指定短期入所生活介護・介護予防生活介護事業所

ル・リアンふかみ　重要事項説明書

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護のサービス提供の開始にあたり、厚生省令第38号第4条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

（令和7年4月1日現在）

1. 事業所の概要

事業所名	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護　ル・リアンふかみ
所在地	神奈川県大和市深見2106-1
事業者指定番号	1473001939
管理者・連絡先	小泉　昇 電話　046-200-3366
サービス地域	大和市・綾瀬市・座間市一部（広野台、小松原、栗原、ひばりが丘、東原、さがみ野）・横浜市瀬谷区及び横浜市泉区一部（上飯田町）・藤沢市一部（長後）

事業の目的及び運営方針

事業の目的	事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、利用者が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に本契約書に定める短期入所生活介護および介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。
運営方針	１　利用者1人1人の意思及び人格を尊重し、利用前の居室における生活と利用中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することにより、利用者の心身の機能の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。 ２　事業の実施に当たっては、市町村、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、その他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

2. 事業所の職員体制

職種	従事するサービス種類・業務	人員
施設長 （管理者）	施設長は、業務の管理を一元的に行います。	1名（常勤兼務）
総務課長	総務課長は事務員及び事務の管理を一元的に行う。	1名（常勤兼務）
生活相談員	生活相談員は、利用者やその家族からの相談に応じるとともに、利用の申し込みに係わる調整や施設サービス計画の作成を行います。また必要に応じて利用者への説明を行います。	2名（常勤兼務）
介護職員	介護職員は排泄・食事・歩行介助等を行います。	14名（常勤・非専従） 6名（非常勤・非専従）
介護支援専門員	施設サービス計画の作成を行います。	1名（常勤兼務）
機能訓練指導員	機能訓練指導員は、機能訓練プログラムを作成し、利用者に対し必要な指導を行います。	1名（常勤兼務）
医師	医師は、利用者の健康管理に当たります。	2名（嘱託）
看護職員	看護職員は利用者の健康管理に当たります。	2名(常勤・兼務) 6名(非常勤・専従)
管理栄養士	管理栄養士は、栄養ケア計画書を作成し、利用者に適した食事の提供を行います。	1名(常勤・兼務)
事務員	事務員は必要な事務を行います。	3名(常勤・兼務)
宿直職員	宿直職員は、施設の宿直及びを行います。	3名(常勤・兼務)

3. 業務日及び業務時間

業務日	業務時間
365日	サービス提供時間は24時間、但しサービスの連絡調整時間は原則として午前9時～午後5時までとさせていただきます。
入退所時間	原則、利用開始日は午前10時以降に入所し、利用終了日の午後4時までに退所するものとします。※上記以外はご相談ください。 ※ご希望に添えない場合もありますので、ご了承下さい。

4. サービス内容

・施設サービス計画の作成
・生活相談援助等
・機能訓練（日常動作訓練）
・介護サービス（移乗、移動、排泄の介助、見守り等）
・健康管理
・入浴（週2回を基本とし、2回以上ついては施設サービス計画に応じ行います。）
・給食、お茶菓子（嗜好にできるだけ配慮いたしますが、基本額以上のご要望につ

いては自己負担していただく場合があります）

5. 利用者負担

利用者の方からいただく利用者負担金は、次表のとおりです。疑問点等があれば、お尋ね下さい。

※介護報酬に係る費用（介護保険法定代理受領サービスに係る負担分）

（1）短期入所生活介護

基本単位

要介護区分	基本単位（1日）	自己負担額（1日あたり）		
		負担割合1割	**負担割合2割**	**負担割合3割**
要介護1	704単位	742円	1,485円	2,228円
要介護2	772単位	814円	1,628円	2,443円
要介護3	847単位	893円	1,787円	2,680円
要介護4	918単位	968円	1,936円	2,905円
要介護5	987単位	1,041円	2,082円	3,123円

