

特別養護老人ホームローズガーデン
短期入所生活介護及び予防短期入所生活介護重要事項説明書
〈令和6年10月1日現在〉

1. 短期入所生活介護及び予防短期入所生活介護の概要

① 事業所の名称、所在地等

事業所名	特別養護老人ホームローズガーデン
所在地	松本市大字中山 6788-38
介護保険事業所番号	2070204314号

2. 当事業所の短期入所生活介護の特徴等

① 運営の方針

要介護状態等となった利用者が、可能な限り居宅において、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、居宅介護サービスに沿って短期入所生活介護サービスを提供します。

② 充実したサービス提供のための事項

事 項	備 考
男性介護職員の有無	従事する可能性があります。
従業員への研修の実施	年2回 継続研修を実施しています
身体拘束	緊急やむを得ない場合を除き行いません
変更・追加の申込方法	ご相談ください

③ 当事業所の職員体制

区 分	資 格	人員配置
管理者	社会福祉主事の要件を満たす者 社会福祉事業に2年以上従事した者 社会福祉施設長資格認定講習会を受講した者	1名
医 師	医 師（委託医）	1名以上
生活相談員	社会福祉主事 ・ 社会福祉士 精神保健福祉士 ・ 介護支援専門員 介護福祉士	1名以上
管理栄養士又は 栄養士	管理栄養士又は栄養士	1名以上
機能訓練指導員	看護師・あん摩マッサージ指圧師・鍼灸師・理学療法士・作業療法士	1名
事務職員		1名
介護職員又は 看護師・准看護師 調理員 その他	介護福祉士 看護師 准看護師 その他（利用者3人につき1名以上）	14名以上
		実情に応じた適当数

④ 当事業所の設備の概要 空床利用型 40人

居 室	多床室	8室	食 堂	2カ所
	個 室	8室		
浴 室	一般浴槽	1台		
	特殊浴槽	1台		

3. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 食事
- ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には機械浴で対応。）
- ④ 医学的管理・看護

- ⑤ 介護（ご希望や状態に応じ適切な介護サービスを提供します。）
- ⑥ 機能訓練（レクリエーション、生活機能向上訓練）
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 利用者の医学面からの特別な食事の提供（糖尿病食・貧血食・胃潰瘍食・心臓食等）
- ⑨ その他

4. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 面会については、午前9時から午後5時半までとなります。（感染症時期には面会を制限させていただきます。） 外出ご希望の場合は、前日の正午までに、お申し出ください。
- ② 飲酒などご希望の場合は、施設内指定の時間、指定の場所をお願いします。（制限などございます）
- ③ 設備や器具などの利用場合、ご利用前にご相談ください。
- ④ 金銭や貴重品の管理は、すべて個人管理となります。当施設では紛失などに対する責任は負いかねますので、金銭や高額な物のお持ち込みはご遠慮下さい。
- ⑤ 施設外での受診は主治医の許可があれば可能です。なお緊急の場合を除いて受診にかかる当施設と医療機関との往復送迎の手配と職員の付き添いを行った場合につきましては別途料金が発生致します。
- ⑥ 多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は一切ご遠慮ください。
- ⑦ ペット等の同伴等ご遠慮ください。
- ⑧ 所持品の持ち込みは、必要最少限のものに限らせていただきます。
- ⑨ 持ち物には記名をお願いします。

5. 身体拘束

事業者は、介護予防短期入所生活介護の提供にあたっては、利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その容態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録することとします。

6. 利用料金

- ① 基本料金
契約書別紙2利用者負担説明書を参照。
- ② 介護保険負担割合
ご利用料金のうち、介護費については各自の介護保険負担割合証に記載され割合(1割～3割)にて計算致します。(交付される介護保険負担割合証をご確認ください。)
- ③ 地域区分
国家公務員の地域手当に準じ、地域割りの区分が7区分に見直され、長野県は長野市、塩尻市松本市が7級地の扱いとなりました。そのため1単位の値が10.17円になります。
- ④ 利用料の減額について。
介護保険負担限度額認定証及び、社会福祉法人等利用者負担軽減確認証をお持ちの方は、ご利用料金が軽減されます。尚申請等詳細につきましては市役所へお問い合わせ下さい。
- ⑤ 支払方法
利用最終日または翌月15日迄に、請求書を発行し交付します。支払い方法は口座振替、窓口払い、送迎時払い、振込払い等があります。お支払いが確認でき次第、領収書を発行し交付いたします。
お支払いは、できるだけ口座振替でお願いいたしております。

