

重要事項説明書

アザレアンさなだ 短期入所生活介護

【アザレアンさなだ短期入所・介護予防短期入所生活介護重要事項説明書】

1 運営の方針

利用者が障害や疾病などで要介護状態等になった場合においても、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、入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、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ものとします。

2 運営法人

法人名	社会福祉法人 恵仁福祉協会
法人所在地	長野県上田市真田町長7141番地1
代表者	理事長 小林 彰
電話番号	0268-72-2781
設立年月	平成4年4月13日

3 事業所の概要

名称	アザレアンさなだ 短期入所・介護予防短期入所生活介護
所在地	長野県上田市真田町長7141番地1
介護保険指定番号	指定介護老人福祉施設 2072200195
電話・FAX番号	TEL 0268-72-2781 fax 0268-72-4702
管理者	永井悦子
サービスを提供する通常の範囲	上田市真田町全域 上記以外の方でもご希望によりご利用できます
開設年月日	平成5年4月1日
定員	21人

設備の概要

居室	従来型個室	16室	個室（1人部屋）
	多床室	8室	2人部屋
	多床室	5室	4人部屋
食堂		1室	
機能訓練室		1室	
浴室		1室	一般浴・機械浴（寝浴）個別浴あり
医務室		1室	
その他の設備	設備としてその他に、相談室・静養室・洗面所及び便所・洗濯室・調理室・介護材料室等をあります。		

- ・入居される居室は、従来型個室と多床室となります。ご希望される居室についてはその旨お申し出下さい。(但し、利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望にそえない場合もあります。)
- ・利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4 職員体制

職種	業務内容	人数
管理者	業務の一元的な管理	1名(兼務)
生活相談員	生活相談	1名以上(兼務)
介護職員	介護業務	7名以上(兼務)
看護職員	心身の健康管理・保健衛生管理	1名以上
機能訓練指導員	機能改善とその減退の防止	1名以上
医師	健康管理・療養上の指導	1名(嘱託)
栄養士	献立作成、栄養指導等	1名以上(兼務)
事務員	会計、庶務の事務処理	1名以上(兼務)
介護支援専門員	介護サービス計画の作成・生活相談	1名以上(兼務)

5 サービス内容

(1) 基本サービス

項目	内容
介護計画の立案	利用期間が4日間以上の場合、利用者の抱えている問題点等を明らかにし、課題分析をして自立した日常生活が過ごせるように短期(長期)の介護計画を作成し、その内容を利用者及びご家族の説明し同意を得ます。
食事	栄養士の立てる献立により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。また、食事を摂る場所は選ぶことができます。 ・朝食(7:30~9:30) ・昼食(11:30~13:30) ・夕食(18:00~20:00) 上記は目安の時間ですが利用者にあわせて提供します。
入浴	入浴を週2回以上おこないます。但し、利用者の体調等により回数減又は清拭等となる場合があります。
介護	介護計画に基づいて着替え、整容、食事、入浴、排泄の介助等を入居者の意思及び人格を尊重してその方の立場に立ち、また居宅における生活への復帰を念頭におき、利用者が有する能力に応じ自立した日常生活が営めるような介護を行います。
機能訓練	日常生活動作の維持又は向上を日ごろの生活の中で実施します。

健康管理	看護職員が健康管理を行います。また、利用中の発熱、外傷等による医療機関の受診は基本のご家族に対応させていただきます。
生活相談	利用者の置かれている環境を的確に捉えて、生活相談員をはじめ職員が日常生活に関することなどの相談に応じます。
送迎	送迎を必要とする利用者については、専用車両により送迎を行います。また、必要に応じて昇降及び移動の介助を行います。 送迎時間： 9:00 から 16:00 となります（その他の時間はお相談ください）
自立への支援	寝たきり防止のためできる限り離床に配慮します。 生活リズムを考え毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 清潔で快適な生活が送れるよう適切な整容が行われるよう援助します。

