

短期入所生活介護
介護予防短期入所生活介護
重要事項説明書

< 令和7年4月1日現在 >

様

株式会社オリジン

ショートステイフラワーサーチ

《 愛知県指定 2372002002 号 》

短期入所生活介護・介護予防短期入所介護重要事項説明

< 令和7年4月1日現在 >

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 0532-65-2121(午前9時～午後5時まで)

担当 石川 健司(いしかわ けんじ)

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. ショートステイフラワーサーチの概要

(1) 提供サービスの種類と地域

| | |
|----------|--|
| 名称 | ショートステイフラワーサーチ |
| 所在地 | 愛知県 豊橋市 東高田町 670番地 |
| 介護保険指定番号 | 短期入所生活介護 (愛知県2372002002号) |
| 定休日 | 年中無休 |
| サービス提供地域 | 豊橋市・湖西市・田原市 *上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。 |

| | |
|----------|--|
| 名称 | ショートステイフラワーサーチ |
| 所在地 | 愛知県 豊橋市 東高田町 670番地 |
| 介護保険指定番号 | 介護予防短期入所生活介護 (愛知県2372002002号) |
| 定休日 | 年中無休 |
| サービス提供地域 | 豊橋市・湖西市・田原市 *上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。 |

(2) 当事業所のサービス提供体制(人員)

| 名称 | 資格 | 常勤 | 非常勤 | 業務内容 | 計 |
|---------|--------|----|-----|---------------|----|
| 管理者 | | 1名 | | 通所介護・訪問介護と兼務 | 1名 |
| 医師 | 医師 | | 1名 | 健康管理等 | 1名 |
| 生活相談員 | 介護福祉士 | 2名 | | 相談援助等 | 2名 |
| 栄養士 | 管理栄養士 | 1名 | | 栄養管理等 | 1名 |
| 機能訓練指導員 | 看護師 | 6名 | | 機能訓練の提供 | 6名 |
| 事務職員 | | 1名 | | 通所介護と兼務 | 1名 |
| 従業者 | 看護師 | 6名 | | 健康管理等・訪問看護と兼務 | 6名 |
| | 介護福祉士 | 8名 | | 介護業務 | 8名 |
| | 介護スタッフ | 9名 | | 介護業務 | 9名 |

*短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護の提供を行いません。

(3) 当事業所の設備の概要

| | | | |
|----------|-----------------|------|-------|
| 定員 | 20名(1ユニット10名×2) | 静養室 | 1室 2床 |
| 居室(全室個室) | 20室 (10.8㎡) | 相談室 | 1室 |
| 浴室 | 一般浴槽と特殊浴槽があります。 | 医務室 | 1室 |
| | | 居間食堂 | 2室 |

*当事業所の設備、定員は短期入所生活介護と介護予防を含めます。

3. サービス内容

居宅サービス計画書に沿って短期入所生活介護を、介護予防サービス計画書に沿って介護予防短期入所生活を提供します。

11. 個人情報について

- ① 事業者及びサービス従事者又は従業員は、短期入所生活介護サービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。
- ② 利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- ③ 前②項にかかわらず、利用者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、同意を得た上で、利用者又は家族等の個人情報をを用いることができるものとします。
- ④ 個人情報をを用いる期間は、当事業所を利用している期間中とします。

