

**特別養護老人ホーム万年青苑
短期・介護予防短期入所生活介護**

重要事項説明書(空床型・多床室用・一割負担対象者用)

当施設は介護保険の指定を受けています。
【岐阜県指定第2171700046号】

1. 施設経営法人

- (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 理事長 森川 千江子
(5) 設立年月 昭和53年11月

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設
(2) 施設の目的 この施設は、介護保険法令の趣旨にしたがい、契約者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として契約者に対し介護福祉施設サービスを提供します。
(3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 万年青苑
(4) 施設の所在地 岐阜県恵那市長島町永田381番地49
(5) 電話番号 0573-26-3021
(6) 施設長名 各 務 弘 恭
(7) 開設年月 昭和54年 4月
(8) 入所定員 入所定員100人 短期入所定員 (空床利用)

3. 居室の概要

【2人部屋 3室】 【4人部屋 24部屋】 【静養室 1室】 【合計28室】

当施設では、以上の居室をご用意しています。特に2人部屋を希望される場合は、その旨お申し出下さい。(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)
居室の変更：ご契約者から居室の変更の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

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 | 31以上 | 31 |
| 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. 当施設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、利用料金の大部分(通常9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・口腔ケア

- ・当施設では、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および嗜好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堂にて食事をとって頂くことを原則としています。さらに食後の口腔ケアを提供します。

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

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援助を行います。

④健康管理

- ・医師や看護師が、健康管理を行います。

⑤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。

《サービスの利用料金（1日当たり）》

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 | 要支援2 5, 610 | 要介護度1 6, 030 | 要介護度2 6, 720 | 要介護度3 7, 450 | 要介護度4 8, 150 | 要介護度5 8, 840 |
|-------------------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 2. うち、介護保険から給付される金額 | 4, 059 | 5, 049 | 5, 427 | 6, 048 | 6, 705 | 7, 335 | 7, 956 |
| 3. サービス利用に係る自己負担金 (1-2) | 451 | 561 | 603 | 672 | 745 | 815 | 884 |

加算

併設(空床型)

- サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(22単位/日)
- 看護体制加算Ⅰ(4単位/日) 看護体制加算Ⅱ(8単位/日)
- 介護予防短期入所生活介護においては、看護体制加算Ⅰ・看護体制加算Ⅱを除く
- 送迎時費用(184単位/片道) 夜勤職員配置加算Ⅲ【15単位/日(介護予防を除く)】
- 介護職員等処遇改善加算Ⅲ(1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

以下のサービスについては、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 居住費(1日あたり 915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 訪問理美容 利用料金：実費
- 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 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 その他：実費

(3) 利用料金のお支払い方法

当施設では、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、ご協力をお願いいたします。

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

6. 損害賠償について

当施設は、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、当施設の故意、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) 当施設及び従業員は、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) 当施設は、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ぬ。

8.事故発生時（緊急時）の対応について

当施設は、契約者の症状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに緊急連絡先及び担当介護支援専門員へ連絡をするとともに、主治医に連絡する等の措置を講じます。また必要に応じて市役所に連絡をいたします。

9.感染症(インフルエンザ・ノロウイルス)流行時の対応について

利用者本人が感染症に罹った場合、また利用者本人と同居されている他の家族が感染症に罹っている場合、利用を中止させていただきます。

10. 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。

11. 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）

12. 苦情等の受付について(契約書第24条関係)

当施設における苦情やご相談は下記の窓口で受け付けます。

苦情・相談受付窓口(担当者) 生活相談員：渡邊 脩

受付時間：月曜日～日曜日 8時30分～17時15分まで

当施設では第三者委員を設けており、2名配置しております。

恵那市における苦情やご相談は下記の窓口で受け付けます。

恵那市役所医療福祉部高齢福祉課 TEL 0573-26-2111

受付時間：月曜日～金曜日 8時30分～17時まで

国保連における苦情やご相談は下記の窓口で受け付けます。

国民健康保険、介護保険課、苦情対応係 TEL 058-275-9826

受付時間：月曜日～金曜日 9時～17時まで

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設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。

指定介護老人福祉施設名 特別養護老人ホーム 万年青苑

説明者職氏名 生活相談員 古田 敦 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

：代筆者 印（続柄）