

## 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 2070100553 号)

### 1. 施設経営法人

- |           |                   |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人あさひ福祉会      |
| (2) 法人所在地 | 長野県長野市稲里町下氷鉋682番地 |
| (3) 電話番号  | 026-286-5500      |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 三澤 大輔         |
| (5) 設立年月日 | 平成 4年6月25日        |

### 2. 施設概要

- |             |  |
|-------------|--|
| (1) 施設の種類   | 指定介護老人福祉施設・平成11年12月27日指定<br>併設型短期入所生活介護  |
| (2) 施設名称    | 特別養護老人ホームこうほく  |
| (3) 施設所在地   | 長野市稲里町下氷鉋682番地   |
| (4) 電話番号    | 026-286-5700   |
| (5) 管理者氏名   | ベイリー 亜紀  |
| (6) 当施設運営方針 | 特別養護老人ホームこうほくは、社会福祉法人あさひ福祉会の事業理念である「利用者価値観への尊重」に鑑み、「利用者にとっての満足を目指し、明るく健康的で楽しく安らぎのある生活の場」を提供し、介護保険制度の理念である「利用者本位」を含め、運営するものとします。<br>具体的な内容として、クラブ活動の充実を図り、積極的なボランティアの受け入れを行うことにより、日常生活に安らぎをもたらしていきます。また、家族との連携を図り、コミュニケーション、情報提供を図っていきます。 |
| (6) 開設年月日   | 平成 8年10月 4日  |
| (7) 入所定員    | 5名   |

### 3. 設備の概要

#### (1) 居室等の概要

設 備	室 数	備 考
居 室	3 室	多床室（2） 従来型個室（1）
浴 室	1 室	一般浴・特殊浴槽
医 務 室	1 室	
食 堂	1 室	
機 能 訓 練 室	1 室	

\* 上記は厚生労働省が定める基準により、短期入所生活介護事業所に必置が義務付けられている施設・設備です

#### (2) その他の施設設備

事務室、介護士室、面談室、地域交流室

### 4. 職員配置状況

当事業所では、ご契約者に対して短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下のとおり配置しています。

《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。

(令和4年10月1日)

職 種	常 勤	非 常 勤
1. 管理者（施設長）	1 名	—
2. 生活相談員	2 名以上	—
3. 介護職員	2 0 名	3 名
4. 看護師職員	1 名	4 名
5. 機能訓練指導員	1 名（兼務）	名
6. 介護支援専門員	1 名以上	—
7. 医師	—	2 名
8. 管理栄養士	1 名	—
9. 栄養士	1 名	

## 5. 緊急時対応方法

契約者に病状の急変が生じた場合は、予め届けられた連絡先へ可能な限り速やかに連絡するとともに医師又は歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。受診の際はご家族での対応をお願いします。

## 6. 損害賠償について

ショートステイにおいて、当方の責任で契約者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、当法人が加入している保険会社にて速やかにその損害を補償します。ただし、損害の発生について契約者側に故意または過失が認められた際、契約者のおかれた心身の状況を勘案して減額するのが相当と判断された場合は、当方の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 7. 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、家族、市町村、関係医療機関等へ連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に関して執った処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、上記6の通り賠償を速やかに行います。

## 8. 利用にあたっての留意点

- (1) 面会の時間は、午前8：30～午後8：00までとなっています。面会の際には面会簿にご記入をお願いします。

※ 感染症等流行時期など制限となる場合もあります。

- (2) 外出・外泊の際には、生活相談員まで連絡をお願いします。
- (3) 貴重品は原則お持ちいただかないようお願いします。ただし、やむを得ず持参される場合、お申し出があれば事務所にてお預かり致します。
- (4) ペットの飼育に関しては原則禁止させていただきます。
- (5) 宗教活動、政治活動は原則禁止させていただきます。

## 9. サービス利用料金

下記の料金表によって、契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から保険給付額を除いた金額（自己負担額）と滞在費、食費の合計金額をお支払ください。

（保険給付サービス） 1日あたり （※1割負担分）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
多床室・ 従来型個室 利用単位数	451 単位	561 単位	603 単位	672 単位	745 単位	815 単位	884 単位

