

# 重要事項説明書

(ユニット型短期入所生活介護サービス・ユニット型介護予防短期入所生活介護サービス)

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生省令第 37 号第 125 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1 事業者

|         |                               |
|---------|-------------------------------|
| 事業者の名称  | 社会福祉法人 清涼会                    |
| 事業者の所在地 | 〒454-0034 名古屋市中川区五女子町四丁目 32-1 |
| 法人種別    | 社会福祉法人                        |
| 代表者名    | 本多 伯舟                         |
| 電話番号    | 052-355-2662                  |

## 2 ご利用施設

|          |                             |
|----------|-----------------------------|
| 施設の名称    | 東海清涼苑 和ショートステイ              |
| 施設の所在地   | 〒477-0032 東海市加木屋町冬至池 4 番 15 |
| 施設長名     | 山田 守                        |
| 電話番号     | 0562-85-7721                |
| F A X 番号 | 0562-85-7723                |

## 3 ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類 |           | 愛知県の事業者指定<br>介護保険事業者番号 |            | 利用<br>定員 |
|-------|-----------|------------------------|------------|----------|
|       |           | 指定年月日                  | 指定番号       |          |
| 施設    | 特別養護老人ホーム | 平成 25 年 4 月 1 日        | 2374101059 | 100 名    |
| 居宅    | 短期入所生活介護  | 平成 27 年 4 月 1 日        | 2374101190 | 10 名     |

## 4 事業の目的と運営の方針

|         |  |
|---------|--|
| 事業の目的   | この事業は、要支援・要介護状態となった場合においても、そのご利用者様が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用者様の心身の機能の維持並びにご家族様の身体的及び精神的負担の軽減が図れるよう援助することを目的とします。 |
| 施設運営の方針 | 当施設は、ご利用者様一人一人の意思及び人格を尊重し、ユニットケアのコンセプトである自己決定の尊重(尊厳の保持)、現有能力の活用(自立支援)、生活の継続性(普   |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>通の生活)を実現し、居宅サービス計画に基づき個々のニーズに合わせた多様なケアを看護師、介護職員等の他職種により行うことで、健康管理及び健康増進を図ります。</p> <p>また、ご利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援します。また、地域や家庭との結び付きを重視し、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設とその他、保険医療サービス、又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。</p> |
|--|--|

## 5 施設の概要

### (1) 敷地および建物

|    |                      |                         |
|----|----------------------|-------------------------|
| 敷地 | 5,726 m <sup>2</sup> |                         |
| 建物 | 構造                   | 鉄筋コンクリート造3階建(耐火建築)      |
|    | 延べ床面積                | 4,796.41 m <sup>2</sup> |
|    | 利用定員                 | 10名                     |

### (2) 居室

| 居室の種類 | 室数  | 面積                    | 1人あたりの面積                   |
|-------|-----|-----------------------|----------------------------|
| 個室    | 10室 | 172.24 m <sup>2</sup> | 16.96~19.06 m <sup>2</sup> |

(注1) 指定基準は、居室1人あたり10.65 m<sup>2</sup>です。

(注2) 各部屋の配置ならびに構造については、別添のパフレットを参照してください。

### (3) その他主な設備(特別養護老人ホームと共用)

| 設備の種類     | 数      | 面積                    | 1人あたりの面積              |
|-----------|--------|-----------------------|-----------------------|
| 食堂(共同生活室) | 1室     | 114.27 m <sup>2</sup> | 11.427 m <sup>2</sup> |
| 一般浴室      | 1室     | 4.41 m <sup>2</sup>   |                       |
| 機械浴室      | 特殊浴槽4台 |                       |                       |
| 便所        | 1箇所    |                       |                       |
| 医務室       | 1室     |                       |                       |

