

【アザレアンさなだ長期入所重要事項説明書】

1 運営の方針

要介護状態にある方に対し、適正な介護福祉施設サービスを提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供し、その人らしく、幸せに、安らかな日々を普通に過ごせることを目標とした運営を目指します。

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 7 1 4 1 番地 1
代表者	理事長 小林 彰
電話番号	0 2 6 8 - 7 2 - 2 7 8 1
設立年月	平成 4 年 4 月 1 3 日

3 事業所の概要

(1) アザレアンさなだ (指定介護老人福祉施設)

名称	アザレアンさなだ
所在地	長野県上田市真田町長 7 1 4 1 番地 1
介護保険指定番号	2 0 7 2 2 0 0 1 9 5
電話・FAX番号	TEL 0 2 6 8 - 7 2 - 2 7 8 1 fax 0 2 6 8 - 7 2 - 4 7 0 2
管理者	永井悦子
開設年月日	平成 5 年 4 月 1 日
定員	3 0 人

設備の概要 (指定介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 共有)

居室	従来型個室	15 室	個室 (1 人部屋)
	多床室	8 室	2 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・介護材料室等を設けます。		

(2) アザレアンさなだ横尾サテライト (指定地域密着型介護老人福祉施設)

名称	アザレアンさなだ横尾サテライト
所在地	長野県上田市真田町長 7 1 4 1 番地 1
介護保険指定番号	2 0 9 0 3 0 0 2 4 1
電話・FAX番号	TEL 0 2 6 8 - 7 2 - 2 7 8 1 fax 0 2 6 8 - 7 2 - 4 7 0 2
管理者	永井悦子
開設年月日	平成 2 6 年 4 月 1 日
定員	1 0 人

設備の概要 (指定介護老人福祉施設・指定地域密着型介護老人福祉施設 共有)

居室	ユニット型個室	10 室	全室個室
食堂		1 室	
機能訓練室		1 室	
浴室		2 室	一般浴室※本体にリフト付個別浴槽機械浴あり
医務室		1 室	本体と兼用
その他の設備	相談室・洗面所・洗濯室・調理室あり		

・入居される居室は、従来型個室、多床室、ユニット型個室となります。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。

(3) アザレアンさなだサテライト型居住施設 (指定地域密着型介護老人福祉施設)

名称	アザレアンさなだサテライト型居住施設
所在地	長野県上田市真田町本原 7 7 2 番地 2
介護保険指定番号	指定介護老人福祉施設 2 0 7 2 2 0 0 7 2 4
電話・FAX番号	TEL 0 2 6 8 - 7 2 - 8 0 1 4 fax 0 2 6 8 - 7 2 - 8 0 1 7
管理者	永井悦子
開設年月日	平成 1 7 年 1 1 月 1 8 日
定員	1 2 人

設備の概要

居室	ユニット型個室	12室	全室個室
食堂		1室	
機能訓練室		1室	
浴室		1室	一般浴槽（リフトあり）・個別浴槽あり
医務室		1室	
その他の設備	設備としてその他に、相談室・洗面所・洗濯室・調理室・介護材料室等を設けます。		

- ・ 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

(1) アザレアンさなだ（指定介護老人福祉施設）

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（兼務）
介護職員	介護業務	10名以上（兼務）
看護職員	心身の健康管理・保健衛生管理・診療補助	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（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（兼務）
医師	健康管理・療養上の指導	2名（非常勤）
栄養士・管理栄養士	献立作成、栄養指導等	2名（兼務）
事務員	会計、庶務の事務処理	1名以上（兼務）

(2) アザレアンさなだ横尾サテライト（指定地域密着型介護老人福祉施設）

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	4名以上
看護職員	心身の健康管理・保健衛生管理・診療補助	1名（兼務）
機能訓練指導員	機能改善とその減退の防止	1名（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（兼務）
医師	健康管理・療養上の指導	1名（非常勤）
栄養士・管理栄養士	献立作成、栄養指導等	2名（兼務）
事務員	会計、庶務の事務処理	1名以上（兼務）

(3) アザレアンさなだサテライト型居住施設（指定地域密着型介護老人福祉施設）

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	4名以上
看護職員	心身の健康管理・保健衛生管理・診療補助	1名（兼務）
機能訓練指導員	機能改善とその減退の防止	1名（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（兼務）
医師	健康管理・療養上の指導	1名（非常勤）
栄養士・管理栄養士	献立作成、栄養指導等	2名（兼務）
事務員	会計、庶務の事務処理	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	介護支援専門員等が利用者の抱えている問題点等を明らかにして課題分析をし、自立した日常生活が過ごせるように短期・長期目標の計画を作成し、その内容を利用者及び家族に説明し同意を得ます。当該計画を利用者に交付します。
食事	栄養士が作成する献立により、栄養並びに利用者の身体の状態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回以上行います。但し、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利用者の立場に立ち、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	医師、看護職員が健康管理を行います。
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事等の相談に応じます。
自立への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・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、毎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等が行われるよう援助します。