\*地域区分単価 1単位＝10.17円

### ① 送迎加算 片道につき 184単位/回

（1）送迎の際にはご家族の送り出し、お出迎えを原則とします。

（2）当施設運営規程に基づき、地区外（更北・川中島・篠ノ井小松原を除く）については地区外送迎費をいただきます。

（送迎区域を超えたところから、1Km/130円にて請求となります）

（3）送迎利用可能日 月曜日～金曜日。

但し、祝祭日、お盆（8/13～8/16）年末年始（12/29～1/3）を除きます。

### ② サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 22単位

サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 18単位

サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 6単位

### ③ 夜勤職員配置加算（Ⅰ） 13単位（空床利用時）

夜勤職員配置加算（Ⅱ） 15単位（空床利用時）

### ④ 療養食加算 8単位/回

医師の指示により療養食を提供した際には療養食加算をいただきます。

### ⑤ 緊急短期入所受入加算 90単位/日

（最長7日間、但し家族の疾病等でやむを得ない事情がある場合は14日間を限度）

### ⑥ 介護職員処遇改善加算 利用総単位数（⑤及び⑥を除く）へ8.3%乗じた単位数

### ⑦ 特定介護職員処遇改善加算 利用総単位数（⑤及び⑥を除く）へ2.7%乗じた単位数

### ⑧ 介護職員等ベースアップ等支援加算 利用総単位数へ1000分の16相当を乗じた単位

(保険対象外サービス)

滞 在 費	915 円／日 1,231 円／日	多床室 従来型個室
食 費	1,445 円／日	朝食 390 円 昼食 585 円 夕食 470 円
理 髪 代	2,000 円／回	ご希望の方はお申し出ください。
複写物の交付	10 円／1 枚	契約者はサービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

保険対象外のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担になります。

(1) 日常生活上必要となる費用

日常生活品の購入代金等、契約者の日常生活に要する費用で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負担いただきます。

※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。

(2) 特別な食事（嗜好品含む）

契約者、または家族等の希望において特別な食事を提供します。また、心身の状態に応じて栄養補助食品等も提供します。要した費用の実費がかかります。

(3) レクリエーション

契約者の希望によりレクリエーション活動に参加できます。材料費代等の費用がかかります。

## 10. お支払方法

(1) 契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から、介護保険給付の額を除いた自己負担額（負担割合証に記載の割合）と、滞在費及び食費、その他実費で利用した利用料金の合計金額をお支払ください。

契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）。償還払いとなる場合、契約者が保険給付の申請を行う為に必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

(2) 介護サービス料金の変更

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて契約者の負担額を変更します。

(3) 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。

(4) 利用料金の支払い方法

利用料金は指定の金融機関の口座から月 1 回引き落としとなります。引き落とし日は翌月 27 日（金融機関休業日の場合は、翌営業日）となります。なお、残高不足等で振替が出来なかった場合は翌々月 10 日までに窓口にて現金でお支払ください。

また、利用途中にサービスを中止して退所する場合は、それまでの日数を基に計算します。

#### 1 1. キャンセル料と利用中の中止について

（1）入所前に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をいただくようになります。

ご利用日の前日午後 5 時までにご連絡いただいた場合	無 料
当日午前 8 時以降にご連絡いただいた場合、もしくはご連絡がなかった場合	ご利用初日に予定されていた『滞在費＋食費』

尚、負担限度額認定を受けている方につきましても、キャンセル料金は滞在費＋食費は負担限度額の対象外とし全額自己負担とさせていただきます。

（2）下記の場合に、利用途中でもサービスを中止する場合があります。

- ・契約者が中途退所を希望した場合
- ・入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合
- ・他の利用者及び職員の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合
- ・施設内で感染症が蔓延した場合

#### 1 2. 苦情の受付について

（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。

○苦情受付窓口（担当者）

生活相談員 緒方 秀子

また、意見箱を施設内に設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

第 三 者 委 員	(代) 026-286-5500
長野市役所 介護保険課	026-224-7871
長野県福祉サービス運営適正化委員会	0120-28-7109
長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課	026-238-1580

### 13. 第三者評価

#### (1) 実施の有無 ( 無 )

短期入所生活介護サービスの提供の開始にあたり、契約者に対して本書に基づき重要事項の説明をしました。

#### (事業所)

所 在 地 長野市稲里町下氷鉋682  
事業所名 特別養護老人ホームこうほく  
代表者名 施 設 長 ベイリー 亜紀 印

#### (説明者)

所 属 特別養護老人ホーム こうほく  
氏 名 生活相談員 緒方 秀子 印

私は、本書に基づいて、事業所からの重要事項の説明を受け、短期入所生活介護サービスの提供の開始に同意いたします。

令和 年 月 日

#### (契約者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

#### (代理人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印