

重要事項説明書

1. 事業所の概要

- ◇事業所名 社会福祉法人 鈴保福祉会
特別養護老人ホーム 柿生アルナ園（介護老人福祉施設）
- ◇所在地 川崎市麻生区上麻生5-19-10
電話番号 044-987-0021 Fax 044-989-1440
- ◇提供可能サービス ・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
・短期入所生活介護事業・予防短期入所生活介護事業所（ショートステイ）
- ◇事業者番号 ・介護老人福祉施設 1475600126
・短期入所生活介護事業所 1475600217
- ◇管理者及び連絡先 鈴木 聡 TEL044-987-0021
- ◇サービス提供地域 川崎市内

2. 事業所の職員体制

- ◆管理者 1名（常勤・兼務） ◆生活相談員 2名（常勤・兼務）
◆介護支援専門員 1名（常勤・兼務） ◆看護職員 6名（常勤・非常勤・兼務）
◆機能訓練指導員 1名（非常勤・兼務） ◆管理栄養士 1名（常勤・兼務）
◆介護職員 32名（常勤・非常勤・兼務） ◆医師 1名（非常勤・兼務）
◆その他の職員（事務員・調理員・運転士・夜間管理人他） 25名（常勤・非常勤・兼務）
(2020年4月1日現在)

3. サービス利用料及び利用者負担（重要事項説明書別紙参照）

厚生労働省の通知等により変更の可能性があります。原則的には次の通りです。

◇介護保険給付サービスに係る費用及び介護給付サービス加算は、介護保険の法定利用料に基づき要介護度別に算定します。その金額の1割、2割または3割を介護保険負担割合証に基づきお支払い頂きます。

◇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制度上の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。

介護保険外のサービスとなる場合には、施設サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることになります。

◇介護保険の給付対象とならないサービスは、事業所の定める料金に基づき算定し、お支払頂きます。

施設全体の行事食、おむつ代、日常生活最低限必要な日用品費は介護保険給付サービスに係る費用に含まれます。（介護保険負担限度額認定証に基づき一部上限がもうけられる場合があります。）

◇自己負担金は、利用翌月の27日にご指定の金融機関の口座から引き落としさせていただきます。

4. 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。

☆相談苦情窓口

★電話番号 044-987-0021 Fax 044-989-1440

★相談員（責任者）

★対応時間 9:00 ~ 18:00

☆公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

★川崎市健康福祉局高齢者事業推進課

・所在地 川崎区宮本町1

・電話番号 044-200-2910 Fax 044-200-3926

・対応時間 9:00~17:15

★神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）

・所在地 横浜市西区楠町27-1

・電話番号 045-329-3447

・対応時間 9:00~17:00

5. 当法人の概要

◇法人種別・名称

社会福祉法人 鈴保福祉会

◇代表者名

理事長 鈴木 錠

◇所在地

川崎市麻生区上麻生5-19-10

◇事業概要

★特別養護老人ホーム 柿生アルナ園（介護老人福祉施設）

・日帰り通所介護事業

・短期入所生活介護事業

・居宅介護支援事業

・地域包括支援センター

★放課後児童健全育成事業

★保育所柿生保育園

★柿生かきっこ保育園

★特別養護老人ホーム しゅくがわら（介護老人福祉施設）

・日帰り通所介護事業

・短期入所生活介護事業（空床利用）

・居宅介護支援事業

・地域包括支援センター

6. 特別に契約する事項

説明確認欄

年 月 日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

事業所 所在地 川崎市麻生区上麻生5-19-10

事業者名 特別養護老人ホーム柿生アルナ園

説明者 _____ 印

サービス契約の締結に当たり、上記の説明を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

保証人 住所 _____

氏名 _____ 印

重要事項説明書 別紙

地域区分：2級地 1単位=10.72円

1.介護保険給付サービスに係る費用

施設ご利用料基本額（利用者負担額は、介護保険負担割合証の割合率による）

介護度	単位数 (1日あたり)	介護保険 負担割合 1割 (1日あたり)	介護保険 負担割合 2割 (1日あたり)	介護保険 負担割合 3割 (1日あたり)	内容のご説明
要介護1	559単位	599円	1,199円	1,798円	施設のご利用料
要介護2	627単位	672円	1,344円	2,016円	
要介護3	697単位	747円	1,494円	2,241円	
要介護4	765単位	820円	1,640円	2,460円	
要介護5	832単位	892円	1,784円	2,676円	

2.介護給付サービス加算

①施設加算（利用者負担額は、介護保険負担割合証の割合率による）

加算名	単位数 (1月あたり)	介護保険 負担割合 1割 (1月あたり)	介護保険 負担割合 2割 (1月あたり)	介護保険 負担割合 3割 (1月あたり)	内容(加算)のご説明
口腔衛生 管理体制加算	30単位	32円	64円	96円	歯科医師または歯科衛生士が介護職員に対しする口腔ケアに関する指導を月1回以上おこなっている場合。
介護職員処遇 改善加算（I）	月給単位数の 8.3%	月給単位数の8.3%の 1割、2割または3割			介護職員処遇改善に関する計画を、策定し適正に運用されている場合。
介護職員特定処遇 改善加算（I）	月給単位数の 2.7%	月給単位数の2.7%の 1割、2割または3割			勤続10年以上の介護職員を配置している場合。

