

「特別養護老人ホーム」結いの家 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。

(長野県指定 第 2072100437 号)

当施設はご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

* 当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

☆☆ 目 次 ☆☆

1. 施設運営法人について
2. 施設の概要について
3. 職員の配置状況について
4. 当施設が提供するサービスと利用料金について
5. 入所中の医療の提供について
6. 施設退所について（契約の終了について）
7. 残置物引取人について
8. 苦情の受付について
9. その他

1. 施設運営法人について

- (1) 法人名 社会福祉法人 望月悠玄福祉会
- (2) 法人所在地 長野県佐久市布施769番地1
- (3) 電話番号 0267-78-5131
- (4) 代表者氏名 理事長 大塚 秀徳
- (5) 設立年月日 昭和59年8月3日

2. 施設の概要について

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設・平成15年3月指定
長野県 2072100437号
- (2) 施設の目的 高齢者への入居ケア
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 結いの家
- (4) 施設の所在地 長野県佐久市望月326番地4
- (5) 電話番号 0267-54-8176
- (6) 管理者氏名 施設長 井出 登美子

(7) 当施設の運営方針

高齢者がその人らしく生きがいをもって健全で安らかな生活をおくれるよう保証されるべきであるという考えに立脚し、福祉サービスを必要とする高齢者に対し、良質のサービスを安定的に供給することによって老人福祉の充実に貢献する。

(8) 開設年月日 平成15年4月1日

(9) 入所定員 50人

(10) 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	8室	洗面所付
2人部屋	8室	洗面所付
4人部屋	8室	洗面所付
合計	24室	
食堂	4室	ダイニングルーム(14名用)
機能訓練室	1室	
浴室	3室	一般浴槽、特殊寝台浴槽(1階のみ)
医務室	1室	

※上記は、厚生省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に設置が義務づけられている施設・設備です。入居される居室は、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況により決定致しますので、ご希望に沿えない場合もあります。

※ご契約者の心身の状況や、他ご契約者の状況、施設全体の状況等により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

3. 職員の配置状況について

当施設では、ご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

《主な職員の配置状況》 ※職員の配置については、国の指定基準を遵守しています。

職種	配置人数	指定基準
1. 施設長(管理者)	1名	1名
2. 介護職員	17名以上	常勤換算で17名以上
3. 生活相談員	1名	常勤換算で1名以上
4. 介護支援専門員	2名 (介護職員との兼務含む)	常勤換算で1名以上
5. 看護職員	2名以上	常勤換算で2名以上
6. 機能訓練指導士	1名	1名以上
7. 医師	1名(非常勤)	必要数
8. 管理栄養士	1名	1名以上

《主な職種の勤務体制》

職種	勤務体制
1. 医師	毎週1回 13:30~ 嘱託医による回診等
2. 介護職員	標準的な時間帯における配置人員 【早朝】 6:30~15:30 4名 【日勤】 10:00~19:00 2名 【遅番】 13:00~22:00 2名 【遅番】 15:00~ 0:00 2名 【夜勤】 22:00~ 7:00 1名 【夜勤】 0:00~ 9:00 2名

3. 看護職員	【早出】	8:00～17:00	1名
	【遅出】	9:00～18:00	1名
4. 生活相談員	【日勤】	8:30～17:30	1名

4. 当施設が提供するサービスと利用料金について

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金が全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 当施設が提供する基準介護サービス(契約書第3条参照)

以下のサービスについては、居住費、食費を除き7～9割が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

- ① 居室の提供
- ② 食事
 - 管理栄養士を配置し、ご契約者の年齢、心身の状況に応じた適切な食事の提供を行います。また、ご契約者の栄養状態を把握し、医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等が協同し、ご契約者ごとの摂食機能を考慮した栄養ケア計画を作成し、その計画に従い栄養管理を行います。
 - 事業所から提供する食事の提供時間は次のとおりです。
 - 朝食 7:30～ 8:30
 - 昼食 11:30～13:00
 - 夕食 17:30～18:30
 - 主食の種類
 - 米飯、全粥、ミキサー粥、流動食
 - 副食の形態
 - 常食、軟菜、きざみ、ソフト、ミキサー
- ③ 入浴、清潔保持
 - 入浴または清拭を週2回行います。
 - 入浴できない際などには、清拭等で清潔を保つように援助を行います。
- ④ 排泄
 - 排泄の自立を促すためご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ⑤ 機能訓練
 - ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。
- ⑥ 健康管理
 - 医師や看護職員が、ご契約者の健康管理を行います。
- ⑦ 口腔衛生への援助
 - 毎日、口腔ケアを行います。
- ⑧ その他自立への支援
 - 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) 1日あたりのサービス利用料金について (契約書第6条参照)

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)と食事、居住費に係る自己負担額の合計金額をお支払いください。(サービス利用料金は、ご契約者の介護度によって異なります。)

① 介護福祉施設サービス費

介護度	居室	介護報酬日額	自己負担日額 (1割負担の場合)
要介護 1	個室	5,730円	573円/日
	多床室	5,730円	573円/日
要介護 2	個室	6,410円	641円/日
	多床室	6,410円	641円/日
要介護 3	個室	7,120円	712円/日
	多床室	7,120円	712円/日
要介護 4	個室	7,800円	780円/日
	多床室	7,800円	780円/日
要介護 5	個室	8,470円	847円/日
	多床室	8,470円	847円/日

② 上記の施設サービス費及び自己負担額に、次の金額が加算されます。

加算名称	内 容	介護報酬額	自己負担額 (1割負担の場合)
夜勤職員配置 加算Ⅲ(イ)	・夜勤時間帯(17時～9時)の夜勤職員数が配置基準+1名分の配置をしている。 ・夜勤時間帯を通じ、看護職員を配置している又は喀痰吸引等の実施が出来る介護職員を配置している。	280円 (日額)	28円 (日額)
日常生活継続 支援加算	・入所者の数が6又はその端数を増すごとに、介護福祉士を1以上配置している。 ・以下のいずれかに該当している。 ①算定日の属する月の前6ヶ月又は前12ヶ月間における新規入所者の総数の内、要介護4～5の者の割合が入所者の70%以上。 ②算定日の属する月の前6ヶ月又は前12ヶ月間における新規入所者の総数の内、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が入所者の65%以上。 ③痰の吸引等が必要な利用者の占める割合が入所者の15%以上。	360円 (日額)	36円 (日額)
看護職員体制 加算(Ⅰ)	・常勤の看護師を1名以上配置されている。	60円 (日額)	6円 (日額)
看護職員体制 加算(Ⅱ)	・看護職員の数、常勤換算方法で入所者数が25又はその端数を増すごとに1名以上であり、かつ、配置すべき看護職員の数に1を加えた数以上配置している。 ・当該施設の看護職員により、又は病院・診療所・訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保している。	130円 (日額)	13円 (日額)

<p>科学的介護推進体制加算(Ⅱ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者ごとの心身、疾病の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出している。 ・必要に応じサービス計画を見直す等、サービス提供にあたって上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している。 	<p>500円 (月額)</p>	<p>50円 (月額)</p>
<p>栄養マネジメント強化加算</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50で除して得た数以上配置し、他職種と共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた調整等を実施している。 ・低栄養状態のリスクの低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合には早期に対応する。 ・入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施にあたって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施の為に必要な情報を活用している。 	<p>110円 (日額)</p>	<p>11円 (日額)</p>
<p>介護職員処遇改善加算(Ⅰ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・キャリアパス要件と職場環境等要件を満たしている事業所が算定可能。 	<p>1月当たりの総単位数（下記加算を含む）の8.3% (ただし区分支給限度額の算定対象外)</p>	
<p>介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)</p> <p>(技能・経験のある介護職員の処遇改善を目的に、介護報酬をさらに加算して支給する制度)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・処遇改善加算の、加算(Ⅰ)から(Ⅲ)のいずれかを取得していること。 ・処遇改善加算の職場環境等要件の中で、「資質の向上」「労働環境・処遇の改善」「その他」の各区分について、1つ以上の取り組みを行っていること。 ・処遇改善の取り組みについて、厚生労働省の「介護サービス情報公表システム」やホームページへの掲載を通じて、「見える化」を行っていること。 ・サービス提供体制強化加算、特定事業所加算、日常生活継続支援加算、入居継続支援加算のいずれかを取得していること。 	<p>1月当たりの総単位数（下記加算を含む）の2.7% (ただし区分支給限度額の算定対象外)</p>	
<p>介護職員等ベースアップ等支援加算</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・処遇改善加算の、加算(Ⅰ)から(Ⅲ)のいずれかを取得していること。 ・賃上げ効果を継続できるように、加算額の2/3は介護職員等のベースアップ等（「基本給」又は「決まって毎月支払われる手当」の引上げ）に使用すること。 	<p>1月当たりの総単位数（下記加算を含む）の1.6% (ただし区分支給限度額の算定対象外)</p>	

※ 下記の内容に該当する場合には、次の金額が加算されます。

加算名称	内 容	介護報酬額	自己負担額 (1割負担の場合)
初期加算	・入所後 30 日間、及び 30 日を超えて入院した後に再入所した場合。	300円 (日額)	30円 (日額)
自立支援促進加算 (入所者の尊厳保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきり防止の観点から、医師の関与の下、リハビリテーション・機能訓練、介護等を行う取組を推進する)	以下の要件を満たすこと。 ①医師が入所者ごとに、自立支援の為に特に必要な医学的評価を入所時に行うとともに、少なくとも 6 月に 1 回、医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加している。 ② ①の医学的評価の結果、特に自立支援の為に必要であるとされたものの毎に、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員、その他職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に沿ったケアを実施している。 ③医学的評価に基づき、少なくとも 3 月に 1 回、入所者ごとに支援計画を見直している。 ④ ①の医学的評価の結果等を厚生労働省に提出し、当該情報その他自立支援促進の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している。	3000円 (月額)	300円 (月額)
個別機能訓練加算 (I)	以下の要件を満たすこと。 ①機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練を行う。 ②専ら機能訓練指導員の職務に従事する機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者を 1 名以上配置して行う。 ③個別機能訓練を行うに当たっては、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員、その他の職種の者が共同して、利用者ごとにその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画書を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行う。 ④個別機能訓練を行う場合は、開始時及びその 3 ヶ月ごとに 1 回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録する。	120円 (日額)	12円 (日額)
個別機能訓練加算 (II)	個別機能訓練加算 (I) の①②③④の要件を満たしており、さらに個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合	200円 (日額)	20円 (日額)