(2)介護予防短期入所生活介護

基本単位

要支援区分	基本単位（1日）	自己負担額（1日あたり）		
		負担割合1割	**負担割合2割**	**負担割合3割**
要支援1	529単位	558円	1,116円	1,674円
要支援2	656単位	692円	1,384円	2,076円

(3)加算単位

加算名	加算単位	自己負担額（1日あたり）			備考
		負担1割	**負担2割**	**負担3割**	
看護体制加算Ⅱ	8単位	8円	16円	25円	**24時間の看護体制に関する加算**
送迎加算	184単位	194円	388円	582円	**片道ごとの算定**
療養食加算（1食につき）	8単位	8円	16円	25円	**医師が発行する食事箋に基づき、療養食の提供を受けている場合**
夜勤職員配置加算Ⅱ	18単位	19円	38円	57円	**夜間体制に関する加算**
若年性認知症利用者受入加算	120単位	126円	253円	379円	**初老期認知症利用者の受け入れに関する加算**
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位	19円	38円	57円	**介護職員のうち介護福祉士の割合が60％以上を満たしている場合**
介護職員	14%	**当月施設ご利用単位数の14%分の単位の1割・2割・3割負担**			

処遇改善加算Ⅰ		

(4)諸費用

※所得により負担の軽減があります。介護保険負担限度額認定証のコピーをご用意ください。

滞在費	第4段階　2,370円	
	第3段階　1,370円	
	第2段階　880円	
	第1段階　880円	
食費	第4段階　1,600円	【内訳】 朝食　470円 昼食　570円 夕食　560円
	第3段階②　1,300円	
	第3段階①　1,000円	
	第2段階　600円	
	第1段階　300円	

(5)その他、利用者の希望で提供するもの

項目	金額	備考
理美容代	実費	各種ﾒﾆｭｰあります。（要予約）
日用品費	実費	定期的に使用する日用品以外 （例：ｼｬﾝﾌﾟｰ等の銘柄指定）
コピー代・写真代 （1枚当たり）	白黒：10円　ｶﾗｰ：50円 写真代Ｌ版：20円	
ｱｸﾃｨﾋﾞﾃｨ材料費	実費	
嗜好飲料代	1日　50円	希望に応じた食事・おやつ以外の飲料代として。

(6)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）

その他の衣類（下着、寝間着、パジャマ、上着類）は利用者負担。オムツ、寝具等は無料。（ご用意いただく必要はありません）

(7)支払方法

※ 利用者負担金は、下記の方法によりお支払いいただきますようお願いします。

・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。）

・事業者は、当月の料金の合計額の請求額を翌月20日までに利用者に通知します。

・当月の利用の合計額を翌月27日までに（浜銀ファイナンス口座自動振替の方法で）お支払ください。契約時期によっては初回の請求は振込の場合があります。

・事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収書を発行します。

6. サービス利用にあたっての留意点

※詳細は契約書別紙1に記載されています。

(1)面会時間

基本時間：午前 9：00～午後 7：00 まで。それ以外はご相談ください。

(2)持込の食べ物について

間食の持ち込みは、1 回に摂取できる程度でお願いいたします。飲食物について、持ち込みは可能ですが食中毒などの防止のため、必ずスタッフにお伝えください。

サービス項目	金額	内容の説明
買物	買い物希望の品代　実費	物品の買い物を希望の場合
業者洗濯代金	ドライクリーニング代金自費	個別に外部のクリーニング店で頼んで行う洗濯
その他の実費	実費	新聞や雑誌などの個人購入

(3)金銭、貴重品の管理

金品の所持は紛失等のトラブル回避の為、なるべくご遠慮いただいております。また、やむを得ない場合を除き、金銭管理の代行は致しかねます。金銭については必要に応じご家族様に確認し、立て替えさせていただき、次月の請求にあげさせて頂きます。また、利用者様同士の金銭の貸し借りについてもトラブルの原因となりますのでご遠慮ください。