(2) その他のサービス

項目	内 容
①理容・美容	理容：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。 美容：希望者は近郊の美容院への外出援助が可能です。ご相談下さい。
②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 ・預金通帳、小口の現金及び印鑑 ・様式第2号「貴重品預かり兼受領書」に記載のもの
③日常費用 支払い代行	・医療費（往診費・受診費）、薬代（処方箋）の支払い ・理容・美容代の支払い ・嗜好品、介護用品（私用）、日用品、衣類の購入代の支払い ・本人が希望するものに対する支払い
④手続き代 行	入居期間中に次の内容について手続きの代行を行います。 ・介護保険被保険者証の更新手続き ・介護保険負担限度額認定証の更新手続き ・年金の現況届けの提出 ・高額介護費、高額医療費給付の手続き ・福祉医療費受給者証の医療機関等窓口提示
<p>*上記②③④のの代行費として利用料金は1か月あたり、2200円（税込み）となります。</p> <p>ご利用の方はお申し込み下さい。</p>	
⑤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。 個人希望の場合は、材料費等の実費をいただく場合があります。
⑥日常生活上必要となる諸費用	日常生活用品の購入代金等、利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。尚、おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

6 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、当該介護老人福祉施設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。

◇ アザレアンさなだ（指定介護老人福祉施設） 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	694 単位	762 単位	835 単位	903 単位	968 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 (1+2+3+4)	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	694 単位	762 単位	835 単位	903 単位	968 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 (1+2+3+4)	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
初期加算	30 単位/日	若年性認知症利用者受入加算	120 単位/日
看護体制加算（Ⅰ）ロ	4 単位/日	看取り介護加算Ⅰ（1）	72 単位/日
看護体制加算（Ⅱ）ロ	8 単位/日	看取り介護加算Ⅰ（2）	144 単位/日
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90 単位/月	看取り介護加算Ⅰ（3）	680 単位/日
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110 単位/月	看取り介護加算Ⅰ（4）	1280 単位/日
栄養マネジメント強化加算	11 単位/日	短期入院・外泊時加算	246 単位/日
療養食加算	6 単位/回（1日3回）	退所時栄養情報連携加算	70 単位/回

経口移行加算	28 単位/日	退所前訪問相談援助加算	460 単位
経口維持加算 (I)	400 単位/月	退所後訪問相談援助加算	460 単位
経口維持加算 (II)	100 単位/月	退所時相談援助加算	400 単位
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 単位/日 (7 日まで)	退所前連携加算	500 単位
褥瘡マネジメント加算 (I)	3 単位/月	退所時情報提供加算	250 単位/回
褥瘡マネジメント加算 (II)	13 単位/月	再入所時栄養連携加算	200 単位/回
安全対策体制加算	20 単位/初回のみ	認知症専門ケア加算	3 単位/日
日常生活継続支援加算	36 単位/日	自立支援促進加算	280 単位/月
個別機能訓練加算(I)	12 単位/日	科学的介護推進体制加算 (I)	40 単位/月
個別機能訓練加算(II)	20 単位/月	科学的介護推進体制加算 (II)	50 単位/月
個別機能訓練加算(III)	20 単位/月	排泄支援加算	10 単位/月
在宅復帰支援機能加算	10 単位/日	介護職員等処遇改善加算(I)	140/1000 単位/月
在宅・入所相互利用加算	40 単位/日		
高齢者施設等感染対策向上加算(I)	10 単位/月		
生産性向上推進体制加算	100 単位/月		

*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

◇ アザレアンさなだ横尾サテライト (指定地域密着型介護老人福祉施設)

事業所番号 2090300241

◇ アザレアンさなだサテライト型居住施設 (指定地域密着型介護老人福祉施設)

事業所番号 2072200724

□ 介護報酬告示額

(1) 基本料金

◇ユニット型地域密着型施設サービス費

ユニット型個室の場合 (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	682 単位	753 単位	828 単位	901 単位	971 単位
2 居室に係る利用者負担額	2066 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 (1+2+3+4)	円	円	円	円	円

(2) 加算料金等

(1 単位=10 円)

