

パドマ館短期入所生活介護 パドマ館介護予防短期入所生活介護

(平成18年4月1日 指定・兵庫県 2873301606号)

重要事項説明書

当事業所はご利用者に対し指定居宅サービス短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスを提供いたします。施設の概要や提供されるサービスの内容を、次の通り説明いたします。

(1) 事業者

- | | |
|-----------|---|
| 1. 法人名 | 社会福祉法人 明照会 |
| 2. 所在地 | パドマ館 伊丹市中野西1丁目108番地の1 |
| 3. 電話番号 | 072-785-0109 |
| 4. FAX | 072-785-0124 |
| 5. 代表者氏名 | 理事長 善部修 |
| 6. 設立年月日 | 平成4年2月15日 |
| 7. 主たる事業 | 特別養護老人ホーム あそか苑 |
| 8. ホームページ | http://www.asokaen.or.jp |
| 9. E-mail | info@asokaen.or.jp |

(2) あそか苑の概要

- | | |
|-------------|-------------------------|
| 1. 建物の構造 | 鉄筋コンクリート造 地上4階建て |
| 2. 建物の延べ床面積 | 3,887.13 m ² |
- パドマ館の概要**
- | | |
|-------------|-----------------------|
| 1. 建物の構造 | 鉄筋コンクリート造 地上2階建て |
| 2. 建物の延べ床面積 | 592.26 m ² |

(3) 事業の目的と管理者

介護保険法に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じて可能な限り自立し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、ご契約者に日常生活を営むため必要な居室および共用施設等をご利用いただき、短期入所生活介護サービス・介護予防短期入所生活介護サービスを提供いたします。

- | | |
|--------------|---------------------------|
| 1. 事業所の包括的名称 | 社会福祉法人 明照会 特別養護老人ホーム あそか苑 |
| 2. 統括管理者 | 善部修 |

(4) あそか苑の経営方針

ターミナルケアを介護の目的としています。

1. 輝々と生き終わる人生のサポートを行います。
2. プライバシーを尊重した介護に心がけます。
3. 認知症高齢者の生活を配慮した施設創りをします。
4. ねたきりの方でも入浴のできる特殊浴槽や、座ったままで入浴のできるリフト浴を利用しています。
5. クラブ活動、遠足など生きがいづくりを推進しています。

(5) 通常の事業の実施地域

伊丹市・尼崎市・宝塚市・川西市・西宮市の各全域。（地域外利用はご相談下さい。）

(6) 受付時間

受付時間 9時～18時

(7) 利用定員 20名

(8) 居室等の概要

1. 短期入所生活介護サービス・介護予防短期入所生活介護サービスの利用にあたり、当事業所では次のように居室・設備を用意します。

パドマ館 居室・設備	室数	備考
ユニット型個室	20室	1室 12.1㎡・トイレ有
デイルーム	2室	
小ホール	1室	多目的ホール
浴室	2室	一般浴・リフト浴・ユニットバス

2. 居室の変更

ご利用者から居室の変更希望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を決定します。また、ご利用者の心身の状況によって居室を変更する場合があります。

(9) 契約締結からサービス提供までの流れ

「居宅介護サービス計画書」「介護予防サービス計画書」（ケアプラン）がある場合はその内容を踏まえ、基本的にはケアマネジャーからの利用申し込みがあり、予約が取れる状況であれば利用に必要な聞き取り調査と重要事項説明を行い、利用可能となった場合に利用契約締結を行い利用開始となります。

(10) 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。（*印：兼務を表示）

事業所長	*1名	生活相談員	*1名
介護職員	7名	医師	*1名
看護職員	1名	管理栄養士	*1名
機能訓練指導員	*1名		

(11) 主な職種の勤務体制

職種	短期入所生活介護（特養職員含む）
医師	随時
介護職員	標準的な時間帯における配置人員 早朝 7：30～9：30 日中 9：30～20：00 夜間 20：00～7：30
看護職員	標準的な時間帯における配置人員 早朝 8：00～9：30 日中 9：30～18：30
機能訓練指導員	9：30～16：30

