



令和6年8月1日改定

ヴィラー宮 短期入所 ご利用料金表(1日分試算)



☆個室(1割負担)

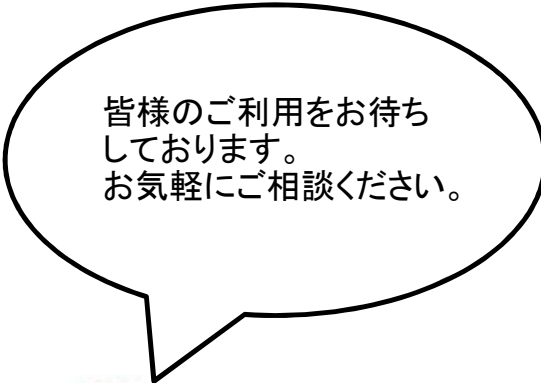
要介護度	通常料金	負担限度額認定 第3段階②の方	負担限度額認定 第3段階①の方	負担限度額認定 第2段階の方
1	4,334	3,493	3,193	2,303
2	4,412	3,571	3,271	2,381
3	4,497	3,656	3,356	2,466
4	4,578	3,737	3,437	2,547
5	4,657	3,816	3,516	2,626

○負担限度額認定第2、第3段階に該当するには市町村への申請が必要となります。

○試算金額は介護保険負担割合証により1割の方の金額となります。食費、居住費、その他各種加算が含まれています。

上記以外の料金徴収について

オムツ等 洗濯代	負担なし
病院受診 お薬代金	別途必要
生活日用品等(出張販売)	別途必要
散髪代金	別途必要



皆様のご利用をお待ち
しております。
お気軽にご相談ください。



その他入所についてご不明な点や
詳細はお気軽にお問合せ下さい。

地域密着型介護老人福祉施設ヴィラー宮
担当 中原・森
TEL 0799-86-1811
FAX 0799-86-1002



重要事項説明書（介護予防・短期入所生活介護サービス）

あなたに対する居宅サービス提供にあたり、介護保険法第70条第1項の規定に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 幸仁会
主たる事業所の所在地	兵庫県淡路市高山甲430番地3
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長 武久 敬洋
電話番号	0799-86-0668

2. ご利用施設

事業所の名称	地域密着型老人福祉施設 ヴィラー宮
サービス種類	介護予防・短期入所生活介護サービス
事業所の所在地	兵庫県淡路市高山甲432番地3
介護保険事業者番号	2871600942
施設長の氏名	田中 陽治
電話番号	0799-86-1811
ファクシミリ番号	0799-86-1002
利用定員	空床型（20名）

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
地域密着型 介護老人福祉施設	平成20年4月1日	2891600062	20名

4. 事業所の目的と運営の方針

事業所の目的	可能な限りその居宅におい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、必要なケア及び機能訓練を行うことにより利用者の社会的孤立感の解消、及び心身の機能維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする
運営の方針	当サービスにあたっては、地域及び行政機関等との連携を密にして、家庭との結びつきを重視した運営を行う

5. 利用対象者

短期入所生活介護（介護予防）： 介護保険にて要支援、要介護と認定された方

6. 送迎の実施区域 淡路市

7. 事業所でのサービス

- 1 短期入所生活介護計画の立案
- 2 食事
- 3 入浴
- 4 生活全般の介護サービス
- 5 機能訓練（レクリエーション）
- 6 相談援助サービス

8. 事業所の人員配置と勤務体制

	基準人員数
施設長	1名
医師（非常勤）	1名
介護支援専門員	1名
看護職員	1名（常勤換算）
介護職員	6名（常勤換算）
栄養士又は管理栄養士	1名
生活相談員	1名

1 管理者【施設長】

管理者は理事長の命を受け職員を指揮監督して事業所の業務を統括し、運営管理に万全を期する。

2 医師

- （イ）利用者等の病状把握及び診療業務に関すること。
- （ロ）事業所療養全般に関すること。
- （ハ）利用者等の健康管理及び療養上の指導に関すること。

3 介護支援専門員

- （イ）短期入所生活介護計画の作成に関すること。
- （ロ）短期入所生活介護計画のモニタリングに関すること。
- （ハ）家族や地域全般との調整に関すること。

4 看護職員・介護職員

- （イ）医師の指導に従い利用者等に必要な医療措置を講ずること。
- （ロ）利用者等の保健衛生に関すること。
- （ハ）利用者の日常生活介護に関すること。

5 管理栄養士又は栄養士

- (イ) 給食の献立及び給食記録の作成に関すること。
- (ロ) 調理及び配膳に関すること。
- (ハ) 給食に関する事務。

6 生活相談員

- (イ) 生活上の相談に関すること。
- (ロ) 市町村との連絡調整に関すること。

当事業所の看護及び介護職員は必要に応じて下記の時間帯において勤務を遂行いたします。

早 出	8 : 0 0 ~ 1 6 : 3 0	1 人
日 勤	9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0	3 人
遅 出	1 1 : 0 0 ~ 1 9 : 3 0	1 人
夜 勤	1 7 : 0 0 ~ 9 : 3 0	1 人

