運営法人

法人名称	社会福祉法人 美生会
法人の所在地	〒211-0021 川崎市多摩区宿河原 1-18-1
電話番号	044-930-5552
FAX 番号	044-930-5558
代表者氏名	理事長 中島秀彦
設立年月日	平成 22 年 5 月 12 日

(2) ご利用施設

事業所の種類	（介護予防）短期入所生活介護
事業所番号	第 1475203327 号
指定年月日	令和 5 年 10 月 1 日
事業所の目的	（介護予防）短期入所生活介護は、介護保険法令に従って、ご利用者が、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います。ご利用者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用の施設等をご利用いただき、（介護予防）短期入所生活介護のサービスを提供します。
事業所名	ヴィラージュ中原（介護予防）短期入所生活介護
所在地	〒211-0053 川崎市中原区上小田中 1-28-55
電話番号	044-789-9188
FAX 番号	044-789-9163
管理者	施設長 福芝 康祐
法人開設年月日	平成 24 年 3 月 1 日

(3) 施設の概要

定 員	1 名（各階に 1 室）
居 室 タ イ プ	従来型個室
食堂及び機能訓練室	2 室（各階に 1 室）
浴 室	5 室（機械浴室 3 室、個浴室 2 室）
医 務 室	1 室
静 養 室	2 室（各階に 1 室）
そ の 他	スプリンクラー、冷暖房、エレベーター1 基等

(4) 職員の配置状況

職 種	常 勤		非 常 勤		計	備 考
	専任	兼任	専任	兼任		
管 理 者		1			1	
副 管 理 者		1			1	
事 務 職 員		2			2	
生 活 相 談 員		1			1	
看 護 職 員		3		1	4	
介 護 職 員		11		6	17	
機能訓練指導員		1			1	看護師兼務
管 理 栄 養 士		1			1	
医 師				1	1	

※配置職員は併設特養の基準で表示しています。

3 健康診断書の提出（任意）

ご利用される方の健康状態を把握し、適切な援助を行うため、サービス利用申込時に健康診断書の提出をお願いしております。

4 サービス内容

(1) サービス 計画書作成	利用者について解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護サービス計画を作成します。
(2) 食事	朝食 8 時 昼食 12 時 夕食 18 時
(3) 入浴	原則として、週に 2 回入浴していただけます。 ただし、発熱等病状に応じ、入浴を控えて清拭等となる場合があります。
(4) 介護	サービス計画に沿って、必要に応じて次の介護を行います。食事介助、入浴介助、排泄介助、おむつ交換、着替え介助、口腔ケア、移動介助、移乗介助、体位交換、シーツ交換、認知症状へのケア等
(5) 機能訓練	機能訓練指導員が、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練をします。
(6) レクリエーション	季節ごとの行事や書道、手工芸、音楽などのクラブ活動にご参加いただけます。
(7) 健康管理	サービス利用中の健康管理のための援助を、担当職員により行います。
(8) 生活相談	施設での生活上の様々なご相談をはじめとして、地域の社会資源や利用できるサービスのご紹介等をご相談に応じて行います。
(9) 理美容	月 2 回サービスを実施しております。料金は、直接業者にお支払いください。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用申込み

担当の介護支援専門員又は当事業所へお申込みください。初回ご利用時は、申込受付後にご契約させていただきます。

利用予約は、当月の 3 か月前から可能です(例：7 月ご利用分のご予約は 4 月 1 日から受付可能です。)

(2) サービス利用契約の終了

短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書でのお申し出により、いつでも解約ができます。

(3) サービス利用契約の自動終了

次の場合には、双方の通知がなくても、自動的に契約は終了とみなします。

ア ご利用者が介護保険施設に入所した場合

イ ご利用者がお亡くなりになった場合

ウ 介護保険給付でサービスを受けているご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

(4) その他

サービス利用料金の支払を 90 日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 30 日以内に支払わない場合又はやむを得ない事情により施設を閉鎖若しくは縮小する場合は、90 日前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことがあります。