(12) 配置職員の職種

- 「生活相談員」 ご利用者の日常生活の相談に応じ適宜生活支援を行います。
- 「介護職員」 ご利用者の日常生活上の直接介護並びに健康保持のための相談助言等を行ないます。
- 「看護職員」 ご利用者の健康管理や療養上の世話を行います。
- 「機能回復訓練指導員」 ご利用者の機能回復訓練を担当します。
- 「医師」 ご利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行ないます。

(13) 当事業所が提供するサービス

サービスの概要

1. 食事

- ① 栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ② ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事を摂って頂くことを原則としています。
- ③ 食事時間 朝食 8:00～9:00 昼食 12:15～13:15 夕食 18:00～19:00

2. 入浴

歩けない方でもリフト浴で座ったまま入浴することができます。

3. 排泄

ご利用者に合せた排泄の介助を行います。

4. 健康管理

医師や看護職員が、健康管理を行います。

5. その他

- ・生活のリズムを考え、寝たきり防止のためできるかぎり離床に配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
- ・定例行事及び全員参加するレクリエーションへの参加を促します。

(14) サービス利用料金(1日あたり)

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金か介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

（サービスの利用料金はご利用者の要介護度に応じて異なります。）

ただし、サービス点数の総合計に処遇改善加算 14.0%、地域加算 10.55 を乗じて計算しますので端数にわずかな誤差が生ずる場合があります。

※保険料の利用者負担が一律 1 割負担から、平成 27 年 8 月より、一定所得以上の所得のかたは自己負担割合が 2 割負担となります。

平成 30 年 8 月より、一定所得以上の所得の方は自己負担割合が 3 割負担となります。

＜パドマ館ユニット型個室利用＞

各加算を含む(令和7年4月1日～)

要介護度	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 要介護度ごとのサービス利用料金	6,626円	8,156円	8,778円	9,601円	10,498円	11,352円	12,186円
2 介護保険から給付される金額(9割)	5,964円	7,341円	7,901円	8,641円	9,449円	10,217円	10,968円
3 介護保険から給付される金額(8割)	5,301円	6,525円	7,023円	7,681円	8,399円	9,082円	9,749円
4 介護保険から給付される金額(7割)	4,639円	5,710円	6,145円	6,721円	7,349円	7,947円	8,531円
5 サービス利用に係る自己負担額(1割)	663円	816円	878円	961円	1,050円	1,136円	1,219円
6 サービス利用に係る自己負担額(2割)	1,326円	1,632円	1,756円	1,921円	2,100円	2,271円	2,438円
7 サービス利用に係る自己負担額(3割)	1,988円	2,447円	2,634円	2,881円	3,150円	3,406円	3,656円
8 滞在費	2,066円						
9 食費	1,500円						
10 自己負担合計額(1割) (5+8+9)	4,229円	4,382円	4,444円	4,527円	4,616円	4,702円	4,785円
11 自己負担合計額(2割) (6+8+9)	4,892円	5,198円	5,322円	5,487円	5,666円	5,837円	6,004円
自己負担合計額(3割) (7+8+9)	5,554円	6,013円	6,200円	6,447円	6,716円	6,972円	7,222円

(その他の自己負担額)

おやつ代 200円/日

送迎費 222円/片道(処遇改善費14.0%加算含)

生産性向上推進体制加算Ⅱ 12円/月(処遇改善費14.0%加算含)

緊急加算(基本7日) 109円/日(処遇改善費14.0%加算含)