加算名	単位数 (1日あたり)	介護保険 負担割合 1割 (1日あたり)	介護保険 負担割合 2割 (1日あたり)	介護保険 負担割合 3割 (1日あたり)	内容(加算)のご説明
栄養 マネジメント加算	14単位	15円	30円	45円	管理栄養士によるケアマネジメントがおこなわれている場合。
夜勤職員配置加算 (I) □	13単位	14円	28円	42円	夜勤職員の数を基準以上配置している場合。
看護体制加算 (I) □	4単位	4円	8円	12円	常勤の正看護師1名以上を配置している場合。
看護体制加算 (II) □	8単位	8円	17円	25円	看護職員の数を基準以上配置し、24時間の連絡体制を確保出来ている場合。
日常生活継続 支援加算（I）	36単位	38円	77円	115円	前6ヶ月または12ヶ月間における入所者数の割合が基準以上である場合。 職員の介護福祉士数が基準以上配置されている場合。

②個別加算（利用者負担額は、介護保険負担割合証の割合率による）

加算名	単位数 (1日あたり)	介護保険 負担割合 1割 (1日あたり)	介護保険 負担割合 2割 (1日あたり)	介護保険 負担割合 3割 (1日あたり)	内容(加算)のご説明
初期加算	30単位	32円	64円	96円	入所日から30日以内に限りです。
入院・外泊時加算	246単位	264円	528円	792円	1月に6日を限度とします。
看取り介護加算 (死亡日)	1,280単位	1,372円	2,744円	4,116円	死亡日以前30日を上限とします。
看取り介護加算 (死亡日前日・前々日)	680単位	729円	1,458円	2,187円	
看取り介護加算 (死亡日以前 4日以上30日以下)	144単位	154円	309円	463円	

加算名	単位数 (1食あたり)	介護保険 負担割合 1割 (1食あたり)	介護保険 負担割合 2割 (1食あたり)	介護保険 負担割合 3割 (1食あたり)	内容(加算)のご説明
療養食加算	6単位	7円	13円	19円	医師の食事箋に基づき食事を提供した場合。 1日3食を上限とします。

加算名	単位数 (1回あたり)	介護保険 負担割合 1割 (1回あたり)	介護保険 負担割合 2割 (1回あたり)	介護保険 負担割合 3割 (1回あたり)	内容(加算)のご説明
再入所時栄養 連携加算	400単位	429円	858円	1,287円	退院後、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合、管理栄養士が、病院での栄養食事指導に同席し、栄養管理について、病院の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成した場合に、1回を上限とします。

3.特定入所者介護サービス費

①食事（食材費及び調理費）の提供に要する費用

負担限度額認定証をお持ちの方は、限度額に応じてご請求いたします。

区分	介護保険 負担限度額 認定証	料金 (1日あたり)	内容のご説明
食費	第1段階	300円	朝食・昼食・夕食 (おやつ代も含まれます)
	第2段階	390円	
	第3段階	650円	
	限度額なし	1,880円	

②居住費（室料）

負担限度額認定証をお持ちの方は、限度額に応じてご請求いたします。

区分	介護保険 負担限度額 認定証	料金 (1日あたり)	内容のご説明
多床室	第1段階	0円	1日あたりの室料 (2人部屋・4人部屋同額です)
	第2段階	370円	
	第3段階	370円	
	限度額なし	1,100円	

4.その他の介護保険の給付対象とならないサービス

その他の費用

区分	料金	内容のご説明
テレビ・電気器具 持込使用料	50円/日	テレビや電気毛布等の家電を持参し、使用した場合。
理髪・理美容代	実費	理髪・理美容サービスを利用した場合。
教育娯楽費	実費	クラブ活動に係る材料代等。
健康管理費	実費	受診にかかる費用、予防接種代等。
飲食代	実費	趣味・嗜好品・外注食の飲食代。
送迎代	実費	個人の希望で遠方の病院等へ通院する際の送迎や買物・外食等の外出外泊にかかる送迎に要する費用。
行事参加費用	実費	行事に参加する際の費用（お弁当ご購入等）
私物洗濯代	実費	私物のクリーニングを外注した場合。
買物代	実費	買物等で個人で購入したものににかかる費用。
郵便物転送費用	実費	郵便物の転送にかかる費用。
日用品費	実費	利用者の希望する日用品費（利用者が自ら持ち込む物品以外） 【内訳】 歯磨き粉、歯ブラシ、入歯安定剤、洗顔・手洗い用石鹸、ティッシュペーパー・ウェットティッシュ、タオル各種、綿棒、剃刀、ハンドクリーム等。

施設全体の行事食、おむつ代、日常生活上最低限必要な日用品費は、介護保険給付サービスに係る費用に含まれます。

上記料金表内その他の介護費用の負担に同意します。

利用者氏名
(代理人)

印