項目	利用者負担額	項目	利用者負担額
初期加算	30 単位/日	若年性認知症利用者受入加算	120 単位/日
看護体制加算 (I) ロ	12 単位/日	看取り介護加算 I (1)	72 単位/日
看護体制加算 (II) ロ	23 単位/日	看取り介護加算 I (2)	144 単位/日
口腔衛生管理加算 (I)	90 単位/月	看取り介護加算 I (3)	680 単位/日
口腔衛生管理加算 (II)	110 単位/月	看取り介護加算 I (4)	1280 単位/日
栄養マネジメント強化加算	11 単位/日	短期入院・外泊時加算	246 単位/日
療養食加算	6 単位/回 (1 日 3 回)	退所時栄養情報連携加算	70 単位/回
経口移行加算	28 単位/日	退所前訪問相談援助加算	460 単位
経口維持加算 (I)	400 単位/月	退所後訪問相談援助加算	460 単位
経口維持加算 (II)	100 単位/月	退所時相談援助加算	400 単位
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 単位/日 (7 日まで)	退所前連携加算	500 単位
褥瘡マネジメント加算 (I)	3 単位/月	退所時情報提供加算	250 単位/回
褥瘡マネジメント加算 (II)	13 単位/月	再入所時栄養連携加算	200 単位/回
安全対策体制加算	20 単位/初回のみ	認知症専門ケア加算	3 単位/日
日常生活継続支援加算	46 単位/日	自立支援促進加算	280 単位/月
個別機能訓練加算 (I)	12 単位/日	科学的介護推進体制加算 (I)	40 単位/月
個別機能訓練加算 (II)	20 単位/月	科学的介護推進体制加算 (II)	50 単位/月
個別機能訓練加算 (III)	20 単位/月	排泄支援加算	10 単位/月
在宅復帰支援機能加算	10 単位/日	介護職員等処遇改善加算 (I)	140/1000 単位/月
在宅・入所相互利用加算	40 単位/日		
高齢者施設等感染対策向上加算 (I)	10 単位/月		
生産性向上推進体制加算	100 単位/月		

*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）

アザレアンさなだ（指定介護老人福祉施設・指定地域密着型介護老人福祉施設）とサテライト型居住施設（指定地域密着型介護老人福祉施設）は以下の費用は共通です。

◇「居住費」及び「食費」の利用者負担額

*世帯全員が市町村民税非課税の利用者（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。

*居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

日額概数 （単位 円）

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	ユニット 型個室	食費
生活保護受給者		利用者負担 段階 1	0	380	880	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 1	0	380	880	300
	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 2	430	480	880	390
	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 3①	430	880	1370	650
	利用者負担額第 2 段階以下の方 (課税年金収入が 120 万円超 の方など)	利用者負担 段階 3②	430	880	1370	1360
上記以外の方		利用者負担 段階 4	915	1231	2066	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。

- * 食事からでは摂取不十分な栄養に対して、栄養ケア計画に基づいて使用した補助食品は、その実費をいただきます。
- * 外出等で食事のキャンセルを希望される利用者は、7 日前までにお申し出下さい。お申し出のない場合は、食費を請求することがあります。

◇送迎に係る費用

旧真田町を超えて送迎を行う場合に燃料費として片道 1 kmにつき、40 円（税別）の利用者負担になります。

◇理容料金・美容料金

入居者の希望によって提供した場合

理容代	1 回あたり 2800 円（税込み）
美容代	実費

□ お支払い方法

請求書は利用明細をそえて、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、契約の際に選べます。（1 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

7 サービス利用にあたっての留意事項

- ・ 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。

8 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。

9 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	

家 族 氏名・続柄		続柄
家 族 連 絡 先		

1 0 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。

1 1 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。

1 2 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。

1 3 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。

1 4 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で開催するとともに、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。

15 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、利用者の希望により下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

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
----	--------	-----	------------

16 施設を退居していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めておりません。したがって、以下のような事由がない限り継続したサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するにいたった場合には、当施設との契約は終了し、利用者に退居していただくこととなります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 要介護認定により、利用者の心身の状況が自立又は要支援、要介護1,2と判定された場合② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合③ 施設の滅失や重大な毀損により、利用者の対するサービスの提供が不可能になった場合④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合⑤ 利用者から退居の申し出があった場合（詳細は以下（1）をご参照下さい。） |
|---|

（1）利用者からの退居の申し出の場合（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、利用者から当施設の退居を申し出ることができます。その場合には退居を希望する日の7日前までに解約届出書を提出下さい。但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退居することができます。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合② 利用者が入院された場合③ 事業所もしくは職員が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合④ 事業所もしくは職員が守秘義務に違反した場合⑤ 事業所もしくは職員が故意又は過失により、利用者の身体・財物・信用等を傷つけ又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合、他の利用者が契約者の身体・財物・信用等傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業所が適切な対応をとらない場合 |
|---|

(2) 事業所からの申し出により退居していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には当施設から退居していただく場合があります。