<p>ADL維持等加算(I)</p> <p>※加算(I)(II)の併算不可</p>	<p>以下の要件を満たすこと。</p> <p>①利用者等の総数が10人以上である。</p> <p>②利用者等全員について、利用開始月と当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービス利用がない場合はサービス利用があった最終月)において、Barthel Indexを適切に評価できるものがADL値を測定し、測定した月ごとに厚生労働省に提出している。</p> <p>③利用開始月の翌月から起算して6月目に測定したADL値を控除し、翌月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値(調整済ADL利得)について、利用者等から調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者を除いた者を評価対象利用者等とし、評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上。</p>	<p>300円 (月額)</p>	<p>30円 (月額)</p>
<p>ADL維持等加算(II)</p> <p>※加算(I)(II)の併算不可</p>	<p>・ADL維持等加算(I)の①②の要件を満たしている。</p> <p>・評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が2以上。</p>	<p>600円 (月額)</p>	<p>60円 (月額)</p>
<p>排せつ支援加算(I)</p> <p>※加算(I)~(III)の併算不可</p>	<p>以下の要件を満たすこと。</p> <p>①排せつに介護を要する入所者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時等に評価するとともに、少なくとも6月に1回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって当該情報等を活用している。</p> <p>②評価の結果、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、支援を継続して実施している。</p> <p>③評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者等ごとに支援計画を見直している。</p>	<p>100円 (月額)</p>	<p>10円 (月額)</p>
<p>排せつ支援加算(II)</p> <p>※加算(I)~(III)の併算不可</p>	<p>排せつ支援加算(I)を算定している施設において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、</p> <p>・施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれも悪化がない。</p> <p>・又は、オムツ使用ありから無しに改善している。</p>	<p>150円 (月額)</p>	<p>15円 (月額)</p>

<p>排せつ支援加算 (Ⅲ)</p> <p>※加算(Ⅰ)～(Ⅲ)の併算不可</p>	<p>排せつ支援加算(Ⅰ)を算定している施設において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれも悪化がない。 ・かつ、オムツ使用ありから無しに改善している。 	<p>200円 (月額)</p>	<p>20円 (月額)</p>
<p>褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)</p> <p>※加算(Ⅰ)(Ⅱ)の併算不可</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて、入所時及びその後3月に1回評価を行い、その評価結果を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用している。 ・褥瘡が発生するリスクのある入所者ごとに、医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員他の職種の者が共同して褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成し、計画に基づく褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者ごとの状態について定期的に記録している。 ・評価に基づき、3月に1回褥瘡ケア計画を見直している。 	<p>30円 (月額)</p>	<p>3円 (月額)</p>
<p>褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)</p> <p>※加算(Ⅰ)(Ⅱ)の併算不可</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)の要件を満たしている施設等において、施設入所者等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生がない。 	<p>130円 (月額)</p>	<p>13円 (月額)</p>
<p>療養食加算</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する療養食(糖尿病食、心臓病食など)及び特別な場合の検査食を提供した場合。 	<p>60円 (1回)</p>	<p>6円 (1回)</p>
<p>経口移行加算</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経管により食事を摂取する入所者ごとに、経口摂取を進めるための経口移行計画を作成している場合であって、当該計画に従い、管理栄養士による栄養管理及び、看護職員による支援が行われた場合。 	<p>280円 (日額)</p> <p>180日を限度とする</p>	<p>28円 (日額)</p> <p>180日を限度とする</p>
<p>経口維持加算Ⅰ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・現に経口より食事を摂取するものであって、摂食機能障害や誤嚥を有する入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに経口維持計画を作成し、医師又は歯科医師の指示に基づき管理栄養士等が栄養管理を行った場合。 	<p>4,000円 (月額)</p>	<p>400円 (月額)</p>
<p>経口維持加算Ⅱ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・施設が協力歯科医療機関を定めている場合であり、経口維持加算(Ⅰ)において行う食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合。 	<p>1,000円 (月額)</p>	<p>100円 (月額)</p>

口腔衛生管理 加算Ⅱ	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対して口腔ケアを月2回以上行っている。 ・歯科衛生士が、入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し具体的な技術的助言及び指導を行うと共に、相談等に対応している。 ・口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施の為に必要な情報を活用している。 	1, 100円 (月額)	110円 (月額)
看取り介護加算 Ⅰ	<ul style="list-style-type: none"> ・医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者である。 ・医師、看護職員、介護支援専門員、生活相談員、管理栄養士他の職種の者が共同で作成した介護に係る計画について、医師等のその内容に応じた適切な者より説明を行い、当該計画に同意している。 ・施設サービス計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努める。 ・看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ、随時医師等の相互連携の下、介護記録等を活用して行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者である。 	720円 (日額) 死亡日45～31日前 1, 440円 (日額) 死亡日30～4日前 6, 800円 (日額) 死亡日前々日、前日 12, 800円 (日額) 死亡日	72円 (日額) 死亡日45～31日前 144円 (日額) 死亡日30～4日前 680円 (日額) 死亡日前々日、前日 1, 280円 (日額) 死亡日
若年性認知症 入所者受入加算	・若年性認知症患者を受入、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供する。	1, 200円 (日額)	120円 (日額)
認知症行動・心理 症状緊急対応加算	・医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に介護福祉施設サービスを行う必要があると判断した者に対して、介護福祉施設サービスを行った場合（入所した日から起算して7日を限度として算定可能とする）。	2, 000円 (日額)	200円 (日額)
外泊時費用	入所者が病院又は診療所への入院を要した場合、及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、月に6日（1回の外泊（又は入院）で月をまたがる場合は最大で連続12日）を限度として所定単位数に代えて算定する。（初日及び最終日は算定しない）	2, 460円 (日額)	246円 (日額)

※ 介護保険料の負担割合については、市町村から交付される「介護保険負担割合証」に準じます。（1割～3割負担）

※ 職員体制等により加算算定の有無を変更させていただく場合がございます。

③ 食費 1日あたり 1, 650円

【内訳】 朝食：430円 昼食：670円 夕食：550円

※ 入居期間中に入院、外泊される場合、前日までにご連絡をお願いします。

※ 経管栄養の方については、1食当たり510円をご負担いただきます。

※ 栄養管理上必要な個別対応品に関しては、個別にご負担いただくことがあります。

④ 日常嗜好品費 1日あたり 108円

⑤ 居住費 個室：1日あたり 1,610円
多床室：1日あたり 1,150円

(注意)

- 1 「介護保険負担限度額認定証」または「介護保険特定負担限度額認定証」が保険者から交付されている方の③食費及び⑤住居費については、下記料金表のとおり、利用者負担段階に応じて負担限度額をお支払いいただきます。基準費用額との差額は、介護保険より補足給付されます。

利用者負担段階	食費(日額)		居住費(日額)			
	基準費用額	負担限度額	基準費用額	負担限度額	基準費用額	負担限度額
第1段階	1,445円	300円	個室 1,171円	320円	多床室 855円	0円
第2段階		390円		420円		370円
第3段階①		650円		820円		370円
第3段階②		1,360円		820円		370円
第4段階	1,650円		1,610円		1,150円	

- 2 平成17年10月1日以降、個室にお入りの方で、次のいずれかに該当する方については、多床室の額が適用になります。

- ・感染症等により、個室への入所が必要であると医師が判断した方であって、個室への入居期間が30日以内の方
- ・著しい精神症状等により、同室の方の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、個室への入居が必要であると医師が判断した方

- 3 介護福祉施設サービス利用料金、食費及住居費については、上記に掲げる他、負担軽減に係る特別措置が適用になる場合があります。

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第4条、第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① その他日常生活費

その他日常生活費		金額	
項目	内容	毎月の費用	個別実費
日常生活品	皮膚乾燥予防水・化粧品・歯ブラシ・髭剃り・その他、入所者の希望によって提供する日常生活用品一式	*	実費
嗜好品	《アルコール及びタバコ》 アルコール全般・タバコ各種	*	実費
	《食べ物》 おせち料理・花見弁当・すし・焼き肉パーティー (特別なメニュー食を実施する場合・季節食・行事食・喫茶等利用時 等)	*	実費
占有物品 購入費	自分しか使用しないもの (テレビ・ラジカセ・専用備品等)	*	実費
福祉用具 衛生管理用品	補聴器・車いす・シルバーカー・円座等	*	実費
衛生材料	包帯・ガーゼ等治療や処置以外に使用する場合	*	実費

行事費	入場料・交通費・行事諸雑費・行事等写真代	*	実費
クラブ活動費	華道・書道等のクラブ費等 個々の趣味で使用する材料費	*	実費
電気代	個人の電化製品を使用の場合 (テレビ・ラジカセ・冷蔵庫等) (電気剃刀・携帯電話充電器等)	1,360円 680円	*
理美容代	理美容組合加盟店が出張して行います	*	実費
預貯金管理費	ご利用者様のお小遣いなどの出納管理や記帳とともに 残高の報告・補填の依頼事務にかかる管理费用	2,000円	*

※ 経済状況により変更することがあります。

②貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下のとおりです。

- お預かりする物：小口現金、認印、年金証書、医療保険被保険者証
介護保険被保険者証、その他公的機関が発行した証書
- 保管管理者：入所者預かり金管理規程によります。
- 管理方法：入所者預かり金管理規程によります。
- 利用料金：1ヶ月あたり 2,000円

③レクリエーション・クラブ活動

ご契約者の希望により「結いの家」行事計画に沿って立てた、レクリエーション・行事・クラブ等の企画に参加することができます。その場合は、参加費・材料代等の実費をいただきます。

④複写物の交付

ご契約者は、サービス提供に付いての記録をいつでも閲覧できます。複写物を必要とする場合は実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約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ご負担いただきます。

おむつ代は介護保険給付対象となりますので自己負担の必要はありません。
(但し、入院及び外出時は、実費となります。)

⑥契約書第20条に定める所定の料金

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金

ご契約者の介護度	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1日あたりの料金	12,000円	13,000円	14,000円	14,000円	15,000円

※ 上記金額は、やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。

⑦利用料のお支払方法(契約書第6条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、毎月20日までに前月分の請求をいたしますので、指定日までに口座自動引き落としの方法でお支払いください。なお、現金でお支払いいただく場合は、平日9:00~17:00の間に悠玄福祉会事務局(佐久市布施769-1)へ請求書を持参のうえお支払いください。

5. 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合、ご契約者及びその家族の希望により下記の医療機関において診療・治療等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・治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・治療を義務づけるものでもありません。

【協力医療機関】 川西赤十字病院	所在地：長野県佐久市望月318 電話番号：0267-53-3011
【協力歯科医療機関】 土屋歯科クリニック	所在地：長野県佐久市布施808-1 電話番号：0267-54-2317

6. 施設退所について（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。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこの様な事項に該当するに至った場合には、当施設との契約を終了し、ご契約者に退所していただくこととなります。

（契約書第14条参照）

<ul style="list-style-type: none">① ご契約者が死亡した場合② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合③ 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ホームを閉鎖した場合④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合⑤ 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⑥ ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）⑦ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください。）

（1）契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第15条、第16条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設の退所を申し出ることができます。

その場合には退所を希望する日の14日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所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のサービスの利用料金の変更に同意できない場合② ご契約者が入院された場合③ 事業者もしくはサービス従事者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 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・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⑥ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を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、事業者が適切な対応をとらない場合

- (2) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）（契約書第17条参照）
以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所していただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、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 ご契約者によるサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ 保険料の滞納が続いた場合
- ④ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、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
- ⑤ ご契約者が連続して3ヶ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
- ⑥ ご契約者が介護老人保険施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設、介護医療院に入院した場合

→ 《契約者が病院等に入院された場合の対応について》（契約書第19条参照）
当施設に入所中に、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、6日間以内の短期入院の場合

1ヶ月につき6日以内に退院された場合は、退院後再び施設入所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。