また、ご利用者やご家族などが本施設及び職員に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合には、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただきます。この場合、契約終了後の予約は無効となります。

6 本事業のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

本事業は、ご利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行います。また、ご利用者の心身の機能の維持並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担軽減を図ることを目指します。

本事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連帯を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(2) サービス利用にあたっての留意事項

来訪・面会	・面会時間は、10時から19時までです。
外出	・事前に施設までご連絡をお願いします。
居室・設備・器具の利用	・施設内の居室、設備及び器具は、本来の使用方法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合には、賠償していただくことがあります。
ペット	・施設内にペットの持込みはできません。
所持品の持ち込み	・入居期間に合わせて、最小限の所持品をお持ちください。
宗教活動・政治活動	・施設内で、他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
食事	・食事が不要な場合には、前日までにお申し出ください。 前日までに申し出があった場合には、「食事に係る自己負担」はありません。
迷惑行為等	・騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
その他	・面会又は外出時等に施設内に食べ物を持ち込まれる場合、体調悪化や食中毒発生の要因となる場合があります。必ず職員へお知らせいただくようお願いいたします。(場合により、お預かりすることがあります。予めご了承ください。) ・ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。 この場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮をいたします。

7 緊急時の対応方法

ご利用者の容態に変化等があった場合、協力病院又は掛かりつけの医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族へ速やかに連絡いたします。

8 非常災害対策

本事業では、消火設備、非常放送設備等、災害や非常時に備えて必要な設備を設けるとともに、非常災害等に対して、具体的な防災計画・避難計画等を立て、職員及びご利用者が参加する訓練を定期的の実施いたします。

9 サービス内容に関する相談及び苦情

(1) 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。

苦情受付担当者	電話番号	044-789-9188
	FAX番号	044-789-9163
	氏名	一ノ瀬 暁（生活相談員）
	対応日・ 対応時間	平日（月曜日～金曜日） 9時～17時

(2) 次の公的機関においても、苦情申し立てができます。

川崎市健康福祉局 長寿社会部高齢者 事業推進課事業者 指導係	所在地	〒214-8570 川崎市川崎区宮本町1番地
	電話番号	044-200-0445
	対応日・ 対応時間	平日（月曜日～金曜日） 9時～16時
神奈川県国民健康 保険団体連合会 （国保連） 介護保険部介護 苦情相談課	所在地	〒220-0003 神奈川県横浜市西区楠町27-1
	電話番号	045-329-3447
	対応日・ 対応時間	平日（月曜日～金曜日） 9時～16時

10 法人及び事業所の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 美生会
代表者役職・氏名 理事長 中島 秀彦
法人所在地 川崎市多摩区宿河原1丁目18番1号
連絡先 電話 044-930-5552
FAX 044-930-5558

・特別養護老人ホームヴィラージュ中原

定員 52 名

11 利用料金等

(1) 介護給付によるサービス(1日当たり)

<サービス利用料金>

次の表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金（介護保険負担割合1割又は2割又は3割）をお支払いいただきます。

サービスの利用代金は、以下の計算式で算定します。
 (要介護度別の単位数＋体制加算)×日数×単位単価 10.88 円×自己負担割合＋
 滞在に係る自己負担額＋食事に係る自己負担額＝サービス利用料金

短期入所生活介護（従来型個室）

	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1 併設型短期入所生活介護費（Ⅰ）	603 単位	672 単位	745 単位	815 単位	884 単位
2 夜間職員配置加算（Ⅰ）	13 単位/日				
3 送迎加算（実績による）	片道 184 単位				
4 生産性向上推進体制加算Ⅱ	10 単位/月				
5 サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位/日				
6 介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に 14.0% を乗じた単位数				