7. 嘱託医療機関等

当施設では、下記の医療機関に協力いただいております。

名 称 医療法人心泉会 上條記念病院

住 所 長野県松本市村井町西 2-16-1

8. 非常災害対策

防災時の対応：防火責任者の指示のもとに、利用者の安全を確保し、適切な処置をします。

防 災 設 備：消防法に基づく設備基準及び防火設備を満たしています。

防 災 訓 練：年2回の防災訓練を実施しています。

防 火 責 任 者：管理者が指定する者。

9. 相談、苦情について

- ① 当施設のサービスに関するご相談・要望・苦情及び施設サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・要望・苦情等を承ります。
そのほか、当施設受付窓口横に備え付けられた「ご意見箱」をご利用ください。

当施設が提供するサービスについての相談窓口 電話 0263-57-1801 (受付時間：月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分) 担当：西窪 昌子(にしくぼ まさこ)

- ② 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。
お住まいの市町村役場窓口の苦情窓口にご相談ください。
また、国民健康保険団体連合会にも苦情を申し立てることができます。
各市町村役場苦情窓口及び国民健康保険団体連合会の電話番号は以下のとおりです。

松本市役所高齢福祉課	0263-34-3213 (直通)
安曇野市役所 福祉部長寿社会課	0263-71-2254 (直通)
塩尻市役所長寿課 介護係	0263-52-0284 (直通)
麻績村役場 住民課	0263-67-4856 (直通)
生坂村役場 健康福祉課	0263-69-3500 (直通)
筑北村役場	0263-66-3370 (代表)
朝日村役場	0263-99-2001 (代表)
山形村役場	0263-98-3111 (代表)
長野県国民健康保険団体連合会	026-238-1550 (代表)

10. 提供するサービスの第三者評価の現地状況

実施：無

11. 利用者・家族への説明・同意等について

利用者の利便性向上や介護サービス事業者の業務負担軽減の観点から、政府の方針も踏まえ、重要事項説明書、利用契約書、利用者負担説明書、個人情報利用同意書、ケアプラン等における利用者等への説明・同意について、身元引受人(連帯債務者)の自署による署名をもって押印は求めないものとします。

12. 当法人の概要

法人種別・名称 社会福祉法人 心泉会
代表者役職・氏名 理事長 上 條 裕 朗
本部所在地 松本市大字中山 7494-10
電話番号 0263-86-3820

定款に定めた事業

1. 軽費老人ホーム(ケアハウス)
有料老人ホーム
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

事業所の経営
2. 介護保険に関する業務

事業所数	軽費老人ホーム（ケアハウス）	1カ所
	有料老人ホーム	1ヶ所
	介護老人福祉施設	1ヶ所

12. 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、事前の打ち合わせにより、主治医に連絡するなど必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡します。

令和 年 月 日

特別養護老人ホームローズガーデン短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護)の利用開始にあたり、利用者に対して特別養護老人ホームローズガーデン(介護予防短期入所生活介護)利用契約書別紙1 重要事項説明書についての説明を行いました。

事業所

所在地 松本市大字中山6788-38
名称 特別養護老人ホームローズガーデン
代表者 施設長 西窪 昌子

説明者 氏名 西窪 昌子

私は、特別養護老人ホームローズガーデン（介護予防短期入所生活介護）利用計契約書別紙1 重要事項説明書の説明を受けた上で内容をよく理解しサービス提供の契約をいたします。

利用者 住所 _____
氏名 _____

利用者署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代行します。

署名代行者 氏名 _____ {続柄 _____}

身元引受人 住所 _____
(連帯債務者) 氏名 _____ [続柄 _____]

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名の上、1通ずつ保有するものとします。

(契約書別紙2)

利用者負担説明書

特別養護老人ホームローズガーデン
〈令和6年10月1日現在〉

短期入所生活介護施設（予防）をご利用される利用者のご負担は、介護報酬告示上の額
に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額の自己負担分と、保険
給付対象外の費用（居住費、食費、利用者の選択に基づく特別な食費の費用、おやつ代、
教養娯楽費、理美容、行事食、私物業者洗濯費、診断書等の文書作成費等）を利用料とし
てお支払いいただく2種類があります。