1日あたり 246円（介護保険法により改訂される場合があります）

② 7日間以上の入院の場合

3ヶ月以内に退院が可能な場合には、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院7日目以降については、居住費(日額)のご負担をいただきます。

1日あたり 個室：1,610円、多床室：1,150円

（介護保険負担限度額認定証の対象者については、居住費の基準費用額である個室：1,171円、多床室：855円をご負担いただきます。）

なお、利用している居室を短期入所生活介護に使用することに同意し、且つ、当該居室を短期入所生活介護で使用した場合には、その間の居住費をご負担頂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、契約は解除となります。

* 入院中の居室については、短期入所利用者等の受入れ転用させていただきます。

* 3ヶ月以内の退院の見込み判断は診断書又は情報提供書によりいたします。

(3) 退所のための援助（契約書第18条参照）

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、退所のために以下の援助を行います。

- 適切な病院もしくは診療所または介護老人保健施設等の情報提供
- 居宅介護支援事業者の情報提供
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の情報提供

7. 残置物引取人について（契約書第21条参照）

入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて入所契約締結時に、「残置物引取人」を定めていただきます。当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

また、引き渡しにかかる費用については、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

8. 苦情の受付について（契約書第23条参照）

（1）施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の施設窓口で受付けます。

- 苦情受付担当者 井出 登美子
- 受付時間 午前8時30分 ～ 午後5時30分

また、苦情受付ボックスを設置してあります。

（2）行政機関その他苦情受付機関

佐久市高齢者福祉課	電話 0267-62-2111
長野県国民健康保険団体連合会	電話 026-238-1580
長野県福祉サービス運営適正化委員会	電話 0120-28-7109
立科町高齢者支援係	電話 0267-88-8406
小諸市高齢者福祉課	電話 0267-22-1700
御代田町町民課福祉係	電話 0267-32-3111
軽井沢町介護保険係	電話 0267-45-8111
東御市福祉課高齢者係	電話 0268-62-1111

9. その他

（1）成年後見制度・地域福祉権利擁護についてのお問い合わせ、ご相談に応じております。

（2）福祉サービス第三者評価の実施について

当施設では、これまで提供しているサービス内容や課題等についての福祉サービス第三者評価の実施実績はありません。

（3）写真・映像の利用について

法人の広報活動においてサービス提供時の写真や映像を利用させていただく場合がございます。名前等と一緒に、個人が特定出来るような使用は致しませんのでご理解下さい。

〈重要事項説明書付属文書〉

1. 施設の概要

- (1) 建物の構造 SRC造・RC造・S造 地下1階地上2階
カラーバリュウム鋼板葺
- (2) 建物の延べ床面積 3300.48㎡
- (3) 併設施設

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

『短期入所者生活介護』 平成15年4月1日指定

長野県 2072100445号 定員 6名

『認知症対応型通所介護』 平成15年4月1日指定

佐久市 2072100452号 定員10名

『訪問介護』 平成15年4月1日指定

長野県 2072100460号

『居宅介護支援事業所』 平成14年9月1日指定

長野県 2072100411号

(4) 施設の周辺環境

佐久市望月地区の中心に位置し、広い敷地内に芝生等の緑が多くやすらぎの空間がある。

また、施設の周辺には病院、消防署、交番等があり、安心して生活をしていただける環境です。

2. 職員の配置状況

〈配置職員の職種〉

介護職員 : ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。3名の利用者に対して1名(配置基準)を上回る介護職員を配置しています。

生活相談員 : ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。1名の生活相談員を配置しています。

看護職員 : 主に入所者の健康管理・薬剤管理や療養上のお世話を行います。日常生活上の介護、介助等も行います。2名以上の看護職員を配置しています。

機能訓練指導員 : ご契約者の機能訓練を担当します。1名の機能訓練指導員を配置しています。

介護支援専門員 : ご契約者に係る施設サービス計画(ケアプラン)を作成します。2名(介護職員兼務)の介護支援専門員を配置しています。

管理栄養士 : ご契約者に係る栄養管理を担当します。1名の管理栄養士を配置しています。

医師 : ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。1名(非常勤)の医師を配置しています。

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。（契約書第2条参照）

- ① 当施設の介護支援専門員（ケアマネージャー）に施設サービス計画の原案やそのために必要な調査等の業務を担当させます。
↓
- ② 担当者は施設サービス計画の原案について、ご契約者及び家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。
↓
- ③ 施設サービス計画は6ヶ月（※要介護認定有効期間）に1回、もしくはご契約者及び家族等の要請に応じて、変更があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご契約者及び家族等と協議して、施設サービス計画を変更します。
↓
- ④ 施設サービス計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付しその内容を確認していただきます。

4. サービス提供における事業者の義務（契約書第8条、第9条参照）

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ④ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間（事故・苦情・身体拘束に関する事項については5年間）保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させます。
- ⑤ ご契約者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者又は他の利用者の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ 事業者及びサービス従事者又は従業者は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。また、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際にはあらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

5. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

危険物・その他違法物品・ペット

(2) 面会

面会時間 午前 9時 ～ 午後 7時

来訪者は必ずその都度職員に届け出て下さい。

なお、来訪される場合、心づくし品等の持ち込みはご遠慮ください。

(3) 外出・外泊(契約書第22条参照)

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出ください。

但し、外泊については、最長で月6日間とさせていただきます。

(4) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。

(5) 施設・設備の使用上の注意(契約書第10条参照)

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。

○故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにも係わらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者の自己負担により原状に復していただくか、それ相当の代価をお支払いいただきます。

○ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。

但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。

○当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(6) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

(7) 買い物・散髪・散歩など

契約書第1条により、介助を必要としない行為については、契約者の意思を尊重し、その行為を妨げません。

(8) 当施設の介護方針等

○当施設はご契約者・ご家族・施設が一体となり、ご契約者の生活を支えていく考えです。特にご家族の支えは大変重要であり、面会等を通してご契約者・ご家族・そして当施設の職員とのコミュニケーションが十分図れるようご協力をお願いします。

○食事は、ご契約者自身で食べたい意志がある場合は介助されて食べるよりも数段美味しく感じられると考えます。又自分の体を使うことが、すなわち生活リハビリであり、たとえ時間がかかっても見守りを基本と致します。

○施設ではご契約者にあるがままの生活をさせていただきます。従って拘束等はいたしません。残されている身体機能を十分生かしたいと考えます。

ただし、サービスに手を尽くしても安全確保ができない場合はご契約者・ご家族と十分相談して、ご理解がいただけた場合のみ、拘束にあたる行為をする場合があります。これに対しては、施設内で十分検討し審査をさせていただきます。

○日常生活用品のうち、個人所有物としての衣料・消耗品・備品等は個人購入となります。歯ブラシ・歯磨き粉等の身の回り品の補充については職員が購入させていただきます場合がございます。その場合は実費にてお支払いをお願いします。

○衣料品類はご家族で購入され、ご持参ください。また、季節の衣替え時は衣類の持参もお願いします。

○車いす、シルバーカー等愛用のものがある場合はご持参ください。ご契約者の状態に合わせて車いす等が特定される場合、実費でご用意いただくことがあります。

○ご契約者が地域の旅行やプライベート旅行に行く場合の費用は実費となります。その旅行に職員の同行を必要と希望される場合は、職員にかかる旅費を負担いただくこととなります。

○施設利用料金と食事以外に当施設で発生する費用としては、再度、重要事項説明書の確認をお願いいたします。

(9) 病気になった場合

○医療機関で受診された場合は、医療費が必要となります。

○病院等の受診は原則としてご家族対応をお願いいたします。状況により当施設の職員が付き添いますが、ご家族がおられると診断結果・治療方針・入院判断等の重要な説明が医師から直接され、円滑な治療が望めます。

○入院治療中は医療保険給付の範囲となるため施設からの介護はできませんので付き添い等はご家族対応となります。

○入院中の治療方針及び病院の変更等の判断は、ご契約者・ご家族にお願いいたします。但し、退院による施設への帰所時期の打ち合せ等は当施設の相談員・看護師がさせていただきます場合がございます。

○入院期間が3ヶ月を超えると契約解除となります。従って、入院が3ヶ月を超えると診断された日を起点に、速やかに退所の手続きをお願いいたします。契約終了後は速やかに居室の明け渡しをお願いいたします。明け渡しが遅れる場合は規定の料金を頂くこととなります。

6. 損害賠償について（契約書第11条、第12条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失がある場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

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際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 結いの家

説明者

職名：

氏名：

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者

住所

氏名

_____ 印

署名代理人（後見人）

住所

氏名

_____ 印

（続柄： _____）

① 保証人・身元引受人（残置物引取人）

住所

氏名

_____ 印

（続柄： _____）

② 保証人

住所

氏名

_____ 印

（続柄： _____）

区分	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室
【第1段階】 生活保護受給者、市民税 非課税世帯で老齢福祉 年金受給者	居住費	9,600 [320]	0	9,600 [320]	0	9,600 [320]	0	9,600 [320]	0	9,600 [320]
	食費	9,000 [300]	[300]	9,000 [300]	[300]	9,000 [300]	[300]	9,000 [300]	[300]	9,000 [300]
	介護報酬	17,190	17,190	19,230	19,230	21,360	21,360	23,400	23,400	25,410
	日常生活継続支援加算	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080
	夜勤職員配置加算Ⅲイ	840	840	840	840	840	840	840	840	840
	看護職員体制加算Ⅰ	180	180	180	180	180	180	180	180	180
	看護職員体制加算Ⅱ	390	390	390	390	390	390	390	390	390
	栄養マネジメント強化加算	330	330	330	330	330	330	330	330	330
	科学的介護推進加算	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	口腔衛生管理加算	30	30	30	30	30	30	30	30	30
【第2段階】 市民税非課税世帯で年金 受給額80万円以下	介護職員処遇改善加算Ⅰ	1,667	1,667	1,837	1,837	2,014	2,014	2,183	2,183	2,350
	介護職員特定処遇改善加算Ⅰ	542	542	598	598	655	655	710	710	764
	介護職員等ベースアップ等加算	321	321	354	354	388	388	421	421	453
	介護保険料負担額計	22,621	22,300	24,918	24,918	27,317	27,317	29,614	29,614	31,877
	合計	41,221	31,300	43,518	33,918	45,917	36,317	48,214	38,614	50,477
	居住費	12,600 [420]	11,100 [370]	12,600 [420]	11,100 [370]	12,600 [420]	11,100 [370]	12,600 [420]	11,100 [370]	12,600 [420]
	食費	11,700 [390]	[390]	11,700 [390]	[390]	11,700 [390]	[390]	11,700 [390]	[390]	11,700 [390]
	介護報酬	17,190	17,190	19,230	19,230	21,360	21,360	23,400	23,400	25,410
	日常生活継続支援加算	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080
	夜勤職員配置加算Ⅲイ	840	840	840	840	840	840	840	840	840
看護職員体制加算Ⅰ	180	180	180	180	180	180	180	180	180	
看護職員体制加算Ⅱ	390	390	390	390	390	390	390	390	390	
栄養マネジメント強化加算	330	330	330	330	330	330	330	330	330	
科学的介護推進加算	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
口腔衛生管理加算	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1,667	1,667	1,837	1,837	2,014	2,014	2,183	2,183	2,350	
介護職員特定処遇改善加算Ⅰ	542	542	598	598	655	655	710	710	764	
介護職員等ベースアップ等加算	321	321	354	354	388	388	421	421	453	
介護保険料負担額計	22,300	22,300	24,918	24,918	27,317	27,317	29,614	29,614	31,877	
合計	46,600	45,100	49,218	47,718	51,617	50,117	53,914	52,414	56,177	