(注1) 食堂等の指定基準は、1人あたり2 m<sup>2</sup>です。

(注2) 各部屋の配置ならびに構造については、別添のパフレットを参照してください。

## 6 職員体制(主たる職員)

| 従業者の職種 | 人員         | 事業者の指定基準 | 保有資格<br>(※印は特別養護老人ホーム兼務) |
|--------|------------|----------|--------------------------|
| 施設長    | 1名(常勤兼務)   | 1名       |                          |
| 生活相談員  | 2名以上(常勤兼務) | 1名以上     |                          |

|         |            |      |                |
|---------|------------|------|----------------|
| 介護職員    | 4名以上（常勤換算） | 4名以上 | 正看護師※<br>准看護師※ |
| 看護職員    | 1名以上（常勤兼務） |      |                |
| 機能訓練指導員 | 1名以上（常勤兼務） | 1名以上 | 正看護師※<br>准看護師※ |
| 医師（嘱託医） | 1名以上（非常勤）  | 非常勤可 | 医師免許※          |
| 栄養士     | 1名以上（常勤兼務） | 1名以上 | 管理栄養士<br>※     |

## 7 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制   | 休暇          |
|--------|--|-------------|
| 施設長    | 日勤（08：30～17：30）常勤で勤務   | 4週8休以上      |
| 生活相談員  | 日勤（08：30～17：30）常勤で勤務   | 4週8休以上      |
| 介護職員   | 早番（06：30～15：30）<br>日勤（08：30～17：30）<br>遅番（11：30～20：30）<br>夜勤（16：30～09：30）<br><br>・昼間（06：30～20：30）は、原則として職員1名当たり利用者10名のお世話をします。<br>・夜間（20：30～06：30）は、原則として職員1名あたり利用者10名のお世話をします（特別養護老人ホームと一体で運用します。） | 原則として4週8休以上 |
| 看護職員   | ・昼間の勤務時間帯（08：30～17：30）は、原則として特別養護老人ホームと合わせて3名体制で勤務します。<br>・夜間については、自宅待機を行い、緊急時に備えます（オンコール対応）。  | 4週8休以上      |
| 機能訓練指導 | 看護師が兼務します  | 正看護師        |
| 医師     | 週2日（水・金曜日）、13：30～15：30まで勤務   | 嘱託医         |
| 栄養士    | 日勤（08：30～17：30）常勤で勤務   | 4週8休以上      |

（注）上記の職員数は、常勤あるいは常勤換算をしたものです。

## 8 通常の送迎の実施地域

通常の送迎の実施地域は、知多北部広域連合区域内（東海市、大府市、知多市、東浦町）とします。

## 9 営業日およびご利用の予約

|     |      |
|-----|------|
| 営業日 | 年中無休 |
|-----|------|

|        |                                     |
|--------|-------------------------------------|
| ご予約の方法 | ご利用の予約は、利用を希望される期間の初日の3か月前から受け付けます。 |
|--------|-------------------------------------|

## 10 施設サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

| 種 類     | 内 容  | 利用料   |
|---------|--|---|
| 食事の介助   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養士の立てる献立表により、栄養とご利用者様の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します(ただし、食材料費は給付対象外です)。</li> <li>・食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるように配慮します。</li> <li>・食べられない物やアレルギーがある方は事前にご相談下さい。</li> </ul> (食事時間)<br>朝食 07時30分～08時30分<br>昼食 12時00分～13時00分<br>夕食 17時00分～18時00分 | 介護報酬の告示上の額<br>(ただし、法定代理受領の場合は居宅介護(支援)サービス基準額の1～3割相当、法定代理受領でない場合は、居宅介護(支援)サービス基準額相当額です。) |
| 排せつの介助  | ご利用者様の状態や機能に留意して適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。  |   |
| 入浴の介助   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴日 毎日行います。(お一人様 週2回以上)</li> <li>・入浴時間 適宜</li> <li>・入浴ができない方は、タオルで体を清拭します。</li> <li>・寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。</li> </ul>  |   |
| 着替え等の介助 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。</li> <li>・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。</li> </ul>  |   |
| シーツ交換   | シーツ交換は、原則週1回実施します。   |   |

|         |  |   |
|---------|--|---|
| 機能訓練    | 機能訓練指導員により、ご利用者様の心身等の状況に適合した機能訓練を行い、日常生活を送るために必要な機能の回復、又はその減退を防止するための訓練を行います。  |   |
| 健康管理    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・嘱託医師による診察を施設内で受けることができます。また、常時、看護職員が健康管理に努めます。</li> <li>・緊急時等の必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。</li> <li>・ご利用者様が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。</li> </ul> | 医師の診療に要した費用は実費をご負担頂きます。   |
| 相談および援助 | 当施設は、ご利用者様およびそのご家族様から相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。<br>(相談窓口) 生活相談員  | 介護報酬の告示上の額<br>(ただし、法定代理受領の場合は居宅介護(支援)サービス基準額の1~3割相当、法定代理受領でない場合は、居宅介護(支援)サービス基準額相当額です。) |
| 送迎      | 身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付きの送迎車で入退所の送迎を行います。  |   |