（２） その他のサービス

項目	サービス内容
理容	理容サービス：月に1回理容師の出張による理髪サービスを利用できます。 訪問理容サービスは個別での依頼で利用できます。
所持品保管管理	利用者の希望により次の所持品等についての保管管理を行います ・入居生活上必要な身のまわりのもの
レクリエーション・クラブ活動	利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。施設内に教養娯楽設備を設け適時レクリエーション、行事、クラブ活動などを行います。別途材料費等の実費をいただく場合があります。

5 利用料金とお支払い方法

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

《アザレアさなだ短期入所生活介護 事業所番号 2072200195》

□介護報酬告示額

(1) 基本料金

多床室の場合 (1日あたり)

(1単位=10円)

利用者の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1 利用者負担額	603 単位	672 単位	745 単位	815 単位	884 単位
2 居室に係る利用者負担額	915 円				
3 食事に係る利用者負担額	1500 円				
4 その他の利用者負担額	200 円 (嗜好品代)				
5 利用者負担額合計	円	円	円	円	円

従来型個室の場合 (1日あたり)

(1単位=10円)

利用者の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1 利用者負担額	603 単位	672 単位	745 単位	815 単位	884 単位
2 居室に係る利用者負担額	1231 円				
3 食事に係る利用者負担額	1500 円				
4 その他の利用者負担額	200 円 (嗜好品代)				
5 利用者負担額合計	円	円	円	円	円

(2) 加算料金

(1単位=10円)

項目	利用者負担額	項目	利用者負担額
看護体制加算Ⅰ	4 単位/日	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 単位/日
看護体制加算Ⅱ	8 単位/日	在宅中重度者受入加算	425 単位/日
機能訓練体制加算	12 単位/日	若年性認知症利用者受入加算	120 単位/日
口腔連携強化加算	50 単位/月	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 単位/日(7日を限度)
療養食加算	8 単位/回	長期利用者に対する短期入所生活介護(減算)	△30 単位/日(30日超減算)
送迎加算(片道)	184 単位/回	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	140/1000 単位/月
緊急短期入所受入加算	90 単位/日(1~14日間)	生産性向上推進体制加算Ⅰ	100 単位/月

なお、サービスの利用に際し、通常の利用サービス実施区域(旧真田町全域)内で居宅から当施設間の送迎を行う場合は片道につき184単位加算されます。また、通常の実施区域(旧真田町全域)外への料金は、その料金以外に片道1kmにつき、40円(税別)の利用者負担となります。

*介護報酬告示額(単位)に、地域区分その他(1単位=10円)をかけて計算した1か月あたりの金額です。

*利用者負担額は、費用総額から保険給付額を差引いた額となります。

《アザレアンさなだ介護予防短期入所生活介護 事業所番号 2072200195》

□ 介護報酬告示額

(1) 基本料金

多床室へ入居の場合 (1日あたり) (1単位=10円)

利用者の要介護度	要支援1	要支援2
利用者負担額	451 単位	561 単位
居室に係る利用者負担額	915 円	
食事に係る利用者負担額	1500 円	

※ 嗜好品代 (おやつ代) は 200 円/日利用者負担となります

従来型個室へ入居の場合 (1日あたり) (1単位=10円)

利用者の要介護度	要支援1	要支援2
利用者負担額	451 単位	561 単位
居室に係る利用者負担額	1231 円	
食事に係る利用者負担額	1500 円	

※ 嗜好品代 (おやつ代) は 200 円/日利用者負担となります

(2) 加算料金

(1 単位=10 円)

項目	利用者負担額	項目	利用者負担額
機能訓練体制加算	12 単位/日	サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	18 単位/日
療養食加算	8 単位/回	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 単位/日(7日間)
送迎加算 (片道)	184 単位/回	介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	140/1000 単位/月
口腔連携強化加算	50 単位/月	生産性向上推進体制加算Ⅰ	100 単位/月
若年性認知症利用者受入加算	120 単位/日		