※ 介護保険料は1割負担で計算しています。1ヶ月30日で計算しているため、利用月によって多少誤差があります。
 ※ 処遇改善加算は介護保険料合計の8.3%、介護職員等特定処遇改善加算は2.7%、ベースアップ等加算は1.6%です。
 ※ 対象者には別途、加算等(褥瘡マネジメント加算、療養食加算、看取り介護加算等)を算定させていただく場合がございます。
 特別養護老人ホーム結いの家 入所者負担金(利用料)表(月額)

区	分	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
		個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室
【第3段階①】 市民税非課税世帯で年金 受給額80万円超120万円 以下の方	居住費	24,600 [820]	11,100 [370]	24,600 [820]	11,100 [370]	24,600 [820]	11,100 [370]	24,600 [820]	11,100 [370]	24,600 [820]	11,100 [370]
	食費	19,500 [650]	19,500 [650]	19,500 [650]	19,500 [650]	19,500 [650]	19,500 [650]	19,500 [650]	19,500 [650]	19,500 [650]	19,500 [650]
	介護報酬	17,190	17,190	19,230	19,230	21,360	21,360	23,400	23,400	25,410	25,410
	日常生活継続支援加算	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080
	夜勤職員配置加算Ⅲイ	840	840	840	840	840	840	840	840	840	840
	看護職員体制加算Ⅰ	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180
	看護職員体制加算Ⅱ	390	390	390	390	390	390	390	390	390	390
	栄養マネジメント強化加算	330	330	330	330	330	330	330	330	330	330
	科学的介護推進加算	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	口腔衛生管理加算	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	1,667	1,667	1,837	1,837	2,014	2,014	2,183	2,183	2,350	2,350
	介護職員特定処遇改善加算Ⅰ	542	542	598	598	655	655	710	710	764	764
介護職員等ベースアップ等加算	321	321	354	354	388	388	421	421	453	453	
介護保険料負担額計	22,300	22,300	24,918	24,918	27,317	27,317	29,614	29,614	31,877	31,877	
合計	66,400	52,900	69,018	55,518	71,417	57,917	73,714	60,214	75,977	62,477	
【第3段階②】 市民税非課税世帯で年金 受給額120万円超の方	居住費	24,600 [820]	11,100 [370]	24,600 [820]	11,100 [370]	24,600 [820]	11,100 [370]	24,600 [820]	11,100 [370]	24,600 [820]	11,100 [370]
	食費	40,800 [1,360]	40,800 [1,360]	40,800 [1,360]	40,800 [1,360]	40,800 [1,360]	40,800 [1,360]	40,800 [1,360]	40,800 [1,360]	40,800 [1,360]	40,800 [1,360]
	介護報酬	17,190	17,190	19,230	19,230	21,360	21,360	23,400	23,400	25,410	25,410
	日常生活継続支援加算	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080
	夜勤職員配置加算Ⅲイ	840	840	840	840	840	840	840	840	840	840
	看護職員体制加算Ⅰ	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180
	看護職員体制加算Ⅱ	390	390	390	390	390	390	390	390	390	390
	栄養マネジメント強化加算	330	330	330	330	330	330	330	330	330	330
	科学的介護推進加算	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	口腔衛生管理加算	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	1,667	1,667	1,837	1,837	2,014	2,014	2,183	2,183	2,350	2,350
	介護職員特定処遇改善加算Ⅰ	542	542	598	598	655	655	710	710	764	764
介護職員等ベースアップ等加算	321	321	354	354	388	388	421	421	453	453	
介護保険料負担額計	22,300	22,300	24,918	24,918	27,317	27,317	29,614	29,614	31,877	31,877	
合計	87,700	74,200	90,318	76,818	92,717	79,217	95,014	81,514	97,277	83,777	

※ 介護保険料は1割負担で計算しています。1ヶ月30日で計算しているため、利用月によって多少誤差があります。
 ※ 処遇改善加算は介護保険料合計の8.3%、介護職員等特定処遇改善加算は2.7%、ベースアップ等加算は1.6%です。
 ※ 対象者には別途、加算等(褥瘡マネジメント加算、療養食加算、看取り介護加算等)を算定させていただく場合がございます。
 特別養護老人ホーム結いの家 入所者負担金(利用料)表(月額)

区	分	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
		個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室
【第4段階】 上記以外の方	居住費	48,300 [1,580]	34,500 [1,120]	48,300 [1,580]	34,500 [1,120]	48,300 [1,580]	34,500 [1,120]	48,300 [1,580]	34,500 [1,120]	48,300 [1,580]	34,500 [1,120]
	食費	49,500	[1,650]	49,500	[1,650]	49,500	[1,650]	49,500	[1,650]	49,500	[1,650]
	介護報酬	17,190	17,190	19,230	19,230	21,360	21,360	23,400	23,400	25,410	25,410
	日常生活継続支援加算	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080	1,080
	夜勤職員配置加算Ⅲイ	840	840	840	840	840	840	840	840	840	840
	看護職員体制加算Ⅰ	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180
	看護職員体制加算Ⅱ	390	390	390	390	390	390	390	390	390	390
	栄養マネジメント強化加算	330	330	330	330	330	330	330	330	330	330
	科学的介護推進加算	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	口腔衛生管理加算	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	1,667	1,667	1,837	1,837	2,014	2,014	2,183	2,183	2,350	2,350
	介護職員特定処遇改善加算Ⅰ	542	542	598	598	655	655	710	710	764	764
	介護職員等ベースアップ等加算	321	321	354	354	388	388	421	421	453	453
	介護保険料負担額計	22,300	22,300	24,918	24,918	27,317	27,317	29,614	29,614	31,877	31,877
	合計	120,100	106,300	122,718	108,918	125,117	111,317	127,414	113,614	129,677	115,877

※ 介護保険料は1割負担で計算しています。1ヶ月30日で計算しているため、利用月によって多少誤差があります。
 ※ 処遇改善加算は介護保険料合計の8.3%、介護職員等特定処遇改善加算は2.7%、ベースアップ等加算は1.6%です。
 ※ 対象者には別途、加算等(褥瘡マネジメント加算、療養食加算、看取り介護加算等)を算定させていただく場合がございます。

「指定短期入所生活介護」結いの家 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(長野県指定第 2072100445 号)

当事業所はご契約者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

◆◆ 目 次 ◆◆

1. 事業者について
2. 事業所の概要について
3. 職員の配置状況について
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金について
5. サービス利用をやめる場合について (契約終了について)
6. 苦情の受付について
7. その他

1. 事業者について

- | | |
|-----------|-------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 望月悠玄福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 長野県佐久市布施 7 6 9 番地 1 |
| (3) 電話番号 | 0 2 6 7 - 7 8 - 5 1 3 1 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 大塚 秀徳 |
| (5) 設立年月日 | 昭和 59 年 8 月 3 日 |

2. 事業所の概要について

- | | |
|--------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 指定短期入所生活介護施設(併設型・空床利用型)
・平成 15 年 4 月 1 日指定 (長野県第 2072100445 号)
※当事業所は特別養護老人ホーム結いの家に併設されています。 |
| (2) 事業所の目的 | 利用者の自立 |
| (3) 事業所の名称 | 短期入所生活介護施設結いの家 |
| (4) 事業所の所在地 | 佐久市望月 3 2 6 番地 4 |
| (5) 電話番号 | 0 2 6 7 - 5 4 - 8 1 7 6 |
| (6) 管理者氏名 | 施設長 井出 登美子 |
| (7) 事業所の運営方針 | 別 紙 |
| (8) 開設年月日 | 平成 15 年 4 月 1 日 |

(9) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	月曜日～金曜日 8時30分～17時30分

(10) 利用定員 6人

(11) 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	8室	洗面所付
2人部屋	8室	洗面所付
4人部屋	8室	洗面所付(6室トイレ付)
合計	24室	
食堂	4室	ダイニングルーム(14名用)
機能訓練室	1室	
浴室	3室	一般浴槽3台、特殊寝台浴槽1台
医務室	1室	

※ 上記は、厚生省が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所に設置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担をいただく費用はありません。

※ ご契約者の心身の状況や他ご契約者の状況、施設全体の状況等により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとしします。

※ 上記居室・設備は特別養護老人ホームと兼用です。

3. 職員の配置状況について

当事業所では、ご契約者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

《主な職員の配置状況》 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	配置人数	指定基準
1. 管理者	1名	1名
2. 介護職員又は看護職員	2名以上	常勤換算で2名以上
3. 生活相談員	1名	常勤換算で1名以上
4. 機能訓練指導士	1名	1名以上
5. 医師	1名(非常勤)	必要数
6. 管理栄養士	1名	1名以上

※上記職員配置は特別養護老人ホーム職員との兼務です。

《主な職種の勤務体制》

職種	勤務体制
1. 医師	毎週1回 13:30～ 嘱託医による回診等
2. 看護職員	【早出】 8:00～17:00 1名 【遅出】 9:00～18:00 1名
3. 介護職員	標準的な時間帯における配置人員 【早朝】 6:30～15:30 4名

	【日勤】 10:00～19:00	2名
	【遅番】 13:00～22:00	2名
	【遅番】 15:00～ 0:00	2名
	【夜勤】 22:00～ 7:00	1名
	【夜勤】 0:00～ 9:00	2名
4. 生活相談員	【日勤】 8:30～17:30	1名

4. 当事業所が提供する短期入所生活介護サービスと利用料金について

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 |
| (2) 利用料金が全額をご契約者に負担いただく場合 |

があります。

(1) 当事業所が提供する基準介護サービス(契約書第4条参照)

<サービスの概要>

居室の提供、入浴、食事、排泄等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を提供するものとします。

上記サービスについては、食費、居住費を除き通常9割が介護保険から給付されます。

<サービス利用料金(1日あたり)> (契約書第7条参照)

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)と居室と食事に係る自己負担額の合計金額をお支払いください。(サービス利用料金は、ご契約者の要介護度、負担割合等によって異なります。)

個室利用時 (※ 介護保険負担割合証の負担割合が1割の場合)

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
併設型短期入所 生活介護利用料金	5,960 円/日	6,650 円/日	7,370 円/日	8,060 円/日	8,740 円/日
自己負額	596 円/日	665 円/日	737 円/日	806 円/日	874 円/日
サービス提供体制 強化加算(II)	18 円/日				
夜勤職員配置加算(III)	15 円/日				
緊急短期入所受入加算	90 円/日 (該当時、7日間のみ算定)				
療養食加算	8 円/回				
送迎加算	184 円/片道				
介護職員処遇改善 加算 I	1月当たりの総単位数の8.3% (ただし区分支給限度額の算定対象外)				
介護職員特定処遇 改善加算 I	1月当たりの総単位数の2.7% (ただし区分支給限度額の算定対象外)				