12. 損害賠償について

契約書第5章に基づき実施します。
当事業所は株式会社損害保険ジャパンの「しせつの損害補償」に加入しています。

14. 事故発生時の対応

・利用中に事故が発生した場合は、東三河広域連合、当該利用者様のご家族、当該利用者様に係る居宅介護支援事業者様に連絡を行うと共に、必要に応じた措置を講じます。

15. その他お願い

・活動の様子を映像や記録に残したいと思えます。ご同意いただける箇所にチェックを入れてください。

事業所内で活動時の写真や作品を掲示、展示しても良い

16. 第三者評価は実施していません。

重要事項説明書 同意書

令和 年 月 日

ショートステイサービス提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて

重要な事項を説明し同意を得ました。

事業者
所在地 豊橋市東高田町670
名称 株式会社 オリジン 印
事業所 説明者 所属 ショートステイフラワーサーチ
氏名 印

私は、契約書および本書面により、事業者からショートステイについての重要事項の説明をうけ同意します。

利用者 住所
氏名 印
(家族・代理人) 住所
続柄 () 氏名 印

| 項目 | 内容 |
|--------------|---|
| ① 食事 | 利用者の嗜好や健康を考慮して、食事の準備、提供及び身体機能に応じた援助、介助をします。 |
| ② 入浴 | プライバシーに配慮し、健康状態等に応じて援助、介助します。 |
| ③ 日常生活上の機能訓練 | 居宅サービス計画等と利用者のニーズ沿って日常生活上の機能訓練を提供します。 |
| ⑤ 排泄介助 | プライバシーに配慮し、身体機能に応じて援助、介助します。 |
| ⑥ 健康チェック | 一般状態の確認をします。 |
| ⑦ 送迎 | 利用者の希望により実施します。(時間帯は相談による) |
| ⑧ 生活相談 | 介護に係る相談、提案、助言等に対応します。 |

4. 料金

(1) 利用料金

① 短期入所生活介護利用料金

*単位=10.17円

| 介護度 | 1日あたりの利用料金《単位》 | | | 1日あたりのサービス提供体制料金《単位》 | | | 1日あたりの看護職員体制加算Ⅱ料金《単位》 | | | 一日の利用単位+加算単位合計 | | |
|----------------|----------------|--------------|------|----------------------|------------|------|-----------------------|------------|----|----------------|-----|------|
| | 基本 | 介護保険適用 1割 | 2割 | 基本 | 保険適用 1割 | 2割 | 基本 | 保険適用 1割 | 2割 | 基本 | 1割 | 2割 |
| 要支援1 | 561 | 561 | 1122 | 220 | 22 | 44 | 80 | 8 | 16 | 583 | 583 | 1166 |
| 要支援2 | 681 | 681 | 1362 | | | | | | | 703 | 703 | 1406 |
| 要介護1 | 746 | 746 | 1492 | | | | | | | 776 | 776 | 1552 |
| 要介護2 | 815 | 815 | 1630 | | | | | | | 845 | 845 | 1690 |
| 要介護3 | 891 | 891 | 1782 | | | | | | | 921 | 921 | 1842 |
| 要介護4 | 959 | 959 | 1918 | 989 | 989 | 1978 | | | | | | |
| 要介護5 | 1028 | 1028 | 2056 | 1058 | 1058 | 2116 | | | | | | |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | | | | 別途・月の利用合計の14.0%相当 | | | | | | | | |

② 前項①以外の1日あたりの実費負担

| 費用区分 | 費用の額 | | | | | | | |
|-------------------------|--------------------|--------|---------------------------------------|------|-------|--------|-------|--------|
| 滞在に要する費用 (ユニット型全室個室) | 標準負担 | ¥2,006 | | | | | | |
| | 限度額認定者 | 第1段階 | ¥880 | | | | | |
| | | 第2段階 | ¥880 | | | | | |
| | | 第3段階① | ¥1,370 | | | | | |
| | | 第3段階② | ¥1,370 | | | | | |
| 食事に要する費用 (おやつ代含む) | 朝食 | ¥560 | | | | | | |
| | 昼食(おやつ) | ¥1,020 | | | | | | |
| | 夕食 | ¥750 | | | | | | |
| 限度額認定者 | 第1段階 | ¥300 | 第2段階 | ¥600 | 第3段階① | ¥1,000 | 第3段階② | ¥1,300 |
| 洗濯サービス | 洗濯を希望される方はご相談承ります。 | | 洗濯対象: 肌着・下着・パジャマ・タオル(上着・ズボン洗濯できるもののみ) | | | | | |

TVレンタルを希望する。 ¥200/日

③ その他任意での以来や入所条件により発生する費用

| 送迎に要する費用 | 184単位 | 保険適用時(1割)184単位 (2割)368単位 |
|-----------------|------------|--------------------------|
| 認知症行動心理症状緊急受入加算 | 医師の判断による場合 | 2000単位 |
| | | 保険適用時(1割)200単位 (2割)400単位 |

④ 上記の他、教養娯楽の材料費や特別な希望にかかる食事の提供等は自己負担になります。

(2) キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

| | |
|------------------------------|----------------|
| ① ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ② ご利用日の前営業日午後5時以降にご連絡いただいた場合 | 利用料の10%と食費・滞在費 |