- ① 利用者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要な事項について、故意にこれを告げず又は、不実の告知を行いその結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② 利用者によるサービス利用料金の支払いが3ヵ月以上遅延し、相当期間定めた催告にもかかわらず、利用料金が支払われない場合
- ③ 利用者が故意又は重大な過失により事業所又は職員、もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等傷つけ又は、著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 利用者が連続して3か月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑤ 利用者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設等に入院した場合
- ⑥ 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。

※【利用者が病院等に入院された場合の対応について】

当施設に入居中に医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

① 検査入院等、短期入院の場合

1ヶ月につき6日以内（連続して7泊、複数月にまたがる場合（12泊））の短期入院の場合は、退院後再び施設に入居することができます。但し、入院期間中であっても所定の利用料金をご負担いただきます。

② ①の期間を超える入院の場合

①の短期入院の期間を超える入院については、3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入居することができます。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時に施設の準備が整っていないときには併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。なお、入院した日から10日を越えて入院が継続される場合は、入院期間中であっても所定の居住費をご負担いただきます。但し、契約者が使用中の居室ベットを短期入所者生活介護の利用者に使用することに同意していただいた場合は、所定の居住費をご負担いただく必要はありません。

③ 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入居することはできません。

(2) 円滑な退居のための援助

利用者が当施設を退居する場合には、利用者の希望により事業所は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な援助を利用者に対して行います。

- ア 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- イ 居宅介護支援事業者の紹介
- ウ その他、保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

(1 単位 = 10 円)

	項目	金額
利用者が退居後在宅に戻られる場合、その際の相談援助にかかる費用	退所時栄養情報連携加算	70 単位
	退居前訪問相談援助加算	460 単位
	退居前連携加算	500 単位
※1 医療機関へ退所する入居者等について、入院に必要な情報提供にかかる費用	退居後訪問相談援助加算	460 単位
	退所時相談援助加算	400 単位
	退所時情報提供加算※1	250 単位

17 居室の明け渡し（清算）について

- (1) 契約者は、本契約が終了した場合において、すでに実施されたサービスに対する利用料金支払い義務及び原状回復の義務（故意又は重大な過失により滅失、破損、汚損もそくは変更した場合には自己の費用により現状に復するか又は、相当の代価を支払うものとします。）を履行した上で居室を明け渡すものとします。
- (2) 契約者は、契約終了日までに居室を明け渡さない場合又は、前項の義務を履行しない場合には、本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間にかかる所定の料金（重要事項説明書に定める）を事業所に対し支払うものとします。
- (3) 契約者は、契約の終了に伴う援助を希望する場合には、援助が完了するまで居室を明け渡す義務及び前項の料金支払い義務を負いません。
- (4) (1) の場合に1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金の支払額については利用日数に基づいて計算した金額とします。

18 残置物の引取り等について

- (1) 契約者は、本契約が終了した後利用者の残置物（高価品を除く）がある場合に備えて、その残置物の引取り人を、代理人と相談して決めることができます。
- (2) (1) の場合は、事業所は本契約が終了した後契約者又は残置物引取り人にその旨連絡するものとします。
- (3) 契約者又は残置物引取り人は、前項の連絡を受けた後2週間以内に、残置物を引取るものとします。但し契約者又は残置物引取り人は、特段の事情がある場合には前項の連絡を受けた後速やかに事業所にその旨連絡するものとします。
- (4) (3) の但し書きの場合を除いて、契約者又は残置物引取り人が引取りに必要な相当な期間が過ぎても残置物を引き取る義務を履行しない場合には、当該残置物を契約者又は残置物引取り人に引き渡すものとします。但し、その引渡しに係る費用は契約者又は残置物引取り人の負担とします。
- (5) 契約者が残置物引取り人を定めない場合には、自己の費用で契約者の残置物を処分できるものとします。その費用については契約者からの預かり金等、自己の管理下にある金銭がある場合にはその金銭と相殺できるものとします。

19 一時外泊について

利用者は、事業所の同意を得た上で外泊することができます。この場合利用者は外泊開始日の7日前までにお知らせ頂きます。また、外泊期間中において利用者は別に定める料金体系に基づいた所定のサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分（利用者負担分）を事業所に支払うものとします。

20 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

公平中立な立場で、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

21 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。

2 2 第三者による評価の実施状況

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	

2 3 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

指定介護老人福祉施設サービス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
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

令和 年 月 日

指定地域密着型介護老人福祉施設サービス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	アザレアンさなだ横尾サテライト
説明者	管理者 永井 悦子

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

令和 年 月 日

指定地域密着型介護老人福祉施設サービス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本原 7 7 2 番地 2
名 称	アザレアンさなだサテライト型居住施設
説明者	管理者 永井 悦子

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