介護職員等ベースアップ等支援加算	1月当たりの総単位数の1.6% (ただし区分支給限度額の算定対象外)
食費	1日3食 1,650円、日常嗜好品費 108円 (朝食:430円、昼食:670円、夕食:550円)
住居費	1日あたり1,610円

多床利用時室 (※ 介護保険負担割合証の負担割合が1割の場合)

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
併設型短期入所 生活介護利用料金	5,960円/日	6,650円/日	7,370円/日	8,060円/日	8,740円/日
自己負額	596円/日	665円/日	737円/日	806円/日	874円/日
サービス提供体制 強化加算(Ⅱ)	18円/日				
夜勤職員配置加算(Ⅲ)	15円/日				
緊急短期入所受入加算	90円/日 (該当時、7日間のみ算定)				
療養食加算	8円/回				
送迎加算	184円/片道				
介護職員処遇改善 加算Ⅰ	1月当たりの総単位数の8.3% (ただし区分支給限度額の算定対象外)				
介護職員特定処遇 改善加算Ⅰ	1月当たりの総単位数の2.7% (ただし区分支給限度額の算定対象外)				
介護職員等ベースアップ等支援加算	1月当たりの総単位数の1.6% (ただし区分支給限度額の算定対象外)				
食費	1日3食 1,650円、日常嗜好品費 108円 (朝食:430円、昼食:670円、夕食:550円)				
住居費	1日あたり1,150円				

※ 介護保険料の負担割合(1割～3割)については、市町村から交付される「介護保険負担割合証」に準じます。

※ 「介護保険負担限度額認定証」または「介護保険特定負担限度額認定証」が保険者から交付されている方の⑬食費及び⑭住居費については、下記料金表のとおり、利用者負担段階に応じて負担限度額お支払いいただきます。基準費用額との差額は、介護保険より補足給付されます。

利用者 負担段階	食費(日額)		居住費(日額)			
	基準費用額	負担限度額	基準費用額	負担限度額	基準費用額	負担限度額
第1段階	1,445円	300円	個室	320円	多床室	0円

第2段階		600円	1,171円	420円	855円	370円
第3段階①		1,000円				
第3段階②		1,300円		820円		370円
第4段階	1,650円		1,610円		1,150円	

※ ご利用者様の医療行為の状況及び施設全体の医療行為の総量等によっては、ご利用の見合わせをお願いすることもございますが、ご了承下さい。

(2) 当事業所が提供する(1)以外のサービス(契約書第5条、第7条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

【その他日常生活費】

その他の日常生活費		金額	
項目	内容	毎日の費用	個別実費
日常生活品	・利用者の希望によりカミ等日常生活用品を使用した場合	*	実費
嗜好品	・アルコール全般・タバコ各種	*	実費
	・おせち料理、寿司、焼き肉パーティー等の特別な行事食を提供する場合、喫茶等利用時等	*	実費
衛生材料	・包帯・ガーゼ等、治療や処置に使用する場合 ※ 日頃使用されている物があればご持参ください。	*	実費
行事参加費	・入場料・交通費・行事諸雑費	*	実費
電気代	・電化製品を使用の場合(テレビ・ラジカセ・冷蔵庫等)	60円	*

(3) 利用料金のお支払方法(契約書第7条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、毎月20日までに前月分の請求をいたしますので、指定日までに口座自動引き落としの方法でお支払いください。なお、現金でお支払いいただく場合は、平日9:00~17:00の間に悠玄福祉社会事務局(佐久市布施769-1)へ請求書を持参のうえお支払いください。

※ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付が直接事業者を支払われない場合があります。この場合は、一旦利用料金の全額をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を佐久市役所望月支所に提出すると、差額の払い戻しを受けることができます。

(4) 利用の中止・変更・追加(契約書第8条参照)

利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、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。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者申し出て下さい。

利用予定日の前日までに申し出がなく、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、ご契約者の体調不良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	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

サービス利用の変更・追加申し出に対して、事業所の稼働状況により契約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契約者に提示して協議します。

ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

(5) サービス利用にあたっての注意事項

《送迎時間》 送迎時間は交通事情等により希望時間を前後する場合がございます。

《体調の確認》 ご家族においても利用前に体調の確認をお願いします。風邪、病気等体調不良の際はサービスの提供をお断りすることがあります。

《体調不良時》 利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その際は、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じ速やかに主治医又は歯科医師に連絡を取るなど必要な措置を講じます。なお、当事業所は下記の医療機関と嘱託医契約の締結をしております。ご家族に連絡が取れない場合、緊急の場合には嘱託医の指示により救急搬送等を行う場合があります。

下記医療機関での診療・治療を義務づけるものではありません。

【医療機関名】 川西赤十字病院

【所在地】 長野県佐久市望月 318 【電話番号】 0267-53-3011

《利用中の事故について》

当事業所は可能な限り自立した生活を続けていただく為、過介護をせず、自ら行動することで残存機能を活用し、自宅でも自立した生活が送れることを目指しております。職員もできる限り注意をしておりますが、不幸にして事故が発生した場合は、以下の損害賠償責任保険等を適応させていただきます。尚、当施設では以下のとおりの賠償責任保険に加入しています。

【保険名】 あいおいニッセイ同和損害保険(株) 社会福祉事業者総合保険

【保障内容】 対人 1名 1億円 ・ 対物 1,000万円

(6) 緊急時の対応

サービス提供中に様態に変化があった場合は、事前うちあわせにより、主治医、救急隊、ご家族、ケアマネージャー等へ連絡をいたします。

	氏名 ・ 所属	電話番号
主治医(病院・医師)	先生 ()	
救急時搬送病院	病 院	
緊急時キーパーソン	様 (続柄)	
担当ケアマネージャー	様 ()	

5. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこの様な事項に該当するに至った場合には、当施設との契約を終了します。（契約書第16条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- 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事業所を閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当事業所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 ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑥ 事業者から契約解除の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください。）

(1) ご契約者から解約・契約解除の申し出（契約書第17条、第18条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には契約終了を希望する日の3日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 介護保険の基準外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める短期入所生活介護サービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・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
- ⑦ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を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、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第19条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、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 ご契約者によるサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、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

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第16条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を

勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

6. 苦情の受付について（契約書第21条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付担当者 井出 登美子
- 受付時間 午前8:30分～午後5時30分

（2）行政機関その他苦情受付機関

佐久市高齢者福祉課	【電話】0267-62-2111
長野県国民健康保険団体連合会	【電話】026-238-1580
長野県福祉サービス運営適正化委員会	【電話】0120-28-7109
立科町高齢者支援係	【電話】0267-88-8406
小諸市高齢者福祉課	【電話】0267-22-1700
御代田町町民課福祉係	【電話】0267-32-3111
軽井沢町介護保険係	【電話】0267-45-8111
東御市福祉課高齢者係	【電話】0268-62-1111

7. その他

（1）福祉サービス第三者評価の実施について

当事業所では、これまで提供しているサービス内容や課題等についての福祉サービス第三者評価の実施実績はありません。

（2）写真・映像の利用について

法人の広報活動においてサービス提供時の写真や映像を利用させていただく場合がございます。名前等と一緒に、個人が特定出来るような使用は致しませんのでご理解下さい。

〈重要事項説明書付属文書〉

1. 施設の概要

- ① 建物の構造 SRC造・RC造・S造地下1階地上2階
カラーバリュウム鋼板葺
- ② 建物の延べ床面積 3300.48㎡

(1) 併設施設

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

- ・『指定介護老人福祉施設』平成15年4月1日指定
長野県 2072100437号 定員 50名
- ・『認知症対応型通所介護』平成15年4月1日指定
佐久市 2072100452号 定員 10名
- ・『訪問介護』平成15年4月1日指定
長野県 2072100460号
- ・『居宅介護支援事業所』平成14年9月1日指定
長野県 2072100411号

(2) 施設の周辺環境

佐久市望月地区の中心に位置し、広い敷地内に芝生等緑が多くやすらぎの空間がある。また、施設の周辺には病院、消防署、交番等があり、安心して生活していただける環境です。

2. 職員の配置状況

〈配置職員の職種〉

介護職員：ご契約者の日常生活上の介護、並びに健康保持のため、相談・助言等を行います。3名の利用者に対して1名（配置基準）を上回る介護職員を配置しています。

生活相談員：ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行ないます。1名の生活相談員を配置しています。

看護職員：主に入所者の健康管理・薬剤管理や療養上のお世話を行います。日常生活上の介護、介助等も行います。

機能訓練指導員：ご契約者の機能訓練を担当します。1名の機能訓練指導員を配置しています。

管理栄養士：ご契約者に係る栄養管理を担当します。1名の管理栄養士を配置しています。

医師：ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。1名（非常勤）の医師を配置しています。

3. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

入所にあたり、以下の物は原則として持ち込むことができません。

【危険物・その他違法物品・ペット】

(2) 面会

【面会時間】 午前 9 時 ～ 午後 7 時

来訪者は必ずその都度職員に届け出て下さい。

尚、来訪させる場合、心づくし品等の持ち込みはご遠慮ください。

(3) 外出

外出をされる場合は、事前にお申し出ください。

(4) 施設・設備の使用上の注意(契約書第 1 2 条参照)

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。

○故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにも係わらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者の自己負担により原状に復していただくか、それ相当の代価をお支払いいただきます。

○ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることが出来るものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

○当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(5) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

(6) 買い物・散髪・散歩など

契約書第 1 条にのっとり、介助を必要としない行為については、ご契約者の意思を尊重し、その行為を妨げません。

4. 当施設の介護方針等

(1) 食事は、ご契約者自身で食べたい意志がある場合は介助されて食べるよりも数段美味しく感じられると考えます。又自分の体を使うことが、すなわち生活リハビリであり、たとえ時間がかかっても見守りを基本と致します。

(2) 施設ではご契約者にあるがままの生活をしていただきます。従って拘束等はいたしません。残されている身体機能を十分生かしたいと考えます。

但し、サービスに手を尽くしても安全確保ができない場合はご契約者・ご家族と十分相談して、ご理解がいただけた場合のみ、拘束にあたる行為をする場合もあります。これに対しては、施設内で十分検討し審査をさせていただきます。

(3) 車椅子・シルバーカー等愛用の物がある場合にはご持参ください。特にご契約者の状態に合わせて車椅子等が特定される場合は、必ずご用意下さい。

(4) 施設利用料金と食事以外に当施設で発生する費用としては次のものが必要となります。再度、重要事項説明書の確認をお願いいたします。

・日常生活品	実	費
・嗜好品	実	費

- ・電 気 代 （ 個人 の 電 化 製 品 を 使 用 の 場 合 ） 1 日 あ た り 6 0 円
- ・ そ の 他 個 別 使 用 品 実 費

5. 損害賠償について（契約書第13条、第14条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、契約者に故意又は過失がある場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

令和 年 月 日

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

短期入所生活介護施設 結いの家

説明者

職 名

氏 名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者

住 所

氏 名

_____ 印

契約者代理人

住 所

氏 名

_____ 印

(続柄：)

「指定介護予防短期入所生活介護」結いの家 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(長野県指定第 2072100445 号)

当事業所はご契約者に対して指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。

◇◆ 目 次 ◆◇

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 職員の配置状況
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金
5. サービス利用をやめる場合（契約終了について）
6. 苦情の受付について
7. その他

