指定短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所

リフレア聖一色ショートステイ

重要事項説明書

当事業所が提供する短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の内容に関し、利用者に説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者の概要

法人の名称	TOKAI ライフプラス株式会社
法人の所在地	静岡県静岡市葵区常磐町2丁目6番地の8
電話番号	054-273-4916
代表者	代表取締役 白幡 良明

事業所の名称	指定短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 リフレア聖一色ショートステイ
介護保険事業所番号	2274205711
指定年月日	平成24年5月1日
交通の便	静岡鉄道 静岡・清水線 草薙運動場前下車 徒歩7分
通常の実施地域	静岡県静岡市、葵区、駿河区、清水区全域
第三者評価の実施状況	実施状況無し

2. 事業者の職員の概要

従業者の職種	資格	人数	常勤		非常勤	
			専従	兼務	専従	兼務
管理者		1		1		
医師	医師	1			1	
生活相談員	社会福祉主事					
	介護福祉士	1	1			
看護職員	看護師	2	1		1	
機能訓練指導員	柔道整復師	3	1		2	
介護職員		13	11		2	
栄養士	管理栄養士	1				1

3. 介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護施設の概要

定員	単独型短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 <従来型個室> 定員40床
食堂及び機能訓練室	2階 60.749 m ² 3階 60.749 m ²
浴室	一般浴槽・特殊浴槽
その他の設備	事務室・面談室・医務室・静養室・厨房室・送迎車 居室（全室に個人用テレビ、エアコン、箆笥を設置）

4. サービスの提供時間

月・火・水・木・金・土・日	365日、24時間連絡可能
---------------	---------------

5. 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護施設の運営の方針

当事業所は、入浴や食事、機能訓練、各種レクリエーションなどのサービスを、提供する事により、利用者の心身機能の維持向上や孤立感の解消並びに利用者の家族の身体的精神的負担の軽減を図るものとする。

また、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携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

6. 利用料金

- (1) 当事業所の短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の提供（介護保険適用部分）に際し利用者が負担する利用料金は、原則として基本料金の1割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

	短期入所	サービス内容	単位数
基本 料 金	要介護 1	単独短期生活 I 1	645 単位/日
	要介護 2	単独短期生活 I 2	715 単位/日
	要介護 3	単独短期生活 I 3	787 単位/日
	要介護 4	単独短期生活 I 4	856 単位/日
	要介護 5	単独短期生活 I 5	926 単位/日
加 算	看護体制 I	短期生活看護体制加算 I	4 単位/日
	看護体制 II	短期生活看護体制加算 II	8 単位/日
	機能訓練体制	短期生活機能訓練体制加算	12 単位/日
	*1 個別機能訓練	短期生活個別機能訓練加算	56 単位/日
	*1 医療連携強化加算	短期生活医療連携強化加算	58 単位/日
	*2 緊急短期受入加算	短生緊急短期入所受入れ加算	90 単位/日
	*3 送 迎	短期入所生活介護送迎加算	184 単位(片道)
	生産性向上 II	短期生活生産性向上推進体制加算(II)	10 単位/月
	サービス提供体制	短期生活サービス提供体制強化加算 I	22 単位/日
	処 遇 改 善	短期生活処遇改善加算(I)	所定単位数に14.0%を乗じて加算/月

基本料金	短期入所	サービス内容	単位数
	要支援 1	予単独短期生活 I 1	479 単位/日
	要支援 2	予単独短期生活 I 2	596 単位/日
加算	機能訓練体制	予短期生活機能訓練体制加算	12 単位/日
	*1 個別機能訓練	予短期生活個別機能訓練加算	56 単位/日
	*3 送 迎	予短期入所生活介護送迎加算	184 単位(片道)
	生産性向上 II	予短期生活生産性向上推進体制加算(II)	10 単位/日
	サービス提供体制	予短期生活サービス提供体制強化加算 I	22 単位/日
	処 遇 改 善	予短期生活処遇改善加算(I)	所定単位数に 14.0%を乗じて加算/月

基本料金は、所定の単位数に 10、33円を乗じて得た額です。換算率（6級地）

- ・ 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」
(厚生労働省告示第19号) に規定される機能訓練指導、送迎を受けた場合は、上記の金額を負担していただきます。

(2) その他の費用

1. 通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要した費用は、次の額を負担していただきます。
 - ・ 通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道概ね5キロメートル未満 100円
 - ・ 通常の事業の実施地域を越えた地点から片道概ね5キロメートル以上又はその端数をますごとに 100円

実費ご負担分は下記の通りとなります。

要支援・要介護の方 共通

実 費 負 担 分 (税込)	
滞 在 費	3,500円/1日
食 費	2,140円/1日 (実食分のみ)
(内 訳)	朝食 400円
	昼食 770円
	おやつ 150円
	夕食 820円
そ の 他	洗濯サービス 500円/袋
	手ぶらセット 400円/日(選択)
	※希望されない場合は申し付け下さい。

(3) 料金の支払い方法

利用者が事業者を支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月15日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、27日までにお支払いください。支払方法は、口座自動引落とし、銀行振込、現金集金の中からご契約の際に選んでください。

(4) キャンセル料

利用者のご都合により当日の短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護をキャンセルした場合には、下記の料金を頂く場合がありますので、キャンセルする場合は、至急当事業者に連絡してください。

要支援・要介護の方 共通

ご利用日の前日の午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の当日午前9時00分までにご連絡いただいた場合	基本料金の50%
ご利用日の当日午前9時00分までにご連絡がなかった場合	基本料金の100%

(5) その他

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、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者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、静岡市の窓口へ提出して差額の払い戻しを受けてください。