なお、保険者(市区町村)への申請により介護保険負担限度額の認定を受けている方は、所得に応じて利用者負担の軽減措置があります。詳細は別紙料金表をご参照ください。

(15) 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利用者の負担となります。

1. 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを受けた場合。

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の全額（自己負担額ではありません）が必要となります。

2. 複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には、実費相当分をご負担いただきます。

（1枚につき10円）

3. 食事の提供

ご利用者の栄養状態に適した食事を提供します。

食事代（食材料費）	1日あたり	1,500円
	（内訳）	
	朝食	190円
	昼食	660円
	夕食	650円
おやつ代	1日あたり	200円

※ 以下の場合には、食事を食べられなくても食事代（食材料費）を徴収させていただきますので、ご了承ください。

- ・急なご帰宅等、利用者様の都合で食事をされなかった場合、食事の準備はしておりますので、通常通り頂戴することになります。
- ・前日17時までに連絡なく、それ以後に利用中止とされた場合は、1日分の食事代を実費として頂戴します。（負担限度額証をお持ちの方も同様の金額がかかりますので、ご注意ください。）

4. 利用者が使用する居室料

ご利用いただく居室を提供します。

ユニット型個室	1日あたり	2,066円
---------	-------	--------

5. レクリエーション・クラブ活動の参加費

ご利用者の希望により、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。その他、季節ごとの行事やお楽しみ会、専門家による体操やマッサージなどを提供します。

6. 日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものは実費をご負担いただきます。

7. 理美容

美容師の出張による理容サービス（調髪）を実費でご利用いただけます。

(16) 利用料金のお支払い方法

サービス利用料金は1カ月ごとに計算し、下記にてお支払いいただきます。
なお1カ月に満たない期間については、利用日数に基づいて計算します。

ご指定の金融機関口座から 月末締切りの翌月26日(但し金融機関が休みの場合はその翌日)に自動引落としさせていただきます。

(17) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、ご利用者の希望により下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。

(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

協力医療機関

名 称	所 在 地	電話番号	診 療 科
明照会診療所	あそか苑に併設	072-785-0109	内科・精神科
市立伊丹病院	伊丹市昆陽池 1-100	072-777-3773	総合

協力歯科医療機関

名 称	所 在 地	電話番号	診 療 科
医療法人健志会 今津ステーション 歯科クリニック	大阪市淀川区西中島 5丁目 12-15	06-6309-8830	歯科

(18) サービスの利用をやめる場合

利用期間満了の7日前までに利用者から利用終了の申入れがない場合には、契約は更に6カ月間(要介護認定期間)同じ条件で更新され、以後も同様となります。契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当することになった場合には、当事業所との契約は終了します。

- ① ご利用者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ あそか苑が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ あそか苑が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦ あそか苑から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

《 ご利用者からの解約・利用解除の申し出がある場合 》

利用の有効期間中であっても、ご利用者から利用契約を解約することができます。

1. 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合。
2. 当事業所の運営規定の変更に同意できない場合。
3. ご利用者が入院された場合（一部解約はできません）。
4. 利用者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合（一部解約は出来ません）。
5. 当事業所もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合。
6. 当事業所もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
7. 当事業所もしくはサービス従事者が故意又は過失により、ご利用の身体・財物・信用などを傷つけ、または著しい不信行為その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
8. 他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合やハラスメント行為において、当事業所が適切な対応をとらない場合。

《 当事業所からの契約解除の申し出がある場合 》

1. ご利用者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又不実の告知を行い、その結果本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合。
2. 利用者によるサービス利用料金の支払いが3カ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合。
3. 利用者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用サービス等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、ハラスメント行為を行うことなどによって、本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合。
4. 利用者の行動が他の利用者もしくはサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあったり、あるいは、利用者が重大な自傷行為（自殺に至る恐れがある場合）を繰り返すなど、契約を継続し難い重大な事情が生じた場合。

(19) サービス提供における事業者の義務

当事業所は、ご利用者に対してのサービスを提供するにあたって、ご利用者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などについて次のように配慮します。

1. ご利用者の生命・身体・財産の安全に配慮します。
2. ご利用者の体調・健康状態を看て必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご利用者とご家族の意志を確認し対応します。
3. 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご利用者に対して、定期的に避難・救出その他必要な訓練を行います。
4. ご利用者にご提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご利用者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。ただし、コピー代は有料です。
5. ご利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご利用者または他の利用者等の生命・身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
6. ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
7. 当事業所及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。ただし、ご利用者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約の心身等の情報を提供します。
また、ご利用者との利用終了に伴う援助を行う際には、ご利用者の同意を得ます。