9. 利用料について

短期入所生活介護サービスに対する利用料は、厚生労働省の定める基準に従うものとします。(別紙利用料表を参照)。厚生労働省の定める基準変更等に伴い、利用料が変更となる場合は利用者様に予め説明同意の上行います。(保険適用部分については、変更同意できない場合は利用者様から解約できるものとします。適用外部分の変更については1か月以上前に文章で連絡するものとします)。

10. お支払方法

毎月10日～15日に前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。支払方法は窓口支払い、口座引き落としまたは銀行振込でお支払いいただくようお願いいたします。

11. 利用の手続き

- ①当事業所の相談員・介護支援専門員により、利用相談を行います。
- ②必要書類(利用申込書、診療情報提供書等)を提出していただきます。
- ③利用者様及びご家族様と面談させていただきます。
- ④当事業所の施設長、看護師、介護福祉士、管理栄養士、生活相談員、介護支援専門員で利用判定を行います。
- ⑤後日、相談員・介護支援専門員より利用判定の結果等について連絡させていただきます。
- ⑥当事業所の利用にあたり、重要事項の説明に同意を頂いた上で、契約を締結致します。

12. 事業所利用にあたっての留意事項

食事	栄養管理を施した食事を提供致します。 食べ物の持ち込みは、健康管理及び感染予防上、原則禁止とさせていただきます。
面会時間	面会時間は午前9時から午後5時とします。 受付カウンターにある面会簿に必要事項を記入してください。
消灯時間	午後9時とします。
外出・外泊	各階詰所にお申し出下さい。 所定の届出書に記載頂き、許可により外出、外泊をしていただきます。
飲酒	栄養管理上、原則禁止とさせていただきます。
喫煙	健康管理上、原則禁止とさせていただきます。
火気の取り扱い	防火管理上、原則禁止とさせていただきます。
設備、備品の利用	本来の使用法に従ってご利用ください。 これに反した利用により破損等が生じた場合、弁償して頂く場合があります。
所持品・備品等の持ち込み	収納スペースに限りがある為、記名の上、必要最小限でお願いします。
金銭・貴重品管理	原則自己管理をして頂きます。 貴重品（現金、補聴器、眼鏡、貴金属、義歯など）の紛失については当施設での責任は負えません。
営利行為	他の入所者様にご迷惑がおよぶ行為、活動は一切禁止とさせていただきます。
宗教・政治活動	

13. 身体拘束

当事業所は、原則として利用者様に対し身体拘束は行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合、当事業所がその様態及び時間、その際の利用者様の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録するとともにご家族様にその旨を説明し同意を得ます。

14. 守秘義務の徹底

当事業所の職員は、業務上知り得た利用者様又はご家族様に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様とします。
ただし、介護保険サービスの為の市町村、居宅介護支援事業者、その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、医療機関への療養状況を提供する場合については、当事業所は利用者様及びご家族様から予め同意を得た上で行うこととします。

15. 個人情報の提供

次の様な状況の場合に、当事業所はその必要とする範囲内の個人情報の提供を行います。

- ①介護保険法令に従い、利用者様のサービス計画に基づくサービスを円滑に実施するために行うサービス担当者会議において利用する場合。
- ②利用者様が医療機関を受診する際、当該医療機関に対しての個人情報を提供する場合。
- ③契約終了によって、利用者様を他の施設へ紹介する等の援助を行う際、当該施設に対して個人情報を提供する場合

16. 苦情・相談等申出窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設相談窓口までお気軽にご相談、お申し出下さい。

受付窓口（担当者）

氏名 中原 資文 職名 生活相談員

電話番号 0799-86-1811

苦情解決責任者

氏名 田中 陽治 職名 施設長

第三者委員

① 氏名 笠木 トミエ ②氏名 中野 道子

受付時間： 毎週月曜日～金曜日 9：00～17：30

受付連絡先：0799-86-0668

第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。第三者委員を利用される方は、受付連絡先に連絡のうえ、その旨をお申し出ください。また、ご意見箱での受け付けもいたしておりますのでご利用下さい。責任をもって調査し、その処理の結果を相当の時期までにご本人に通知いたします。

