
特別養護老人ホーム明日香苑
短期入所生活介護・介護予防短期生活介護
重要事項説明書(二割負担対象者用)

当事業所は介護保険の指定を受けています。

【岐阜県指定 第2171700053号】

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 恵 和 会
(2) 法人所在地 岐阜県恵那市長島町永田382番地38
(3) 電話番号 0573-26-5271
(4) 代表者氏名 森 川 千 江 子
(5) 設立年月 昭和53年11月

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護事業
平成12年3月31日指定 岐阜県第2171700053号
※当事業所は特別養護老人ホーム明日香苑に併設されています。
(2) 事業所の名称 特別養護老人ホーム 明日香苑
(3) 事業所の所在地 恵那市三郷町佐々良木1470番地の1
(4) 電話番号 0573-28-3210
(5) 事業所管理者名 島 崎 太 郎
(6) 開設年月 平成11年4月1日
(7) 通常の事業の実施区域 恵 那 市
(8) 営業日及び営業（受入れ）時間

営 業 日	年 中 無 休
受 付 時 間 (受入れ時間)	月曜日～日曜日 8時30分～17時30分 但し年末年始、土、日、祝祭日のご利用については、担当の介護支援専門員に予めご相談ください。 また入退所の時間についてはご相談の上、決定します。

- (9) 利用定員 10人

3. 居室等の概要

居室・設備の種類	室 数	備 考
一人部屋	10室	
食 堂	1室	
特別浴室	1室	特殊浴槽
一般浴室	1室	
寮母室	1室	
医務室	1室	

4. 職員の配置状況

当施設では指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

職 種	配 置	指定基準
施設長	1以上	1
介護職員	21以上	21
生活相談員	1以上	1
看護職員	3以上	3
介護支援専門員	1以上	1
栄養士	1以上	1
医 師	1以上	1

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

- (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、市町村が定める割合（9割・8割・7割）が介護保険から給付されます。

《サービスの概要》

①食事介助及び栄養管理

・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況を考慮した食事を提供します。

また、ご契約者の自立支援のため離床して食事をとっていただくことを原則としています。

(朝食) 7:15～8:15 (昼食) 11:45～12:45 (夕食) 17:30～18:30

②入 浴

・入浴又は、清拭を週2回行います。

・寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

③排 泄

・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を活用した排泄の介助を行います。

④送迎サービス

・ご契約者の心身の状況、家族の事情等により必要な場合には、ご契約者の自宅と事業所との間の送迎を行います。（片道184円がご契約者の負担となります。）

《サービスの利用料金（1日あたり）

下記の利用表によって、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額を除いた金額と、下記の加算の中から、当苑の対象となる加算を含めた額を利用料金としてお支払い下さい。なお、職員体制等の状況によって加算体制に変更がありますので御了承ください。

単位：円

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援1 4,510円	要支援2 5,610円	要介護1 6,030円	要介護2 6,720円	要介護3 7,450円	要介護4 8,150円	要介護5 8,840円
2. うち、介護保険から給付される金額	3,608円	4,488円	4,842円	5,376円	5,960円	6,520円	7,072円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	902円	1,122円	1,206円	1,344円	1,490円	1,630円	1,768円

加算

- サービス提供体制加算Ⅰ（22単位/日） 緊急短期入所受入加算（90単位/日）
- 夜勤職員配置加算Ⅲ（15単位）（介護予防を除く）
- 看護体制加算Ⅰ（4単位/日） 看護体制加算Ⅱ（8単位/日）（介護予防を除く）
- 送迎加算（184単位/回） 介護職員処遇改善加算Ⅲ（一ヶ月の総単位数×11.3%）

（2）介護保険の給付対象とならないサービス

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 食費（朝食 315円、昼食 700円、夕食 430円）
- ② 滞在費（1日あたり 1,231円）
- ③ 特別な食事（酒を含みます。） 利用料金：要した費用の実費
- ④ 理髪サービス 理容組合 利用料金：実費
※口座振替ができないため、現金にての対応となります。
- ⑤ レクリエーション・クラブ活動
ご契約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頂くことができます。
○利用料金：材料代等実費を頂きます。
- ⑥ 複写物の交付利用料金：一枚につき 11円
- ⑦ 喫茶等の利用料金：コーヒー・紅茶等 110円
アイスクリーム（55円・110円）
その他：実費
- ⑧ 個人専用の家電製品の電気使用料（テレビ、冷蔵庫等）利用料金：110円/日
- ⑨ 写真代：1枚33円
- ⑩ その他：日常生活において通常必要となるものにかかる費用で、ご利用者が負担することが適当と認められる費用について実費を頂きます。

（3）利用料金のお支払い方法

当法人では、介護サービスの利用料等のお支払いに「口座振替」を採用しておりますので、ご協力をお願い致します。

料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたします。利用日の翌々月の12日が引落日となっております。

（4）利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護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の前日までに申し出てください。
- 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には、この限りではありません

利用予定の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の50% (自己負担相当額)

- サービス利用の変更、追加の申し出に対して、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。

6. 損害賠償について

事業者は、利用者に対するサービスの提供に当たって、事故が発生し、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者に対して損害を賠償します。ただし、事業者の故意、過失がなかった場合はこの限りではありません。

前項の場合、利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することが出来ます。

7. 秘密保持について

- (1) 事業者及び従業員は、正当な理由がない限り、また在職中・退職後に関わらず、利用者に対するサービス提供に当たって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らしません。
- (2) 事業者は、利用者又は利用者の家族の個人情報を用いる場合は、利用者の家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議において、それらの個人情報を用いません。

8. 緊急時の対応について

緊急時には、緊急連絡先及び居宅介護支援事業所に連絡いたします。また利用者の主治医・協力医療機関の連絡を行ない、医師の指示に従います。

9. 身体拘束等行動制限の対応について

サービス提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない事を除き、身体拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならない。

(1) 緊急やむを得ない場合に、身体拘束等を行う際の手続き。

ア、第一に他の代替策を検討します。

イ、実施にあたっては、必要最小限の方法、時間、期間、実施方法の適正、安全性、経過確認の方法について検討を行います。

ウ、事前もしくは事後すみやかに施設長の判断を仰ぎます。

エ、事前もしくは事後すみやかに家族等に連絡いたします。

オ、事前もしくは事後すみやかに、施設長、介護士、看護師、生活相談員、医師、家族等の参加する緊急カンファレンスを開催し、身体拘束の理由、治療及び対応方針を確認し、ケアプランを作成します。

実施にあたっては、身体拘束についての同意書、検討事項の内容、カンファレンスの内容等の記録を作成します。

10. 第三者評価の実施状況 (有 ・ 無)

(実施年月日)

(評価機関)

(評価結果)

11. 苦情等の受付について

(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) 丸山 雅史

[職名] 特別養護老人ホーム明日香苑 生活相談員 [電話番号] 28-3210

○受付時間 毎週月曜日～日曜日 8:30～17:15

当苑では第三者委員会を設置し、2名配置をしております。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

恵那市役所 高齢福祉課 電話番号 26-2111

介護保険担当課 受付時間 毎週月～金曜日 8:30～17:00

国民健康保険 介護保険課 電話番号 058-275-9826

苦情対応係 受付時間 毎週月～金曜日 9:00～17:00

令和 年 月 日

短期入所生活介護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。

特別養護老人ホーム明日香苑

説明者職名 生活相談員

氏名 小木曾 聡 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。

利用者 : 住所 _____

: 氏名 _____ 印

代筆者 _____ 印(続柄)