1. 事業者について

- | | |
|-----------|-------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 望月悠玄福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 長野県佐久市布施 7 6 9 番地 1 |
| (3) 電話番号 | 0 2 6 7 - 7 8 - 5 1 3 1 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 大塚 秀徳 |
| (5) 設立年月日 | 昭和 59 年 8 月 3 日 |

2. 事業所の概要について

- | | |
|--------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 指定介護予防短期入所生活介護施設(併設型・空床利用型)
・平成 15 年 4 月 1 日指定 (長野県第 2072100445 号)
※当事業所は特別養護老人ホーム結いの家に併設されています。 |
| (2) 事業所の目的 | 利用者の自立 |
| (3) 事業所の名称 | 介護予防短期入所生活介護施設 結いの家 |
| (4) 事業所の所在地 | 佐久市望月 3 2 6 番地 4 |
| (5) 電話番号 | 0 2 6 7 - 5 4 - 8 1 7 6 |
| (6) 管理者氏名 | 施設長 井出 登美子 |
| (7) 事業所の運営方針 | 別 紙 |
| (8) 開設年月日 | 平成 15 年 4 月 1 日 |

(9) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	月曜日～金曜日 8時30分～17時30分

(10) 利用定員 6人

(11) 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	8室	洗面所付
2人部屋	8室	洗面所付
4人部屋	8室	洗面所付(6室トイレ付)
合計	24室	
食堂	4室	ダイニングルーム(14名用)
機能訓練室	1室	
浴室	3室	一般浴槽3台、特殊寝台浴槽1台
医務室	1室	

※ 上記は、厚生省が定める基準により、指定介護予防短期入所生活介護事業所に設置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担をいただく費用はありません。

※ ご契約者の心身の状況や他ご契約者の状況、施設全体の状況等により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとしします。

※ 上記居室・設備は特別養護老人ホームと兼用です。

3. 職員の配置状況について

当事業所では、ご契約者に対して指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

《主な職員の配置状況》 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	配置人数	指定基準
1. 管理者	1名	1名
2. 介護職員又は看護職員	2名以上	常勤換算で2名以上
3. 生活相談員	1名	常勤換算で1名以上
4. 機能訓練指導士	1名	1名以上
5. 医師	1名(非常勤)	必要数
6. 管理栄養士	1名	1名以上

※上記職員配置は特別養護老人ホーム職員との兼務です。

《主な職種の勤務体制》

職種	勤務体制
1. 医師	毎週1回 14:00～ 嘱託医による回診等
2. 看護職員	【早出】 8:00～17:00 1名 【遅出】 9:00～18:00 1名
3. 介護職員	標準的な時間帯における配置人員 【早朝】 6:30～15:30 4名

	【日勤】	10:00～19:00	2名
	【遅番】	13:00～22:00	2名
	【遅番】	15:00～ 0:00	2名
	【夜勤】	22:00～ 7:00	1名
	【夜勤】	0:00～ 9:00	2名
4. 生活相談員	【日勤】	8:30～17:30	1名

4. 当事業所が提供する指定介護予防短期入所生活介護サービスと利用料金について

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金が全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 当事業所が提供する基準介護サービス(契約書第4条参照)

<サービスの概要>

居室の提供、入浴、食事、排泄等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を提供するものとします。

上記サービスについては、食費、居住費を除き通常9割が介護保険から給付されます。

<サービス利用料金(1日あたり)> (契約書第7条参照)

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)と居室と食事に係る自己負担額の合計金額をお支払いください。(サービス利用料金は、ご契約者の要介護度、負担割合等によって異なります。)

個室利用時 (※ 介護保険負担割合証の負担割合が1割の場合)

介護度	要支援 1	要支援 2
指定介護予防短期入所生活介護利用料金	4,460 円/日	5,550 円/日
自己負担額	446 円/日	555 円/日
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 円/日	
緊急短期入所受入加算	90 円/日 (該当時、7日間のみ算定)	
療養食加算	8 円/回	
送迎加算	184 円/片道	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1月当たりの総単位数の8.3% (ただし区分支給限度額の算定対象外)	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1月当たりの総単位数の2.7% (ただし区分支給限度額の算定対象外)	
介護職員等ベースアップ等支援加算	1月当たりの総単位数の1.6% (ただし区分支給限度額の算定対象外)	
食費	1日3食 1,650 円、日常嗜好品費 108 円 (朝食:430 円、昼食:670 円、夕食:550 円)	

住居費	1日あたり 1,610 円
-----	---------------

多床利用時室（※ 介護保険負担割合証の負担割合が1割の場合）

介護度	要支援 1	要支援 2
指定介護予防短期入所生活介護利用料金	4,460 円/日	5,550 円/日
自己負額	446 円/日	555 円/日
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 円/日	
緊急短期入所受入加算	90 円/日（該当時、7日間のみ算定）	
療養食加算	8 円/回	
送迎加算	184 円/片道	
介護職員処遇改善加算 I	1月当たりの総単位数の 8.3% （ただし区分支給限度額の算定対象外）	
介護職員等特定処遇改善加算 I	1月当たりの総単位数の 2.7% （ただし区分支給限度額の算定対象外）	
介護職員等ベースアップ等支援加算	1月当たりの総単位数の 1.6% （ただし区分支給限度額の算定対象外）	
食費	1日3食 1,650 円、日常嗜好品費 108 円 （朝食:430 円、昼食:670 円、夕食:550 円）	
住居費	1日あたり 1,150 円	

※ 介護保険料の負担割合(1割～3割)については、市町村から交付される「介護保険負担割合証」に準じます。

※ 「介護保険負担限度額認定証」または「介護保険特定負担限度額認定証」が保険者から交付されている方の⑨食費及び⑩住居費については、下記料金表のとおり、利用者負担段階に応じて負担限度額お支払いいただきます。基準費用額との差額は、介護保険より補足給付されます。

利用者負担段階	食費(日額)		居住費(日額)			
	基準費用額	負担限度額	基準費用額	負担限度額	基準費用額	負担限度額
第1段階	1,445 円	300 円	個室 1,171 円	320 円	多床室 855 円	0 円
第2段階		600 円		420 円		370 円
第3段階①		1,000 円		820 円		370 円
第3段階②		1,300 円				
第4段階	1,650 円		1,610 円		1,150 円	

※ ご利用者様の医療行為の状況及び施設全体の医療行為の総量等によっては、ご利用の見合わせをお願いすることもございますが、ご了承下さい。

- (2) 当事業所が提供する(1)以外のサービス(契約書第5条、第7条参照)
以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

【その他日常生活費】

その他の日常生活費		金 額	
項 目	内 容	毎日の費用	個別実費
日常生活品	・利用者の希望によりがリ等日常生活用品を使用した場合	*	実 費
嗜 好 品	・アルコール全般・タバコ各種	*	実 費
	・おせち料理、寿司、焼き肉パーティー等の特別な行事食を提供する場合、喫茶等利用時等	*	実 費
衛生材料	・包帯・ガーゼ等、治療や処置に使用する場合 ※ 日頃使用されている物があればご持参ください。	*	実 費
行事参加費	・入場料・交通費・行事諸雑費	*	実 費
電 気 代	・電化製品を使用の場合（テレビ・ラジカセ・冷蔵庫等）	60 円	*

(3) 利用料金のお支払方法（契約書第7条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、毎月20日までに前月分の請求をいたしますので、指定日までに口座自動引き落としの方法でお支払いください。なお、現金でお支払いいただく場合は、平日9:00～17:00の間に悠玄福祉会事務局（佐久市布施769-1）へ請求書を持参のうえお支払いください。

※ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付が直接事業者を支払われない場合があります。この場合は、一旦利用料金の全額をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を佐久市役所望月支所に提出すると、差額の払い戻しを受けることができます。

(4) 利用の中止・変更・追加（契約書第8条参照）

利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、指定介護予防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。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者申し出て下さい。

利用予定日の前日までに申し出がなく、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、ご契約者の体調不良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	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

サービス利用の変更・追加申し出に対して、事業所の稼働状況により契約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契約者に提示して協議します。

ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

(5) サービス利用にあたっての注意事項

《送迎時間》 送迎時間は交通事情等により希望時間を前後する場合がございます。

《体調の確認》 ご家族においても利用前に体調の確認をお願いします。風邪、病気等

体調不良の際はサービスの提供をお断りすることがあります。

《体調不良時》利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その際は、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じ速やかに主治医又は歯科医師に連絡を取るなど必要な措置を講じます。なお、当事業所は下記の医療機関と嘱託医契約の締結をしております。ご家族に連絡が取れない場合、緊急の場合には嘱託医の指示により救急搬送等を行う場合があります。

下記医療機関での診療・治療を義務づけるものではありません。

【医療機関名】川西赤十字病院

【所在地】長野県佐久市望月 318 【電話番号】0267-53-3011

《利用中の事故について》

当事業所は可能な限り自立した生活を続けていただく為、過介護をせず、自ら行動することで残存機能を活用し、自宅でも自立した生活が送れることを目指しております。職員もできる限り注意をしておりますが、不幸にして事故が発生した場合は、以下の損害賠償責任保険等を適応させていただきます。尚、当施設では以下のとおりの賠償責任保険に加入しています。

【保険名】 あいおいニッセイ同和損害保険(株) 社会福祉事業者総合保険

【保障内容】 対人 1名 1億円 ・ 対物 1,000万円

(6) 緊急時の対応

サービス提供中に様態に変化があった場合は、事前うちあわせにより、主治医、救急隊、ご家族、ケアマネージャー等へ連絡をいたします。

	氏名 ・ 所属	電話番号
主治医(病院・医師)	先生 ()	
救急時搬送病院	病 院	
緊急時キーパーソン	様 (続柄)	
担当ケアマネージャー	様 ()	

5. サービス利用をやめる場合 (契約の終了について)

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこの様な事項に該当するに至った場合には、当施設との契約を終了します。(契約書第16条参照)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① ご契約者が死亡した場合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事業所を閉鎖した場合③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合 |
|---|

- ④ 当事業所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 ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑥ 事業者から契約解除の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください。）

(1) ご契約者から解約・契約解除の申し出（契約書第17条、第18条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には契約終了を希望する日の3日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 介護保険の基準外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める短期入所生活介護サービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・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
- ⑦ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を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、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第19条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、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 ご契約者によるサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、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

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第16条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

6. 苦情の受付について（契約書第21条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付担当者 井出 登美子
- 受付時間 午前8:30分～午後5時30分

(2) 行政機関その他苦情受付機関

佐久市高齢者福祉課	【電話】 0267-62-2111
長野県国民健康保険団体連合会	【電話】 026-238-1580
長野県福祉サービス運営適正化委員会	【電話】 0120-28-7109
立科町高齢者支援係	【電話】 0267-88-8406
小諸市高齢者福祉課	【電話】 0267-22-1700
御代田町町民課福祉係	【電話】 0267-32-3111
軽井沢町介護保険係	【電話】 0267-45-8111
東御市福祉課高齢者係	【電話】 0268-62-1111