【公的機関窓口】

○淡路市役所 長寿介護課介護保険係

所在地：兵庫県淡路市生穂新島8番地

電話番号：0799-64-2511 FAX：0799-64-2500

○兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

所在地：兵庫県神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号

電話番号：078-332-5617

17. 第三者による評価の実施状況

第三者による 評価の実施状況	1 あり	実施日	年 月 日
		評価期機関名称	
		結果の開示	
	②なし		

18. 協力医療機関

施設の名称	医療法人社団 淡路平成会 東浦平成病院
施設の所在地	兵庫県淡路市久留麻1867
電話番号	0799-74-0503
FAX	0799-75-2323

協力歯科医院

施設の名称	明石歯科医院
施設の所在地	兵庫県淡路市郡家86番地13
電話番号	0799-85-0201

施設の名称	げんつ歯科
施設の所在地	兵庫県淡路市郡家189番地3
電話番号	0799-85-2000

19. 事故発生時の対応

- ①施設は、利用者様がサービス利用中に事故（転倒による骨折や飲食中の誤嚥等）が発生した場合、指定された緊急連絡先に事故発生時の経過及び状況説明を行い、直ちに適切な対応を講じます。
- ②施設は、速やかに市町村に連絡し、その状況を記録します。
- ③施設は、利用者様に対する施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

