

## ローマンうえだ地域密着型サテライト特養上野の里 短期入所生活介護重要事項説明書

当施設はあなたに対して指定短期入所生活介護の提供開始にあたり、説明すべき事項は次のとおりです。なお万が一不利益な扱いを受けた場合は、施設として責任ある対応を取りますので責任者にその旨をお申出下さい。

### 1. 施設経営法人

- |           |                        |
|-----------|------------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人ジェイエー長野会         |
| (2) 法人所在地 | 長野県長野市大字南長野北石堂町1177番地3 |
| (3) 電話番号  | 026-223-0533           |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 上原孝義               |
| (5) 設立年月  | 平成7年4月                 |

### 2. 利用施設

- |              |                         |
|--------------|-------------------------|
| (1) 施設の種類    | 地域密着型指定介護老人福祉施設         |
| (2) 施設の名称    | ローマンうえだ地域密着型サテライト特養上野の里 |
| (3) 施設の所在地   | 長野県上田市上野字柳田286番地1       |
| (4) 電話番号     | 0268-29-2070            |
| (5) 管理者名     | 六川真理子                   |
| (6) 当施設の運営方針 |                         |

利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別事情を考慮した処遇方針をもとに利用者が必要とする適切なサービスを提供する。また、施設内で実施する諸行事等への地域住民・ボランティア・家族等の積極的参加をすすめ、地域に開かれた施設運営に努める。

- |          |           |
|----------|-----------|
| (7) 開設年月 | 平成24年1月1日 |
| (8) 利用定員 | 空床利用      |

### 3. 設備の概要

居室【個室 29室】	浴室 1室	特殊浴室 1室	
共同生活室 3室	地域交流スペース	1室	

### 4. 職員の配置状況

管理者 1名	（兼務）	相談員 1名	（兼務）
介護支援専門員 1名	（兼務）	介護職員 10名以上	
看護職員 1名以上		管理栄養士 1名	

### 5. 当施設が提供するサービスの内容

#### (1) 利用者の自立の支援と日常生活上の援助

- |            |                      |
|------------|----------------------|
| ① 入浴の自立    | 入浴または清拭              |
| ② 排泄の介助    | 自立にむけて必要な援助とおむつ交換    |
| ③ 日常生活上の世話 | 離床、着替え、整容その他日常生活上の世話 |

#### (2) 食事の提供

利用者の状況や希望により、お好きな時間に合わせた食事の提供をしていきます。また栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好に考慮したメニューや希望に添った食事の提供をしていきます。なお食事場所は利用者の自立の支援に配慮し、できる

だけ離床して食堂や談話室等で行いますが、自由に選んでいただきます。

朝食 午前 8 時      昼食 正午      夕食 午後 6 時

### (3) 健康管理

主治医の指示のもと、看護職員が健康管理を行います。

### (4) その他

◇ 当施設では病院のような医療を行うことはできません。職員が受診を必要と判断した場合にはご家族に連絡します。

◇ レクリエーション、行事食等を随時実施するほか、希望者に理美容サービスを行ないます。

◇ 入浴について同性介助の要望に対応致します。

## 6. 利用料金

### (1) 当施設が提供する介護基準サービス

利用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、食事に係る自己負担額の金額は別紙のとおりです。

### (2) 介護保険給付対象外サービス（実費）

- ① 特別な食事（施設で提供する一般食以外であり、希望により実施）
- ② 理美容代、クラブ活動、各種レクリエーション行事参加その他個別サービス
- ③ 特別な送迎（通常の実施地域以外の送迎費）
- ④ 電気代（テレビ 1 日 50 円   電気毛布 1 日 50 円   ラジカセ 1 日 30 円）

### (3) キャンセル料

ご利用者の都合でサービスを中止する場合、下記キャンセル料がかかります。

- ① ご利用日の前営業日午後 5 時までに連絡いただいた場合      無料
- ② ご利用日の前営業日午後 5 時までに連絡がなかった場合   1, 5 0 0 円  
（1 日の食費相当額）