また、利用者負担は全国統一料金ではありません。介護保険給付の自己負担額は、施設
の所在する地域（地域加算）や配置している職員の数等で異なりますし、利用料も施設ご
との設定となっております。当施設の利用者負担につきましては、以下の資料をご参照下
さい。

I. (予防) 短期入所生活介護の場合の利用者負担

1. 保険給付の自己負担

介護保険制度では要介護認定による要介護の程度と利用される居室によって利用料が異なります。また、介護保険負担割合証に記載された負担割合によって負担分が異なります。

*地域区分

1 単位の単価は、10 円を基本として地域ごと・サービス種類ごとに人件費の地域差分を上乗せしたもので、松本市は7級地となり、1 単位 10.17 円となります。

*短期入所生活介護費 (単位)

保健対象分

(1) (予防) 短期入所生活サービス費 (人員体制3:1)

短期入所	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
多床室・個室	603 単位	672 単位	745 単位	815 単位	884 単位

予防短期入所	要支援 1	要支援 2
多床室・個室	451 単位	561 単位

(2) 夜勤職員配置加算【1日当たり：1.3単位】

夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を1以上上回って配置している場合に加算されます。

(※夜勤を行う職員の数は、1日平均夜勤職員数とし、1日平均夜勤職員数は、暦月ごとに夜間帯(午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間をいう。)における延夜勤時間数を、当該月の日数に16を乗じて得た数で除することによって算定し、小数点第3位以下は切り捨てるものとします。)

(3) サービス提供体制強化加算 (I) 【1日当たり：2.2単位】

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上である、もしくは勤続10年以上の介護福祉士が100分の35以上であること。

(4) 看護体制加算 (I) 【1日当たり：4単位】

常勤看護師が1名以上配置。

(5) 看護体制加算 (Ⅲ) イ 【1日当たり：1.2単位】

常勤看護師が1名以上配置で、前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の70以上であること。

(6) 機能訓練加算【1日当たり：1.2単位】

日常生活上の機能訓練を行なう能力を有する者を1人以上配置している場合、加算されます。

(7) 個別機能訓練加算 【1日当たり：5.6単位】

機能訓練指導員等が共同して利用者の生活機能向上に資するよう利用者ごとの心身状況を重視した個別機能訓練計画を作成して、機能訓練を実施する。機能訓練士等が3月に1回以上利用者の居室を訪問して、利用者又は家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗等を説明して訓練を見直します。

(8) 認知症行動・心理症状緊急対応加算 【1日当たり：2.00単位】

医師が、認知症の行動、心理症状が認められるため、在宅生活が困難であり、緊急に短期入所生活介護を利用する事が適当と判断した者。

(9) 若年性認知症利用者受入れ加算 【1日当たり：120単位】

若年性認知症利用者を受け入れた場合。

認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない。

(10) 緊急短期入所受入加算【1日当たり：90単位】

利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が、緊急に短期入所生活介護を受けることが必要と認められた者に対し、居宅サービス計画に位置付けられていない短期入所生活介護を緊急に行った場合、緊急短期入所受入加算として短期入所生活介護を行った日から起算して7日（利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日）を限度として加算されます。

(11) 介護職員処遇改善加算（I）令和6年6月1日より

所定の単位に0.14を乗じて算定します。

(12) 送迎費【片道：184単位】

利用者様の心身の状態、ご家族様等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者様に対して、その居宅と短期入所生活介護施設事業所との間の送迎を行う場合、その通常の送迎の実施地域は松本市（四賀地区・安曇地区・奈川地区・梓川・波田地区を除く）・塩尻市（洗馬地区・宗賀地区・楢川地区・北小野地区を除く）です。

※事情により、通常の送迎の実施地域を超える地域の送迎については実施地域を超えて10km毎に上記の送迎加算に追加して請求いたします。【片道：1,000円】

※送迎は厚生省告示第19号（平成12年2月10日）の内容及び、利用者様の心身の状態、ご家族等の事情等からみて送迎を行う事が必要と認められる利用者様に対して、その居宅と指定短期入所生活介護施設事業所との間の送迎を行います。利用者様は出来るだけご家族様での送迎か、公共交通機関等をご利用下さい。