(4)外出、外泊

施設サービス計画により職員や外出ボランティアの付き添いで外出する場合もありますが、原則としてご家族様の付き添いをお願いいたします。

(5)飲酒・喫煙

敷地内は禁煙となっています。飲酒については医師の許可または契約書別紙１に基づき特別な場合のみとなっています。

(6)所持品の持ち込み

ご自宅で使いなれた品物を持ち込み可能です。但し、特別大きい物多量な物はご遠慮ください。火気、危険物はおことわりいたします。

7. 緊急時の対応方法

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、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

緊急連絡先	① 氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄：＿＿＿ 住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 連絡先：（自宅）＿＿＿＿＿＿＿＿（携帯）＿＿＿＿＿＿＿＿
	② 氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄：＿＿＿ 住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 連絡先：（自宅）＿＿＿＿＿＿＿＿（携帯）＿＿＿＿＿＿＿＿
	③ 氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄：＿＿＿ 住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 連絡先：（自宅）＿＿＿＿＿＿＿＿（携帯）＿＿＿＿＿＿＿＿

8. 協力病院等

名称	桜ヶ丘中央病院
所在地	神奈川県大和市福田1-7-1
診療科目	内科/外科/整形外科/眼科/皮膚科/小児科/脳神経外科

9. 非常災害対策

消防計画書に防災管理についての必要事項を定め、火災、地震その他の災害の予防と人命の安全、被害の軽減を図ることとします。

10. 相談窓口、苦情対応

(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。

相談窓口	電 話 番 号：046-200-3366 ＦＡＸ番号：046-200-3367 担　当　者：人見　伸吾、土屋　元一、 山田　健一郎 対 応 時 間：午前 9：00～午後 5：00

(2)次の機関においても苦情申し出等ができます。

大和市　介護保険課	電 話 番 号：　046-260-5170
綾瀬市　高齢介護課	電 話 番 号：　0467-70-5636
座間市　介護保険課	電 話 番 号：　046-252-7719
横浜市瀬谷区　高齢・障害支援課	電 話 番 号：　045-367-5714
横浜市泉区　高齢・障害支援課	電 話 番 号：　045-800-2436
藤沢市　介護保険課	電 話 番 号：　0466-50-3527
神奈川県国民健康保険団体連合会	神奈川県横浜市西区楠町27-1 電 話 番 号　：　045-329-3400 受 付 時 間　：　午前9：00～午後5：00
※住所地保険者	電 話 番 号：

11. 秘密保持

事業所及びその従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します

12. 苦情処理第三者委員

第三者苦情処理委員	社会福祉法人　大和しらかし会 大和市障害福祉センター松風園　　目黒　裕
住　　所	神奈川県大和市西鶴間2-24-1
電　話　番　号	046-274-2426
ＦＡＸ　番　号	046-276-9049
受　付　時　間	9:00～17:00

第三者苦情処理委員	根岸　美穂
役　　職	厚木市・海老名市市民活動相談員

第三者苦情処理委員	赤坂　真生

役　　職	特定非営利活動法人　介護の会まつなみ　副理事長

13. 相談窓口

苦情応当事業所のサービスに関する相談、苦情については、次の窓口で対応いたします。

電　話　番　号	046-200-3366
ＦＡＸ　番　号	046-220-3367
担　当　者	小泉　昇
その他相談・苦情については、担当者、管理者及び生活相談員が対応します。不在の場合でも、応対した者が必ず「苦情相談記録表」を作成し、担当者、管理者及び生活相談員に引き継ぎます。	

※法律等の改正によって利用料金などの変更があった場合には、その法律に準じて改正させていただきます。

【説明確認欄】

サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を交付し、説明しました。

令　和＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

事業者所在地　　神奈川県大和市深見2106-1

名称　　短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護ル・リアンふかみ

説明職員　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

サービス契約の締結にあたり、重要事項の説明を受け同意し、交付を受けました。

利用者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

連帯保証人（家族等）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続　　柄＿＿＿＿＿＿