短期入所生活介護（空床型多床室）

	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1 併設型短期入所生活介護費（Ⅱ）	603 単位	672 単位	745 単位	815 単位	884 単位
2 夜間職員配置加算（Ⅰ）	13 単位				
3 送迎加算（実績による）	片道 184 単位				
4 生産性向上推進体制加算Ⅱ	10 単位/月				
5 サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位/日				
6 介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に 14.0% を乗じた単位数				

介護予防短期入所生活介護（従来型個室・空床型多床室）

	要支援 1	要支援 2
1 併設型介護予防短期入所生活介護費（Ⅱ）	451 単位	561 単位
2 送迎加算（実績による）	片道 184 単位	
3 生産性向上推進体制加算Ⅱ	10 単位/月	
4 サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位/日	
5 介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に 14.0% を乗じた単位数	

- ◇ ご利用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一旦お支払いいただきます。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）。償還払いとなる場合、ご利用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。
- ◇ 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、ご利用者の負担額を変更します。
- ◇ 滞在と食事に係る費用について、介護保険負担限度額認定を受けている場合は、認定証に記載されている負担限度額とします。
- ◇ 送迎加算は送迎を希望される方が対象となります。

(2) その他の費用

① 理美容代	実 費
② 日常生活においても通常必要となるものに係る費用で、 利用者が負担することが適当と認められる日用品費	実 費
③ 教養、娯楽のための費用	実 費

◇ 本施設の滞在費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方は、ショートステイの滞在費及び食費の負担が軽減されます。

対 象 者		区 分	滞 在 費	食 費
生活保護受給者		利用者負担 第 1 段階	380 円	300 円
市 町 村 民 税 非課税世帯	老齢福祉年金受給者			
	世帯の全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市区町村民税を課税されていない方で合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間 80 万円以下の方	利用者負担 第 2 段階	480 円	600 円
	世帯全員が市民税非課税で、利用者負担第 1 段階・第 2 段階以外の人	利用者負担 第 3 段階①	880 円	1,000 円
		利用者負担 第 3 段階②	880 円	1,300 円

上記以外の方	利用者負担 第4段階	1,350 円	※2,100 円
--------	---------------	---------	----------

※第4段階の食費代 2,100 円の内訳は朝食：430 円、
昼食：800 円、おやつ：100 円、夕食：770 円です。

(3) 利用料金等の支払方法

- ア 利用者が事業所に支払う利用料金等の支払については、利用料金等の合計額を月ごとに支払います。
- イ 事業所は、当月の利用料金等の合計額の請求明細を付して、翌月 15 日頃までにご利用者に送付します。
- ウ 支払方法は、金融機関口座からの引き落としになります。ただし、手続が間に合わない場合に限り、窓口での現金払い又は指定口座への振込みとなります。

(4) キャンセル料

利用者のご都合により短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護をキャンセルした場合には、次の料金をいただきます。
なお、キャンセルする場合は、お早めに本事業所までご連絡ください。

- ア 入所のキャンセル料
入所前日の午後 5 時までにご連絡がなかった場合、2,100 円のキャンセル料が発生します。
- イ 入所中のキャンセルの場合
ご利用者が中途退所を希望する場合などは、退所までの利用料金等を支払っていただきます。

(5) その他

ご利用者の被保険者証に支払方法の変更の記載（利用者が保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を一時支払っていただきます。この場合、本事業でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、市町村の窓口に提出して差額（介護保険適用部分の 9 割又は 8 割又は 7 割）の払い戻しを受けてください。

《（介護予防）短期入所生活介護サービス 重要事項同意書》

令和 年 月 日

（介護予防）短期入所生活介護の利用にあたって、ご利用者に対して、契約書及び本書面に基づいて重要な事項をご説明しました。

【説明者】

事業所名 ヴィラージュ中原（介護予防）短期入所生活介護

職 種 生活相談員

氏 名 印

私は、契約書及び本書面により、当該事業所から短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護についての重要事項の説明を受けました。

【利用者】

氏 名 _____ 印 _____

【代理人】

住 所

氏 名 _____ 印 _____

(關係：)