### (4) 利用料金のお支払い方法

1 カ月ごとに計算し、毎月 1 5 日までに前月分の請求書を発行して、当施設宛お振込願います。

### (5) その他

利用途中にサービスを中止して退所される場合、退所日までの日数をもとに計算します。

## 7. 利用中の中止について

以下の場合、利用途中でもサービスを中止する場合があります。

- ① 利用者が中途退所を希望した場合
- ② 入所日、利用中の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ③ 施設内で感染症、または感染症が疑われる症状がでた場合
- ④ 他の利用者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
- ⑤ 施設が利用を難しいと判断した場合

## 8. 災害対策

施設の防災計画に基づき防災訓練を実施し、非常時の災害に備えています。災害発生時には利用者の安全確保に努めます。なお、防災管理にご協力ください。

## 9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、ご家族、担当ケアマネージャー、市町村及び関係諸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取

った処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

#### 10. 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、あらかじめ届けられた連絡先への可能な限り速やかに連絡を行う等、必要な処置を講じます。

#### 11. 施設利用に当たっての留意事項

- ① 喫煙等 全館禁煙です。
- ② 設備・器具の利用 自動販売機・電話等ご自分で扱えない方はお申しつけください。
- ③ 所持品 必要な衣類等は別紙案内によりご用意ください。

#### 12. サービス内容に関する相談、苦情

##### ① 当施設内苦情相談窓口

窓口担当者 生活相談員 木 島 千 絵

解決責任者 施設長 六 川 真 理 子

電話番号：0268-29-2070 受付時間：8：30～17：30

##### ① 施設外苦情相談窓口

第三者委員 瀬切 信幸（豊殿地区民生児童委員会会長） 0268-23-2171

青木 辰夫（神科地区民生児童委員会会長） 0268-22-9069

山邊 幸男（神川地区民生児童委員会会長） 0268-24-8654

依田 發夫（前長野大学社会福祉学部教授） 0267-22-7874

菊池小百合（佐久大学信州短期大学准教授） 0267-68-6680

##### ③ 相談窓口 長野県国民健康保険団体連合会介護保険苦情処理係

長野県長野市大字西長野字加茂北143-8

Tel 026-238-1580 Fax 026-238-1581

##### ④ 相談窓口 住居を有する市町村役場の介護保険課

・上田市役所高齢者介護課 Tel0268-23-5140 ・東御市役所 Tel0268-64-8888

・青木村役場 福祉課 Tel0268-49-0111 ・長和町役場 Tel0268-68-3111

#### 13. 協力医療機関

◎名 称 長野県厚生農業協同組合連合会鹿教湯三才山リハビリテーションセンター  
鹿教湯病院

院 長 名 大 澤 道 彦

所 在 地 上田市鹿教湯温泉1308番地 電話番号 0268-44-2111

診 療 科 内科、整形外科、脳神経外科、理学療法科、歯科、精神科、神経内科、  
循環器科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、消化器科、外科

◎名 称 長野県厚生農業協同組合連合会鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿  
教湯病院附属豊殿診療所

所 在 地 上田市殿城神林250-4 電話番号 0268-29-1220

院 長 名 戸 兵 周 一

診 療 科 内科、消化器科、循環器

◎名 称 医療法人 友愛会 千曲荘病院

院 長 名 遠 藤 謙 二

所 在 地 上田市中央東4-61 電話番号0268-22-6611

診 療 科 精神科、神経科、心療内科

上記の重要事項について説明を受け同意をした証として、本書2通を作成し、事業者と利用者およびその代理人が記名押印の上、各1通を保有するものとする。

令和      年      月      日

事業者      所在地    長野県上田市上野字柳田286番地1  
施設名      ローマンうえだ地域密着型サテライト特養上野の里  
代表者      管理者    六   川   真   理   子                                  印

利用者      住    所 \_\_\_\_\_

氏    名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本人に代わり事業者から介護福祉施設サービスについての説明を受けました。  
私は、本人の契約意思を確認しました。

代理人      住    所 \_\_\_\_\_

氏    名 \_\_\_\_\_ 印

利用者との続柄    [                                  ]

代理人が署名を代行した理由 \_\_\_\_\_

注) 代理人を選任した場合は、代理人が署名する。