20. 緊急時の対応

サービス提供中に病状が急変した場合は、応急処置を行うと共に速やかに家族、主治医、その他関係機関に連絡をとり対応します。（別紙参照）

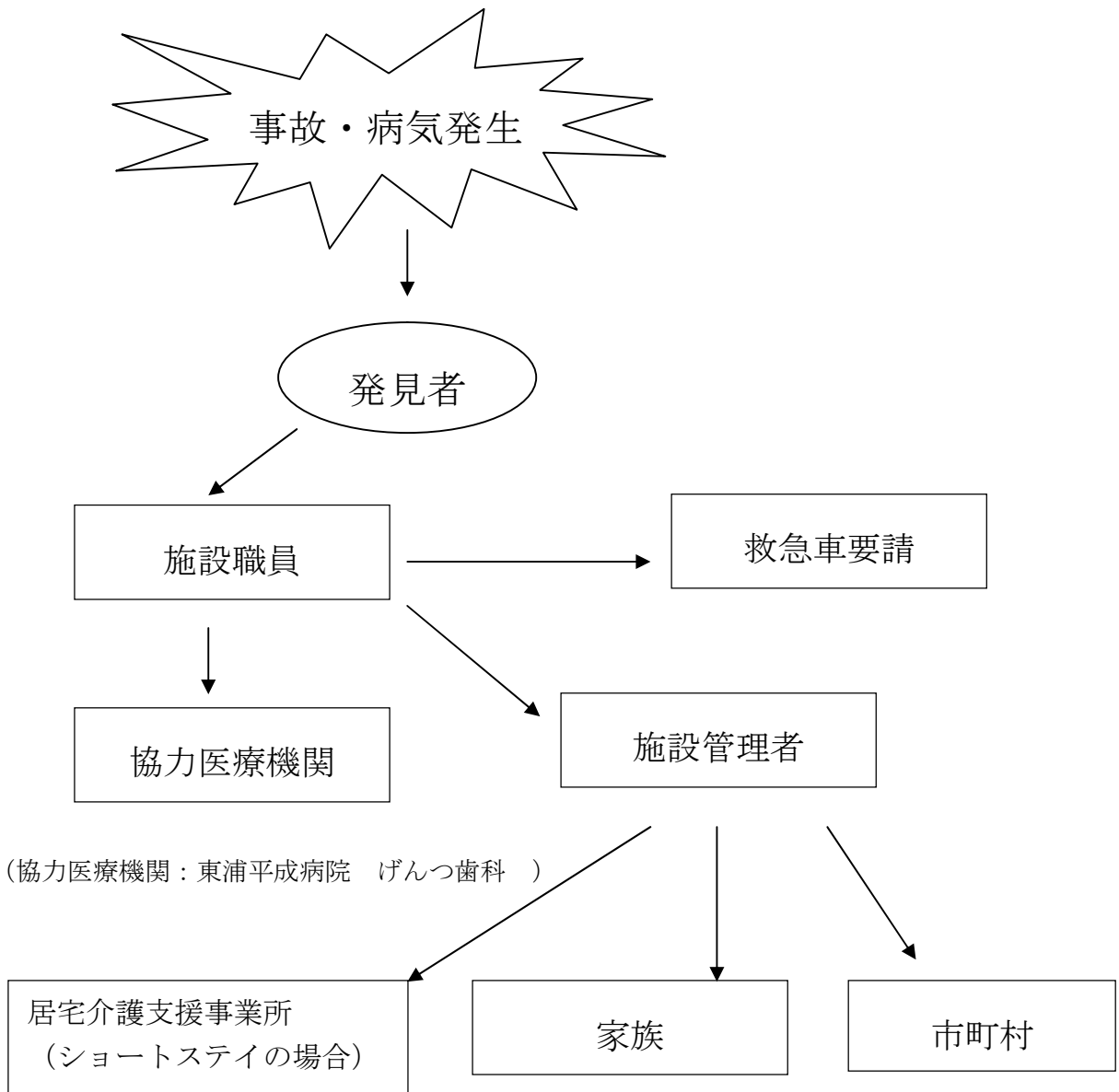
21. 災害発生時の対応

消防計画に基づき対応します。火災及び地震発生時のために、非常災害要因を決め、組織を編成し任務の遂行に当たります。

1年に2回防災訓練を実施します。

災害時マニュアルに従い、利用者の安全確保に努めます。

事故発生時の対応



利 用 料

(地域密着型介護老人福祉施設 短期入所生活介護 ヴィラー宮)

1 施設サービス費についての利用者負担は下表の通りです。

令和6年8月1日改定

併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護費Ⅰ / 併設型ユニット型短期入所生活介護費Ⅰ

要介護度	金額 (円/日)			要介護度	金額 (円/日)		
	30日まで	31～60日	61日以降		30日まで	31～60日	61日以降
要支援 1	529	503	503	要支援 2	656	623	623
要介護 1	704	674	670	要介護 2	772	742	740
要介護 3	847	817	815	要介護 4	918	888	886
要介護 5	987	957	955				

加算	金額	加算	金額
療養食加算	8 円/回	看護体制加算(Ⅰ)	4 円/日
日常生活継続支援加算	46 円/日	看護体制加算(Ⅱ)	8 円/日
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 円/日	医療連携強化加算	58 円/日
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 円/日	緊急短期入所受入加算	90 円/日
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6 円/日	介護送迎加算	184 円/日

※上記は1割負担の金額です。各保険者の介護保険負担割合証により利用者負担は1割～3割となります。

※介護職員等処遇改善加算Ⅰ：所定単位数(基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数)の14%を乗じた金額を頂きます。

2 食費について 1日 1445円 (朝食 481円 昼食 482円 夕食 482円)

(食費に関しては世帯の所得に応じて減額措置があります。下記を参照ください)

負担限度額		(単位:円/日)
食費	利用者負担第2段階	600
	利用者負担第3段階①	1000
	利用者負担第3段階②	1300

第2・3段階の方に関しては、行政からの補足給付を受けるものとする。

3 居住費について 1日 2066円

(居住費に関しては世帯の所得に応じて減額措置があります。下記を参照ください)

負担限度額		(単位:円/日)
居住費(滞在費)	利用者負担第2段階	880
	利用者負担第3段階①	1370
	利用者負担第3段階②	1370

第2・3段階の方に関しては、行政からの補足給付を受けるものとする。

4 理美容代等 実費

5 日用品代(トイレトペーパー、石鹸シャンプーなど)教養娯楽費(新聞、雑誌、BGM、遠足、お誕生会、イベント、各種レクリエーション等)につきましては、当施設では施設側が負担致しますので、利用者のご負担金は必要ありません。物品を指定される場合は、個人負担となります。

私は、本書面に基づいて、乙の職員から上記サービス内容と重要事項の説明を受けたことを確認
します。

年 月 日

(利用者 甲)

住 所

氏 名

印

(署名代行者)

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を行いました。

*この欄は、甲に意思能力が認められることを前提に、筆記能力のみが欠けている場合に署名の代行を明らかにするためのものです。

住 所

氏 名

印

署名を代行した理由

(身元引受人)

私は、重要事項につき説明をうけ、身元引受人の責任について理解しました。

住 所

氏 名

印

甲との続柄

電 話 番 号

(事業者 乙)

当施設は、甲の申し込みを受け、本重要事項に定める義務を誠実に履行します。

所 在 地 兵庫県淡路市高山甲 432 番地 3

名 称 社会福祉法人 幸仁会

代 表 者 理事長 武久 敬洋

印

電 話 番 号 0799-86-0668

F A X 0799-86-1002

(重要事項同意書説明者)

当職は、甲の申し込みを受け、甲又は甲の家族に対し、本重要事項について説明をしました。

住 所 兵庫県淡路市高山甲 432 番地 3

地域密着型介護老人福祉施設 ヴィラー宮

氏 名

印