*ご利用日が月曜日または休前日の場合ご注意ください。

*ご本人様の健康上の理由等による場合はこの限りではありません。

(3) 料金のお支払方法

- ① 当事業所は、利用者及び契約者が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を毎月15日過ぎに発送し、利用者及び契約者は連帯して当事業所に対し当該合計額をその月の26日までに支払うものとします。
- ② 口座引き落とし提携業者からの受領確認に関し、引き落としの場合は通帳確認を持って受領確認とさせていただきます。
- ③ 請求書・領収書等の再発行については1通につき別途¥1100円(税込)頂きます。
- ④ お支払方法は原則、利用者又は契約者から指定された口座からの自動引き落としとなります。
- ⑤ 事情により前項③ができない場合は、事業所窓口での支払い又は下記金融機関への振込みでも対応します。サービス開始時にご相談ください。

*利用料金振込み一覧



5. サービスの利用にあたって

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

※ 介護予防サービス計画の作成を依頼している場合は、事前地域包括支援センターとご相談ください。

(2) サービスの終了

契約書第6章に基づき実施します。

(3) サービス利用にあたっての留意事項

- ① 送迎時間は予め、ご利用者の要望をお聞きした上、当事業所で決めさせていただきます。道路事情等により、送迎時間が多少前後したり、変更をお願いすることもあります。
- ② 体調不良等でサービスの提供に支障があると判断された場合、サービスの提供を中止します。その際には速やかにご家族又は契約者にご連絡いたします。
- ③ 大規模災害が予測される状態にある場合に事業所の判断にてサービスの提供を中止します。その際には速やかにご家族又は契約者にご連絡いたします。
(例:東海地震観測情報、竜巻注意情報、土砂災害発生注意情報等)

- ④ 服装等は活動し易い服装でご参加下さい。上履き・着替え等のご持参下さい。
- ⑤ 金銭、貴重品の紛失、盗難に関しまして一切責任を負いません。できるだけ所持しないようにお願いします。やむを得ない場合は、ご本人様が確実に管理してください。
- ⑥ 火気、危険物の持ち込み、ペットの同伴は禁止します。
- ⑦ 施設内は禁煙となっております。煙草の持ち込みはご遠慮ください。
- ⑧ 共有の設備は他の迷惑にならないようにご利用ください。
- ⑨ 洗濯サービスを希望される方へ洗濯物は、色落ちや縮んでしまっても一切保証しかねます。

6. ショートステイフラワーサーチの運営の目的と方針

・事業所の生活相談員等は、要介護者等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いとなむことができるよう、必要な日常生活上の世話、機能訓練の援助を行うことにより、利用者の社会的孤独感の解消及び心身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。

・事業の実施に当たっては、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。

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

8. 非常災害対策

事業所では防火管理者を中心に非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えるため定期的に避難・救出訓練を行ないます。

- ・防災訓練 年2回実施
- ・防火管理者 天野 肇士(あまの ただし)

9. サービス内容に関する相談・苦情及びキャンセルの連絡先

- ① 当施設ご利用者相談・苦情担当
担当 マネージャー 石川 健司(いしかわ けんじ)
電話 0532-65-2121

- ② その他
当施設以外に、県区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

- イ) 東三河広域連合 介護保険課 事業グループ
豊橋市八町通二丁目16番地 電話 0532-26-8471
- ロ) 国民健康保険連合会 電話 052-962-1308

10. 当社の概要

| | | |
|-------------|--------------|----------------|
| 名称・法人種別・代表者 | 株式会社 オリジン | 代表 元吉伸幸 |
| 本部所在地・電話番号 | 豊橋市東高田町670番地 | 電話0532-65-2121 |
| 施設・拠点等 | | |

| | | | |
|--------------------------|-----|------------------|-----|
| ショートステイフラワーサーチ | 1ヶ所 | フラワーサーチグッドリハ 鶴舞 | 1ヶ所 |
| デイサービスフラワーサーチ | 1ヶ所 | フラワーサーチグッドリハ 徳川 | 1ヶ所 |
| グループホームフラワーサーチ | 1ヶ所 | フラワーサーチグッドリハ 新守山 | 1ヶ所 |
| 居宅介護支援事業所フラワーサーチ | 1ヶ所 | 訪問介護フラワーサーチ | 1ヶ所 |
| 住宅型有料老人ホーム・フラワーサーチ ラヴィアン | 1ヶ所 | 訪問看護フラワーサーチ | 1ヶ所 |
| デイサービスフラワーサーチ はた楽でい | 1ヶ所 | | |
| 介護付き有料老人ホーム フLOWERサーチ 大月 | 1ヶ所 | | |