7. その他

(1) 福祉サービス第三者評価の実施について

当事業所では、これまで当該施設で提供しているサービス内容や課題等についての福祉サービス第三者評価の実施実績はありません。

(2) 写真・映像の利用について

法人の広報活動においてサービス提供時の写真や映像を利用させていただく場合がございます。名前等と一緒に、個人が特定出来るような使用は致しませんのでご理解下さい。

〈重要事項説明書付属文書〉

1. 施設の概要

① 建物の構造 SRC造・RC造・S造地下1階地上2階
カラーバリュウム鋼板葺

② 建物の延べ床面積 3300.48㎡

(1) 併設施設

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

・『指定介護老人福祉施設』平成15年4月1日指定

長野県 2072100437号 定員 50名

・『認知症対応型通所介護』平成15年4月1日指定

佐久市 2072100452号 定員 10名

・『訪問介護』

平成15年4月1日指定

長野県 2072100460号

・『居宅介護支援事業所』平成14年9月1日指定

長野県 2072100411号

(2) 施設の周辺環境

佐久市望月地区の中心に位置し、広い敷地内に芝生等緑が多くやすらぎの空間がある。また、施設の周辺には病院、消防署、交番等があり、安心して生活していただける環境です。

2. 職員の配置状況

〈配置職員の職種〉

介護職員：ご契約者の日常生活上の介護、並びに健康保持のため、相談・助言等を行います。3名の利用者に対して1名（配置基準）を上回る介護職員を配置しています。

生活相談員：ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行ないます。1名の生活相談員を配置しています。

看護職員：主に入所者の健康管理・薬剤管理や療養上のお世話を行います。日常生活上の介護、介助等も行います。

機能訓練指導員：ご契約者の機能訓練を担当します。1名の機能訓練指導員を配置しています。

管理栄養士：ご契約者に係る栄養管理を担当します。1名の管理栄養士を配置しています。

医師：ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。1名（非常勤）の医師を配置しています。

3. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

入所にあたり、以下の物は原則として持ち込むことができません。

【危険物・その他違法物品・ペット】

(2) 面会

【面会時間】 午前 9時 ~ 午後 7時

来訪者は必ずその都度職員に届け出て下さい。

尚、来訪させる場合、心づくし品等の持ち込みはご遠慮ください。

(3) 外出

外出をされる場合は、事前にお申し出ください。

(4) 施設・設備の使用上の注意(契約書第12条参照)

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。

○故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにも係わらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者の自己負担により原状に復していただくか、それ相当の代価をお支払いいただきます。

○ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることが出来るものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

○当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(5) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

(6) 買い物・散髪・散歩など

契約書第1条にのっとり、介助を必要としない行為については、ご契約者の意思を尊重し、その行為を妨げません。

4. 当施設の介護方針等

(1) 食事は、ご契約者自身で食べたい意志がある場合は介助されて食べるよりも数段美味しく感じられると考えます。又自分の体を使うことが、すなわち生活リハビリであり、たとえ時間がかかっても見守りを基本と致します。

(2) 施設ではご契約者にあるがままの生活をしていただきます。従って拘束等はいたしません。残されている身体機能を十分生かしたいと考えます。

但し、サービスに手を尽くしても安全確保ができない場合はご契約者・ご家族と十分相談して、ご理解がいただけた場合のみ、拘束にあたる行為をする場合もあります。これに対しては、施設内で十分検討し審査をさせていただきます。

(3) 車椅子・シルバーカー等愛用の物がある場合にはご持参ください。特にご契約者の状態に合わせて車椅子等が特定される場合は、必ずご用意下さい。

(4) 施設利用料金と食事以外に当施設で発生する費用としては次のものが必要となります。再度、重要事項説明書の確認をお願いいたします。

・日常生活品	実	費
・嗜好品	実	費

- ・電 気 代 （ 個人 の 電 化 製 品 を 使 用 の 場 合 ） 1 日 あ た り 6 0 円
- ・そ の 他 個 別 使 用 品 実 費

5. 損害賠償について（契約書第13条、第14条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、契約者に故意又は過失がある場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

令和 年 月 日

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、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

介護予防短期入所生活介護施設 結いの家

説明者

職名

氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者

住所

氏名

_____ 印

契約者代理人

住所

氏名

_____ 印

(続柄：

)

通所介護重要事項説明書

	事業所が提供するサービスについての相談窓口
電 話	0267-53-8112
受付時間	午前8時30分～午後5時30分 (毎週水・土曜日の休館日を除く)
サービス担当責任者	大塚 いち子

1. 望月デイサービスセンター結いの概要

(1) 事業所の名称・所在地等

事業所名	望月デイサービスセンター結い
所在地	長野県佐久市望月326番地4
介護保険事業所番号	2072100452
通常の事業実施地域	佐久市

(2) 事業所の職員体制

職 名	専 任	兼 任	業 務 内 容
管 理 者		1名	管理全般
生 活 相 談 員	1名	1名	生活相談・介護全般
看 護 職 員		2名以上	健康管理・看護全般
機 能 訓 練 指 導 士		2名以上	機能訓練全般(兼務)
介 護 職 員		2名以上	介護全般
栄 養 士		1名	栄養管理・食事管理全般
事 務 職 員		1名	事務全般
計	1名	10名以上	

(3) 事業所の設備の概要

定 員	認知症 10名	静 養 室	1 室
食堂兼機能訓練室	55.05 m ²	相 談 室	1 室
浴 槽	一般浴槽 1 室	送 迎 車	2 台

(4) 営業日、営業時間

営 業 日	日曜日から火曜日、及び木曜日、金曜日 (水曜日、土曜日休館日) *但し、利用希望者の少ない場合はこの限りではありません。
通常サービス 提供時間	午前9時15分～午後4時45分 *ご希望によりご相談に応じます。

2. デイサービスの内容

- ① 食事 ② 入浴 ③ 口腔ケア ④ 栄養ケア ⑤ 生活相談等

3. 料 金

(1) 利用料金

①認知症対応型通所介護利用料(併設型)			
区 分		1日当たりの利用料	介護保険適用時の自己負担額
単 位		7-8時間の場合	認知症対応型通所介護
要介護度	1	8,920円/日	892円/日
要介護度	2	9,870円/日	987円/日
要介護度	3	10,840円/日	1,084円/日
要介護度	4	11,810円/日	1,181円/日
要介護度	5	12,760円/日	1,276円/日
②入浴介助加算 (I)		400円	40円
入浴介助加算 (II)		550円	55円
③個別機能訓練加算		270円	27円
④栄養改善加算		2,000円/回 月2回まで	200円/回
⑤サービス提供体制 強化加算(I)		220円/回	22円/回
⑥介護職員処遇改善加算 I		1月あたりの総単位数の10.4% (ただし区分支給限度額の算定対象外)	
⑦介護職員等ベースアップ等 支援加算		1月あたりの総単位数の2.3% (ただし区分支給限度額の算定対象外)	
⑧送迎を行わない際の減算		▲470円/片道	▲47円/片道
⑨食 費		昼食代 670円 おやつ等嗜好品代 80円 (昼食を召し上がらない方にも80円をご負担いただきます)	
⑩そ の 他		<ul style="list-style-type: none"> ・レクリエーション材料や外出時の軽食代、入場料等については参加された方の自己負担となります。 ・処置を行う際の医薬品類やオムツ等は各自で準備し、ご持参いただけますようお願いいたします。 ・希望により1回150円で洗濯のサービスが受けられます。 ・理髪のご予約も承ります(カット代金2,000円)。 	

* 介護保険負担割合証をご確認ください。負担割合が2割、3割の方は介護保険適用時の自己負担額が上記の表の2倍、3倍になります。契約時「介護保険負担割合証」をご提出ください。

(2) お客様のご利用内容

ご利用日 毎 週 曜日
 ご利用時間 午前 時 分 ~ 午後 時 分
 利用料金 (要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)

利用料金	1日あたりの料金	介護保険適用時の自己負担額
利用料	円	円
入浴介助加算	円	円
その他の加算	円	円
サービス体制加算	220円	22円
処遇改善加算	10.4%	円
支援加算	2.3%	円
食費	750円	750円
1日あたり	円	円
一月の利用料金	円×利用回数=	円

* ケアプランに応じて個別サービスの提供があった場合は別途加算がつく場合があります。

送迎時間・送迎場所

朝の迎え	送迎時間	午前 時 分 ~ 時 分頃
	送迎場所	
	備考	
夕方の送り	送迎時間	午後 時 分 ~ 時 分頃
	送迎場所	
	備考	

自宅見取り図

(3) キャンセル料 (お客様の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 ご利用日の前日、午後5時30分までにご連絡を頂いた場合	無 料
② ご利用日の前日、午後5時30分までにご連絡いただけなかった場合	750円

(4) 支払方法

毎月20日までに前月分の請求を致しますので指定日までに口座自動引き落としの方法でお支払いください。なお、現金でお支払いいただく場合は、望月悠玄福祉会事務局又はデイサービスセンター結いへ請求書を持参のうえお支払いください。

*介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。この場合は一旦1日あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行します。サービス提供証明書を後日佐久市望月支所保健福祉課に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

4. デイサービスセンターの特徴等

(1) 運営方針

- ① 利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにその家族の身体的及び精神的負担の軽減に資するよう、その目的を設定し、計画的に行います。
- ② 自ら提供する通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- ③ 常に利用者の心身の状況や置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し適切な相談及び助言を行います。
- ④ 関係市町村、指定居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(2) サービス利用にあたっての留意事項

①送迎時間 送迎時間は交通事情等により前後しますのでご容赦ください。

②体調の確認 ご家族においても体調の確認をお願いします。

③体調不良によるサービスの中止・変更

* 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。

* 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更又は中止をすることがあります。この場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。

* ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。又必要に応じて速やかに主治医又は歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。

* サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。但し定員数分の予約が入っている日は振り替えできませんのでご了承下さい。

④食事のキャンセル

* ご利用日の前日の午後5時30分までにご連絡ください。

当日のキャンセルについては750円のキャンセル料がかかります。

⑤写真・映像の利用について

* 法人の広報活動においてサービス提供時の写真や映像を利用させていただく場合がございます。名前等と一緒に、個人が特定出来るような使用は致しませんのでご理解下さい。

⑥利用中の事故について

* 当事業所はできる限り自立した生活を続けていただくために、過介護をせず、自ら行動することで残存機能を活用し自宅でも自立した生活が送れる事をめざして、施設内を自由に行動していただいています。職員もできる限り注意をしておりますが、不幸にして事故が発生した場合は、以下の損害賠償責任保険等を適応させていただきます。なお、当施設では以下のとおりの賠償責任保険に加入しています。

・保険名 : あいおいニッセイ同和損害保険(株)
社会福祉事業者総合保険

・補償内容 : 対人 1名 1億円 ・ 対物 1000万円

5. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態に変化があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、家族、居宅介護支援事業者等へ連絡します。

	氏名・所属	電話番号
主治医(病院・医師)	先生 ()	
緊急時搬送病院	病 院	
緊急時キーパーソン	(続柄)	
担当ケアマネージャー	様 ()	

6. 非常災害対策

- ・ 防災時の対応 当法人の防災計画に基づいて対応します。
- ・ 防 災 設 備 消防法等の基準によります。
- ・ 防 災 訓 練 計画的に実施します。
- ・ 防 火 管 理 者 防火管理者を置きます。

