

**特別養護老人ホーム明日香苑**  
**重要事項説明書**(多床室・二割負担対象者用)

当施設は介護保険の指定を受けています。  
【岐阜県指定第2171700996号】

社会福祉法人 恵 和 会

## 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 勁 介  
(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 明日香苑  
(4) 施設の所在地 岐阜県恵那市三郷町佐々良木1470番地1  
(5) 電話番号 0573-28-3210  
(6) 施設長名 島 崎 太 郎  
(7) 開設年月 平成11年 4月  
(8) 入所定員 入所定員60人 短期入所定員 10名

## 3. 居室の概要

【個室 20室】 【2人部屋 20室】 【短期入所用2人部屋 5室】 【合計 45室】

当施設では、以上の居室をご用意しています。特に個室や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	1
介護職員	27	21
生活相談員	2	1
看護職員	6	3
介護支援専門員	5 (兼務)	1
栄養士	1	1
医 師	1	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、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・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、当施設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	要介護度1 5, 730	要介護度2 6, 410	要介護度3 7, 120	要介護度4 7, 800	要介護度5 8, 470
2. うち、介護保険から給付される金額	4, 584	5, 128	5, 696	6, 240	6, 776
3. サービス利用に係る自己負担金 (1-2)	1, 146	1, 282	1, 424	1, 560	1, 694

○新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、すべてのサービスについて、令和3年9月までの間、基本報酬に0.1%上乗せする。

加算

- 日常生活継続支援加算(36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)  
 口腔衛生管理加算Ⅰ(90単位/月)    夜間職員配置加算Ⅲ(16単位/日)  
 初期加算(30単位/日 30日まで)    外泊時費用(246単位/日 月6日まで)  
 介護職員処遇改善加算Ⅰ(1ヶ月の総単位数×8.3%)

(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(1日あたり1, 392円)(8月から、一日あたり 1, 445円)
- ② 居住費(1日あたり1, 171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
- ⑤
- ⑤ 貴重品の管理  
 ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用頂けます。  
 管理する金銭の形態：金融機関に預け入れている預金  
 お預かりするもの：上記預金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、年金証書等  
 出納方法：預金(又は現金)の預け入れ及び引き出しが必要な場合は備付けの届書を保管管理者へ提出して頂きます。保管管理者は届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。そしてその都度出入金記録を作成しその写しをご契約者へ交付します。保管管理者：施設長  
 利用料金：2, 750円/月額
- ⑥ 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。
- ⑦ 複写物の交付利用料金：一枚につき 11円
- ⑧ 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
- ⑨ 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：55円/日
- ⑩ 写真代：1枚33円
- ⑪ 健康管理費：インフルエンザ等の予防管理費 各種実費
- ⑫ 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。(1か月単位で料金設定を行っているサービスについて、1か月に満たない期間の利用料金は、日割計算(1か月当たりの利用料金×12か月÷365×利用日数)をした金額とします。)

## 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、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、利用者又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. 必要により病院等へ入院された場合(契約書第18, 20条関係)

入院の翌日から6日間は当施設に、介護保険上の籍があります。さらに、入院から3ヶ月の間は、当施設はベッドを空けて退院されるのを待っています。しかし、3ヶ月を過ぎると、当施設は他の待機中の人に入所してもらうこととなります。

なお、入院に際しての手続き、費用はご家族の方をお願いしておりますのでご協力をお願いいたします。

また、入院7日以降退院されるまでの期間について、居住費 855円/日を、利用料金としてお支払い頂きますのでご了承ください。但し、ベッドを空床型短期入所として利用させて頂いた場合はこの限りではありません。

## 9. 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)

## 10. 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 : 渡辺 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 明日香苑

説明者職氏名 施設長 島崎 太郎 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。

利用者 : 住所 \_\_\_\_\_

: 氏名 \_\_\_\_\_ 印

代筆者 \_\_\_\_\_ 印(続柄) \_\_\_\_\_ )