なお、サービスの利用に際し、通常の実施区域 (旧真田町全域) 内で居宅から当施設間の送迎を行う場合は片道につき 184 単位加算されます。また、通常の実施区域 (旧真田町全域) 外への料金は、その料金以外に片道 1 kmにつき、40 円 (税別) の利用者負担となります。

* 介護報酬告示額 (単位) に、地域区分その他 (1 単位=10 円) をかけて計算した 1 か月あたりの金額です。

* 利用者負担額は、費用総額から保険給付額を差引いた額となります。

□その他の費用（介護保険対象外）

◇ 「居住費」及び「食費」の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けている方の場合は、施設利用の居住費・食費の負担が軽減されます。

（単位 円）（日額概数）

対象者		区分	居住費 (居住の種類により異なります)		
			多床室	従来型個室	食費
生活保護受給者		利用者負担 段階 1	0	380	300
市町村 民税非 課税世 帯全員	高齢福祉年金受給者	利用者負担 段階 2	430	480	600
	課税年金収入額と合計所得 金額の合計が 80 万円以下の方	利用者負担 段階 3①	430	880	1000
	利用者負担額第 2 段階以下の方 (課税年金収入が 80 万円超 120 万円以下の方など)	利用者負担 段階 3②	430	880	1300
上記以外の方		利用者負担 段階 4	915	1231	1500

◇ 食費（献立食・特別な食事）◇

献立食	朝食 400 円	昼食 600 円	夕食 500 円
別注食（そば うどん 牛丼）		1 食あたり 660 円（税込み）	
行事食		1 食あたり 715 円（税込み）	

*行事食は 12/31 夕食～1/1 昼食まで、1 月 4 日昼食、3 月 3 日昼食、5 月 5 日昼食、9 月 15 日昼食。

◇嗜好品代 ◇

嗜 好 品	おやつ代を含む 200 円/日
-------	-----------------

◇ 理容代金 ◇

理 容 代	1 回あたり 2,800 円（税込み）となります。（毎月第 1 月曜日）
	訪問理容 1 回あたり 2,000 円～2,200 円（税込み）依頼必要

□お支払い方法

請求書は1か月ごとに計算し、利用明細をそえて、利用月の翌月15日までに利用者あてにお届けします。

お支払い方法は銀行振り込み、口座自動引き落としの2通りの中からご契約の際に選べます。

□利用の中止、変更、追加

- ・ 利用予定期間の前に利用者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止又は、変更もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合はサービス実施日前日までに事業所に申し出てください。
- ・ 利用期間中に健康状態が悪化した場合（食事・水分が摂れない、発熱等）は予定期間中であっても、ご家族対応にての受診をお願いします。（医師が短期入所生活介護継続の許可をした場合は引き続き利用可能です）
- ・ 利用予定日の前日までに申し出なく当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、利用者の体調等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	食費 1500円

- ・ サービス利用の変更・追加の申し出に対して事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を提示し協議します。
- ・ 利用者がサービス利用期間中でも利用を中止することができます。その場合、すでに実施されたサービスに係る利用料金はお支払いください。
- ・ 利用者又は家族が、事業者や職員又は他の利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為（身体的暴力及び精神的暴力（大声を出す・怒鳴る等））並びにセクシャルハラスメント（必要なく手や腕を触る等のハラスメント行為を含む）を行い、その状態が改善されない場合は契約を中止します。

6 サービス利用にあたっての留意事項

- ・ 利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所にご一報下さい
- ・ 事業所内での金銭及び食物のやりとりは、ご遠慮下さい。
- ・ 感染症予防対策等にご協力下さい。
- ・ 職員に対する贈り物や飲食のもてなしはお受けできません。

7 非常災害対策

火災、水害、地震等の非常災害に関して「アザレアンさなだ消防計画」に従って防災時の対応、防災設備の点検管理、定期的な防災訓練、職員に対する防災教育を行っています。また、真田町消防署及び地域の消防団との連携を日ごろより図ることに努めています。

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等あった場合は事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、家族へ連絡をします。