(20) サービスの利用に関する留意事項

1. 施設・設備の使用上の注意
 - ① 共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
 - ② 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
 - ③ 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動営利活動などを行うことはできません。
2. 喫煙
**事業所内の指定した喫煙スペース以外での喫煙はできません。
(喫煙物品は事業所管理、夜勤帯での喫煙できません。)**
3. その他の留意事項
適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的又は優越的な関係を背景とした言動などより、サービス従業者等の就業環境が害されることを防止する方針により事業所が運営されています。

(21) 感染症まん延防止の対応について

事業者は事業所において、感染症が発生し又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

1. 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6ヵ月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
2. 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
3. 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

(22) 業務継続計画の策定等について

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための計画、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講じるものとします。

1. 事業者は、従業者に対し、業務継続計画について説明、周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとします。
2. 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

(23) 虐待防止に関する事項について

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待等の発生又はその再発を防止のため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

1. 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
2. 虐待の防止のための指針を整備します。
3. 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に6ヵ月に1回以上実施します。
4. その他虐待防止のために必要な措置を講じます。
5. 前4号に掲げる措置を適切に実施するための専任担当者を置きます。

事業所は、サービスの提供中に当該事業所の従業者又は養護者（利用者の家族など高齢者を現に養護するもの）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町に通報するものとします。

(24) 事故発生時の対応について

家庭内で起こりうる事故（転倒・誤嚥など）や急病はサービス利用中にも発生する場合があります。事故が発生した場合には、契約者やその家族に対し速やかに状況を報告・説明し、その被害の拡大防止をはかるなど必要な措置を講じます。

(25) 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、当事業所はその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められた場合には、当事業所の損害賠償責任を減じる場合があります。

1. 当事業所は、自己の責めに帰すべき事由がないかぎり損害賠償責任を負いません。特に以下の各号に該当する場合には、当事業所は損害賠償を免れます。
2. 契約者（その家族も含む）が契約締結に際し、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害発生した場合。
3. 契約者（その家族も含む）が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合。
4. 契約者の急激な体調の変化及び利用者自身による防ぎ難い事故等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合。
5. 契約者が当事業所もしくはサービス従事者の指示等に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合。

◎当事業所は損害賠償保険に加入しています。

前項規定の賠償に相当する可能性がある場合は、契約者又はご家族の方に当該保険の調査等の手続きにご協力頂く場合があります。

保険契約内容については、利用者からの要請により開示することができます。

保険会社名:あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名:損害賠償保険

(26) 苦情の受付について

1. パドマ館ショートステイ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担当が受け付けを致します。
2. 苦情受付担当者
パドマ館ショートステイ トウリ ユリアンティ
3. 第三者委員
鈴木 稲弘 090 - 1073 - 8437
木ノ下 行徳 090 - 5163 - 0270
4. 苦情解決責任者
パドマ館ショートステイ 播野 友美

なお、苦情の受付窓口は、受付担当者となります。また、第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。また、第三者委員は苦情解決を図るために双方への助言

や話し合いの立ち会いなども致します。苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円満な解決に努めます。

5. 機関その他の苦情受付機関

国民健康保険 団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番 1-1801号 電話番号 (078) 332-5617 FAX (078) 332-5650 受付時間 9:00~17:15(月曜日~金曜日)
伊丹市市民福祉部 介護保険課	所在地 伊丹市千僧1丁目1番地 電話番号 (072) 784-8037 FAX (072) 784-8036 受付時間 9:00~17:15(月曜日~金曜日)

改訂 令和7年4月1日

令和 年 月 日

あそか苑の指定居宅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。

事業者 伊丹市中野西1丁目18番地
社会福祉法人 明照会
理事長 善部 修 (印)
パドマ館ショートステイサービス

説明者 (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、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。

契約（利用）者 住所

氏名 (印)

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が利用者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者 住所

氏名 (印)

(契約者との関係)

立会人 住所

氏名 (印)

(契約者との続柄)