7. サービス内容に関する相談・苦情

- ・ 当事業所の苦情受付担当者

電 話 5 3 - 8 1 1 2

担 当 田 中 純 武

- ・ その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

佐久市役所望月支所保健福祉課 電話 0267-53-3111

浅科・望月地域包括支援センター 電話 0267-53-8801

長野県国民健康保険団体連合会 電話 026-238-1580

長野県福祉サービス運営適性化委員会 電話 0120-28-7109

8. 第三者による実施状況

第三者による評価の 実施状況	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		

9. 当法人の概要

- ・ 名 称 社会福祉法人 望月悠玄福社会
- ・ 代表者氏名 理事長 大塚秀徳
- ・ 所在地・電話番号 長野県佐久市布施769番地1
電話 0267-78-5131 有線 2010

・ 定款の目的に定めた事業・事業所数

- | | |
|------------------------|-----|
| ① 軽費老人ホームの経営 | 1ヶ所 |
| ② 特別養護老人ホームの経営 | 1ヶ所 |
| ③ 養護老人ホームの経営 | 1ヶ所 |
| ④ 障害福祉サービス事業の経営 | 4ヶ所 |
| ⑤ 老人デイサービス事業の経営 | 3ヶ所 |
| ⑥ 老人短期入所事業の経営 | 2ヶ所 |
| ⑦ 老人居宅介護等事業の運営 | 2ヶ所 |
| ⑧ 介護予防事業 | 4ヶ所 |
| ⑨ 居宅介護支援事業 | 2ヶ所 |
| ⑩ 高齢者生活支援ハウス運営事業 | 1ヶ所 |
| ⑪ 望月総合支援センター運営事業 | 1ヶ所 |
| ⑫ その他この法人の目的達成のため必要な事項 | |

令和 年 月 日

デイサービスセンター結いのサービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者

職 名 望月デイサービスセンター結い 生活相談員

氏 名 _____ 印

私は、契約書及び本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意いたします。

契 約 者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

署 名 代 理 人

氏 名 _____ (続 柄 _____) 印

ご 家 族

住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ 印

介護予防通所介護重要事項説明書

	事業所が提供するサービスについての相談窓口
電 話	0267-53-8112
受付時間	午前8時30分～午後5時30分 (毎週水・土曜日の休館日を除く)
サービス担当責任者	大塚 いち子

1. 望月デイサービスセンター結いの概要

(1) 事業所の名称・所在地等

事業所名	望月デイサービスセンター結い
所在地	長野県佐久市望月326番地4
介護保険事業所番号	2072100452
通常の事業実施地域	佐久市

(2) 事業所の職員体制

職 名	専 任	兼 務	業 務 内 容
管 理 者		1名	管理全般 (兼務)
生 活 相 談 員	1名	1名	生活相談・介護全般
看 護 職 員		2名以上	健康管理・看護全般
機 能 訓 練 指 導 士		2名以上	機能訓練全般(兼務)
介 護 職 員		2名以上	介護全般
栄 養 士		1名	栄養管理・食事管理全般(兼務)
事 務 職 員		1名	事務全般 (兼務)
計	1名	10名以上	

(3) 設備の概要

定 員	認知症 10名	静 養 室	1 室
食堂兼機能訓練室	55.05 m ²	相 談 室	1 室
浴 槽	一般浴槽 1 室	送 迎 車	2 台

(4) 事業所の 営業日、営業時間

営 業 日	日曜日から火曜日、及び木曜日、金曜日 (水曜日、土曜日休館日) *但し、利用希望者の少ない場合はこの限りではありません。
通常サービス 提供時間	午前9時15分～午後4時45分 *ご希望によりご相談に応じます。

2. デイサービスの内容

- ① 食事 ② 入浴 ③ 口腔ケア ④ 栄養ケア ⑤ 生活相談等

3. 料 金

(1) 利用料金

①介護予防認知症対応型通所利用料(併設型)			
区	分	1日当たりの利用料	介護保険適用時の自己負担額
単	位	7-8時間	介護予防通所介護
要支援	1	7,710円	771円
要支援	2	8,620円	862円
②入浴介助加算 (I)		400円	40円
入浴介助加算 (II)		550円	50円
③個別機能訓練加算		270円	27円
④栄養改善加算		2,000円/回 月2回まで	200円
⑤サービス提供体制 強化加算(I)		220円/回	22円/回
⑥介護職員処遇改善加算 I		1月あたりの総単位数の10.4% (ただし区分支給限度額の算定対象外)	
⑦介護職員等ベースアップ 等支援加算		1月あたりの総単位数の2.3% (ただし区分支給限度額の算定対象外)	
⑧送迎を行わない際の減算		▲470円/片道	▲47円/片道
⑨食 費		昼食代 670円 おやつ等嗜好品代 80円 (昼食を召し上がらない方にも80円をご負担いただきます)	
⑩そ の 他		<ul style="list-style-type: none"> ・レクリエーション材料や外出時の軽食代、入場料等については参加された方の自己負担になります ・処置を行う際の医薬品類やオムツ等は、各自で準備し、ご持参頂きますようお願いいたします。 ・希望により1回150円で洗濯のサービスが受けられます。 ・理髪のご予約も承ります(カット代金2,000円)。 	

* 介護保険負担割合証をご確認ください。負担割合が2割、3割の方は介護保険適用時の自己負担額が上記の表の2倍、3倍になります。契約時「介護保険負担割合証」をご提出ください。

(2) お客様のご利用内容

ご利用日 毎 週 曜日
 ご利用時間 午前 時 分 ~ 午後 時 分
 利用料金 (要支援 1 ・ 要支援 2)

利用料金	1日あたりの料金	介護保険適用時の自己負担額
利用料	円	円
入浴介助加算	円	円
その他の加算	円	円
サービス提供加算	220円	22円
処遇改善加算	10.4%	円
支援加算	2.3%	円
食費	750円	750円
合 計	円	

*ケアプランに応じて個別サービスの提供があった場合は別途加算がつく場合があります。

送迎時間・送迎場所

朝の 迎え	送迎時間	午前 時 分 ~ 時 分頃
	送迎場所	
	備 考	
夕方 の送り	送迎時間	午後 時 分 ~ 時 分頃
	送迎場所	
	備 考	

自宅見取り図

(3) キャンセル料 (お客様の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 ご利用日の前日、午後5時30分までにご連絡を頂いた場合	無 料
② ご利用日の前日、午後5時30分までにご連絡いただけなかった場合	750円

(4) 支払方法

毎月20日までに前月分の請求を致しますので指定日までに口座自動引き落としの方法でお支払いください。なお、現金でお支払いいただく場合は、望月悠玄福祉会事務局又はデイサービスセンター結いへ請求書を持参のうえお支払いください。

*介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。この場合は一旦1日あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行します。サービス提供証明書を後日佐久市望月支所保健福祉課に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

4. デイサービスセンターの特徴等

(1) 運営方針

- ① 利用者が介護が必要になることを予防する為に能力の維持・向上のため個別の目標を設定して、認知症があっても地域の中で安心して生活できるように支援を行います。
- ② 自ら提供する通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- ③ 常に利用者の心身の状況や置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し適切な相談及び助言を行います。

- ④ 関係市町村、指定居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(2) サービス利用にあたっての留意事項

- ①送迎時間 送迎時間は交通事情等により前後しますのでご容赦ください。
- ②体調の確認 ご家族においても体調の確認をお願いします。
- ③体調不良によるサービスの中止・変更
- * 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
 - * 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更又は中止をすることがあります。この場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
 - * ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。又必要に応じて速やかに主治医又は歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。
 - * サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。但し定員数分の予約が入っている日は振り替えできませんのでご了承下さい。

④食事のキャンセル

- * ご利用日の前日の午後5時30分までにご連絡ください。
当日のキャンセルについては750円のキャンセル料がかかります。

⑤写真・映像の利用について

法人の広報活動においてサービス提供時の写真や映像を利用させていただく場合がございます。名前等と一緒に、個人が特定出来るような使用は致しませんのでご理解下さい。

⑥利用中の事故について

- * 当事業所はできる限り自立した生活を続けていただくために、過介護をせず、自ら行動することで残存機能を活用し自宅でも自立した生活が送れる事をめざして、施設内を自由に行動していただいています。職員もできる限り注意をしておりますが、不幸にして事故が発生した場合は、以下の損害賠償責任保険等を適応させていただきます。なお、当施設では以下のとおりの賠償責任保険に加入しています。

・保険名 : あいおいニッセイ同和損害保険(株)

社会福祉事業者総合保険

・ 補償内容： 対人 1名 1億円 ・ 対物 1000万円

5. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態に変化があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、家族、居宅介護支援事業者等へ連絡します。

	氏名・所属	電話番号
主治医(病院・医師)	先生 ()	
緊急時搬送病院	病 院	
緊急時キーパーソン	(続柄)	
担当ケアマネージャー	様 ()	

6. 非常災害対策

- ・ 防災時の対応 当法人の防災計画に基づいて対応します。
- ・ 防 災 設 備 消防法等の基準によります。
- ・ 防 災 訓 練 計画的に実施します。
- ・ 防 火 管 理 者 防火管理者を置きます。

7. サービス内容に関する相談・苦情

- ・ 当事業所苦情受付担当者
電 話 53-8112
担 当 田 中 純 武
- ・ その他
当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。
佐久市役所望月支所保健福祉課 電話 0267-53-3111
浅科・望月地域包括支援センター 電話 0267-53-8801
長野県国民健康保険団体連合会 電話 026-238-1580
長野県福祉サービス運営適性化委員会 電話 0120-28-7109

8. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	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		

9. 当法人の概要

- ・ 名 称 社会福祉法人 望月悠玄福社会
- ・ 代表者氏名 理事長 大塚 秀 徳
- ・ 所在地・電話番号 長野県佐久市布施769番地1
電話 0267-78-5131 有線 2010
- ・ 定款の目的に定めた事業・事業所数

- | | |
|------------------------|-----|
| ① 軽費老人ホームの経営 | 1ヶ所 |
| ② 特別養護老人ホームの経営 | 1ヶ所 |
| ③ 養護老人ホームの経営 | 1ヶ所 |
| ④ 障害福祉サービス事業の経営 | 4ヶ所 |
| ⑤ 老人デイサービス事業の経営 | 3ヶ所 |
| ⑥ 老人短期入所事業の経営 | 2ヶ所 |
| ⑦ 老人居宅介護等事業の経営 | 2ヶ所 |
| ⑧ 介護予防事業 | 4ヶ所 |
| ⑨ 居宅介護支援事業 | 2ヶ所 |
| ⑩ 高齢者生活支援ハウス運営事業 | 1ヶ所 |
| ⑪ 望月総合支援センター運営事業 | 1ヶ所 |
| ⑫ その他この法人の目的達成のため必要な事項 | |

令和 年 月 日

デイサービスセンター結いのサービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者

職 名 望月デイサービスセンター結い 生活相談員

氏 名 _____ 印

私は、契約書及び本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意します。

契 約 者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

署 名 代 理 人

氏 名 _____ (続 柄 _____) 印

ご 家 族

住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ 印