主治医 氏名		
主治医 連絡先		
かかりつけ薬局 薬局名		
薬局 連絡先		
家族 氏名・続柄		続柄
家族 連絡先		

9 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった措置について記録し対応します。

10 守秘義務に関する対策

事業所及び職員は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守します。

11 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のためマニュアルを作成し職員教育を行います。

12 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。但し、緊急やむを得ず行う（切迫性、非代替性、一時的）の場合の手続きは、個別に説明します。

13 虐待防止に関する対策

虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずるものとします。

- ・虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ・虐待防止のための指針を整備します。
- ・従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- ・前3項に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- ・サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

14 協力医療機関等

① 協力医療機関

名称	小林医院	名称	さなだクリニック
所在地	上田市真田町傍陽571	所在地	上田市真田町長3908-1
診療科	内科	診療科	内科

② 協力歯科医療機関

名称	グリーン歯科
所在地	上田市中丸子1408

15 苦情の受付

苦情担当 管理者 永井 悦子 電話 0268-72-2781
FAX 0268-72-4702

受付は、口頭又は文書で時間を問わず受けます。受付後は責任者が早急に対応します。

また、苦情受付ボックスを事業所カウンターに設置しています。

① 行政機関その他苦情受付機関

真田地域自治センター 市民サービス課	電話 0268-72-4700
上田市高齢者介護課	電話 0268-23-5140
長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課	電話 026-238-1580

② 第三者委員会

公正中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける機関です。

第三者委員氏名	連絡方法	
木下 文夫	FAX	0268-23-5081
	Eメール	ki-fumi8842@coda.ocn.ne.jp
小市 正輝	封書	〒386-2202 上田市真田町本原 1472
	FAX	0268-72-3914
牧内 勝年	封書	〒386-2201 上田市真田町長 7490
	FAX	0268-72-2569
飯島 恵美	封書	〒386-2202 上田市真田町 2908
	Eメール	megumi-i@thereisno-planetb.com
師川敦子	封書	〒386-0027 上田市常磐城 3-4-22
	FAX	0268-25-3363

16 損害賠償について

施設において、施設の責任により利用者に生じた損害については、施設は速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者のおかれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、損害賠償責任を減じさせていただきます。

17 第三者による評価の実地状況

第三者による評価の実地状況	1. あり	実施日： 評価機関名称 結果の開示 1.あり 2.なし
	2. なし	

18 当法人の概要

定款の目的に定めた事業

(1) 第一種社会福祉事業

①特別養護老人ホームの経営

(2) 第二種社会福祉事業

- ①老人短期入所事業の経営
- ②介護予防老人短期入所事業の経営
- ③老人デイサービス事業の経営
- ④介護予防デイサービス事業の経営
- ⑤認知症対応型共同生活援助事業の経営
- ⑥介護予防認知症対応型共同生活援助事業の経営
- ⑦老人居宅介護等事業の経営
- ⑧介護予防老人居宅介護等事業の経営
- ⑨障害福祉サービス事業の経営
- ⑩小規模多機能型居宅介護事業の経営
- ⑪介護予防小規模多機能型居宅介護事業の経営
- ⑫認知症対応型通所介護事業の経営
- ⑬介護予防認知症対応型通所介護事業の経営
- ⑭日常生活支援総合事業の経営

定款の公益を目的に定めた事業

(3) 公益事業

- ①訪問看護事業
- ②居宅介護支援事業
- ③訪問入浴介護事業
- ④宅老所スポットステイ（宿泊）事業
- ⑤地域交流施設アゼリアの管理運営
- ⑥地方自治体からの指定管理業務事業
- ⑦有償日常生活支援サービス事業
- ⑧サービス付き高齢者向け住宅の経営事業
- ⑨企業内保育所の経営事業

令和 年 月 日

指定介護福祉施設サービス短期入所・介護予防短期入所生活介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業所所在地 長野県上田市真田町長 7 1 4 1 番地 1
名 称 アザレアンさなだ短期入所・介護予防短期入所生活介護
説明者

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意しました。

(利用者) 住 所

氏 名

(代理人) 住 所

氏 名