7. サービスの利用方法

(1) 利用開始

- ・ 当事業者に電話でお申し込みください。当事業者の担当職員があなたのお宅に伺い、当事業者の短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の内容等について説明します。
- ・ この説明書により利用者からの同意を得た後、当事業者の管理者が短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護計画を作成・交付し、サービスの提供を開始します。
- ・ 利用者が居宅サービス計画(ケアプラン)・介護予防サービス計画書の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者・地域包括支援センターにご相談ください

(2) サービスの終了

ア 利用者のご都合でサービスを終了する場合

早急にお知らせください。

イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合はサービス終了日の30日前までに、文書により利用者に通知します。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ 利用者の要支援区分若しくは要介護区分が非該当(自立)と認定された場合
- ・ 利用者が亡くなったとき。

エ その他

- ・ 当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、利用者や利用者の家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこのサービスを終了することができます。
- ・ 利用者がサービスの利用料金を1ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、利用者が当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

8. サービス利用に当たっての留意事項

・体調の確認

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護にお見えになる日の朝、ご家族で体調の確認をお願いします。気になる事等がある時は、必ず職員にお伝えください。また、発熱等体調に異常がある時や病気の時は短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護のご利用はできません。

・利用時間の変更

サービス利用の変更は、ご利用予定日の前日までに事業者に出してください。

・設備、器具の利用

当事業者の設備、器具の利用に際しては、危険や事故防止のため職員の指示に従ってください。

・機能訓練の実施時には、機能訓練指導員の指示に従ってください。

9. サービスの内容

当事業者が利用者に提供するサービスは以下のとおりです。

内 容：	日常生活上の介護 食事サービス 入浴サービス 送迎 機能訓練 生活相談 その他の自立への支援
------	--

- ・ サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等についてあなたに分かりやすいように説明します。
- ・ サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に常に注意を払い、特に、利用者の身体に接触する設備・器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

10. 担当の職員

- ・ 職員は常に身分証明書を携行しているので、必要な場合は掲示をお求めください。
- ・ 利用者は、いつでも担当の短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護従業者の変更を申出ることができます。
(これを拒む正当な理由がない限り、事業者は変更の申出に応じます。)
- ・ 当事業者は利用者の担当の短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護従業者が退職する等正当な理由がある時に限り、担当の短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護従業者を変更することができます。

11. 緊急時の対応方法

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の提供時に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに利用者の主治医又はご家族に速やかに連絡を取るなど必要な措置を講じ、救急搬送等の処置も実施します。

12. 非常災害対策

非常時の対応	第一にご利用者の安全を確保して、一次避難地（東豊田小学校など）に避難します。
近隣との協力関係	地域の防災訓練等に積極的に参加し、非常時の協力体制を確保、整備しています。
防災設備	ガス警報機、消火器、を設置してあります。 災害に備えての準備品 ①非常食料、飲料水 ②懐中電灯、トランジスターラジオ ③緊急医療品 ④毛布
平常時の防災訓練	年二回以上の避難、防災訓練を実施します。
防火・防災計画	防火管理者：防災担当職員 防火責任者：施設長 内 容：目的、管理組織、管理者・責任者の任務、訓練、準備品等

13. 苦情処理

利用者は、当事業者の短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の提供について、いつでも苦情を申立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇をうけません。

14. 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制及び手順

- 苦情があった場合は、直ちに利用者側と連絡を取り、直接利用者宅に行くなどして事情を聞き苦情内容の確認をする。
- 担当者は、苦情の内容を管理者に報告する。
- 管理者は、担当者及び他の従事者を加え、苦情処理に向けた検討会議を行う。
- 検討会議の結果をもとに処理結果をまとめ、管理者は原則として必ず翌日までに具体的な対応を指示する。
- 苦情処理結果記録を台帳記載し、再発防止に役立てる。
- 事業者は、当該苦情に関し、区が行う文書その他の物件の提出・提示の求め又は当該区職員からの質問・照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市等が行う調査に協力するとともに、市等から指導助言があった場合には、必要な改善を行う。また、市等から求められた場合には改善の内容を報告する。
- 事業者は、当該苦情に関して、国民健康保険団体連合会が介護保険法に基づき行う調査に協力するとともに、連合会から求められた場合には改善の内容を報告します。

苦情相談窓口 担 当：生活相談員 電話番号： 054-264-2505

その他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申立てることができます。

静岡市役所介護保険課	担当窓口	介護保険担当
	電話番号	(054) - 221 - 1088
国民健康保険団体連合会	担当窓口	介護担当窓口
	電話番号	(054) - 253 - 5590

15. 事故発生時の対応方法

- 事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じられるよう、あらかじめ関係機関との対応方法を定め、関係機関に周知して協力を依頼します。

16. 送迎について

- 1) 原則として、玄関の中までのお迎え・玄関の中までのお送りをいたします。
身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人・ご家族様と話し合いを行い、当施設で提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。
- 2) 季節により、暑かったり寒かったりと、身体に及ぼす影響は様々です。
自宅の中でお待ちいただきます。
- 3) お迎えの時間を、書面または電話にて連絡します。
しかしながら、交通事情等で、到着時間が前後することもございますこと、ご容赦くださいませ。
- 4) 乗車中は、全座席シートベルトを必ず着用してください。
- 5) 送迎職員到着後、体調不良等を除き、準備等ができていない場合は、長時間待つことはできません。
他の利用者様にもご迷惑をかけてしまうこととなります。送迎の対応ができなくなる場合もあります。
スムーズで安全な送迎を行うために、お迎えの時間を書面にてお伝えしております。
その点をご理解くださり、ご本人・ご家族のご協力をお願いします。

年 月 日

指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項等の説明を行いました。

説明者

印