(13) 医療連携強化加算【1日当たり：58単位】

利用者の急変の予測や早期発見等のために看護職員による定期的な巡視や、主治医と連絡が取れない等の場合における対応に係る取決めを事前に行うなどの要件を満たし、実際に重度な利用者を受け入れた場合に加算されます。

(14) 療養食加算【1回当たり：8単位】

医師の指示箋に基づく療養食を提供した場合のみ加算されます。

(15) 生活機能向上連携加算（II）【1月当たり：200単位】

*訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、短期入所生活介護の事業所を訪問し、短期入所生活介護の事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること。リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと。

(16) その他の料金 保健対象外分

	滞在費 (1日当たり)	食費(朝食)	食費(昼食)	食費(夕食)
多床室	915円	520円	650円	530円
個室	1,231円	520円	650円	530円

- ① 滞在費→室料、水道光熱費相当の費用です。
- ② 食費→食事に係る費用です。
(ただし、滞在費について負担限度額認定(特定入所者介護サービス費)を受けている場合には、認定証に記載されている居住費の負担限度額が1日にお支払いいただく居住費の上限となります。)
- ③ 上記「食費」及び「滞在費」において、国が定める負担限度額段階(第1段から3段階①又は②まで)の利用者の自己負担額については、《別添資料1》をご覧ください。
- ④ 利用者様の希望によって、日常生活に必要なものを当施設が提供する場合に、実費相当分を請求する場合があります。
- ⑤ 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。
レクリエーションや行事を行うため教養娯楽費として1日200円頂きます。
- ⑥ *おやつ代
利用者の選択できるおやつを提供させていただきます。1日150円頂きます。
- ⑦ 毎月1回、昼食時に行事食(特別メニュー)を提供します。その際は材料費として300円頂きます。
(該当する日に利用されていなければいただけません。)
- ⑧ 利用者が専ら使用するために電化製品を当施設に持ち込み、それを使用する際に電気を使用する場合に係る費用については電気使用料として、電気製品1台あたり、1日50円を頂きます。
- ⑨ 理・美容サービスについてご希望がある場合、当施設と契約した訪問美容による散髪のみ可能です。事前予約ですので、ご相談ください。(利用代金は全額実費です。)
- ⑩ 私物の洗濯は、ご希望のある場合、当施設にて無料で行います。
なお、お持ち込み頂いた寝具(毛布当)や自然素材、レーヨン、ナイロン、ポリウレタン等の縮む可能性がある素材の衣類は、自宅へお持ち帰り頂き洗濯をして頂くか、業者による洗濯をお願いします。業者洗濯をご利用の場合は実施となります。

(17) 支払方法

利用最終日または翌月15日迄に、請求書を発行し交付します。支払い方法は口座振替、窓口払い、送迎時払い、振込払い等があります。お支払いが確認でき次第、領収書を発行し交付いたします。
お支払いは、できるだけ口座振替でお願いいたしております。

令和 年 月 日

特別養護老人ホームローズガーデン短期入所生活介護の利用開始にあたり、利用者に対して特別養護老人ホームローズガーデン短期入所生活介護利用契約書別紙2利用者負担説明書についての説明を行いました。

事業所

所在地 松本市大字中山6788-38
名称 特別養護老人ホームローズガーデン
代表者 施設長 西窪 昌子

説明者 氏名 西窪 昌子

私は、特別養護老人ホームローズガーデン短期入所生活介護利用契約書別紙2利用者負担説明書の説明を受けた上で内容をよく理解しサービス提供の契約をいたします

利用者 住所

氏名

利用者署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代行します。

署名代行者 氏名 {続柄}

身元引受人 (連帯債務者) 住所

氏名 [続柄]

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名の上、1通ずつ保有するものとします。

緊急時の連絡先

<緊急連絡先 1>

氏名		続柄		連絡方法	電話や携帯電話等	
----	--	----	--	------	----------	--

<緊急連絡先 2>

氏名		続柄		連絡方法	電話や携帯電話等	
----	--	----	--	------	----------	--

<緊急連絡先 3>

氏名		続柄		連絡方法	電話や携帯電話等	
----	--	----	--	------	----------	--

<主治医連絡先>

医療機関名		担当医師名		連絡方法	
-------	--	-------	--	------	--