(2) 介護保険給付外サービス

| 種類    | 内容   | 利用料   |
|-------|--|---|
| 特別な送迎 | 当施設の事業実施区域外の方、あるいは実施区域内で特に送迎が必要と判断された方にリフト付きの送迎車で送迎を実施します。 | 実費をご負担頂きます。   |
| 食費    | 栄養士による食材の検収により、新鮮で安価な食材を提供します。                             | 最大 1,445 円/日<br>(内訳)<br>朝食 395 円<br>昼食 550 円<br>夕食 500 円<br>*所得段階に応じて負担額は異なります。<br>*おやつ 50 円 (別途) |

|            |   |  |
|------------|---|--|
| 理美容サービス    | ご利用者様の状態等により、理美容店の出張によるサービスをご利用頂けます。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>理髪サービス<br/>1回1,800円～</li> <li>美容サービス<br/>1回1,800円～</li> </ul> |
| レクリエーション行事 | 当施設では、レクリエーション行事として、次の行事を用意しております。 <ul style="list-style-type: none"> <li>誕生日会</li> <li>毎月の暦行事</li> </ul> | 実費をご負担頂きます。  |

## 11 利用料

| 要介護度  | 所得段階  | 自己負担額（一日当たり） |        |        | 自己負担額合計 |
|-------|-------|--------------|--------|--------|---------|
|       |       | 基本サービス費      | 食費     | 滞在費    |         |
| 要支援 1 | 第1段階  | 529円<br>注)   | 300円   | 880円   | 1,709円  |
|       | 第2段階  |              | 600円   | 880円   | 2,009円  |
|       | 第3段階① |              | 1,000円 | 1,370円 | 2,899円  |
|       | 第3段階② |              | 1,300円 | 1,370円 | 3,199円  |
|       | 第4段階  |              | 1,445円 | 2,066円 | 4,040円  |
| 要支援 2 | 第1段階  | 656円<br>注)   | 300円   | 880円   | 1,836円  |
|       | 第2段階  |              | 600円   | 880円   | 2,136円  |
|       | 第3段階① |              | 1,000円 | 1,370円 | 3,026円  |
|       | 第3段階② |              | 1,300円 | 1,370円 | 3,326円  |
|       | 第4段階  |              | 1,445円 | 2,066円 | 4,167円  |
| 要介護 1 | 第1段階  | 704円<br>注)   | 300円   | 880円   | 1,884円  |
|       | 第2段階  |              | 600円   | 880円   | 2,184円  |
|       | 第3段階① |              | 1,000円 | 1,370円 | 3,074円  |
|       | 第3段階② |              | 1,300円 | 1,370円 | 3,374円  |
|       | 第4段階  |              | 1,445円 | 2,066円 | 4,215円  |
| 要介護 2 | 第1段階  | 772円<br>注)   | 300円   | 880円   | 1,952円  |
|       | 第2段階  |              | 600円   | 880円   | 2,252円  |
|       | 第3段階① |              | 1,000円 | 1,370円 | 3,142円  |
|       | 第3段階② |              | 1,300円 | 1,370円 | 3,442円  |
|       | 第4段階  |              | 1,445円 | 2,066円 | 4,283円  |
| 要介護 3 | 第1段階  | 847円<br>注)   | 300円   | 880円   | 2,027円  |
|       | 第2段階  |              | 600円   | 880円   | 2,327円  |
|       | 第3段階① |              | 1,000円 | 1,370円 | 3,217円  |
|       | 第3段階② |              | 1,300円 | 1,370円 | 3,517円  |
|       | 第4段階  |              | 1,445円 | 2,066円 | 4,358円  |
| 要介護 4 | 第1段階  | 918円<br>注)   | 300円   | 880円   | 2,098円  |
|       | 第2段階  |              | 600円   | 880円   | 2,398円  |
|       | 第3段階① |              | 1,000円 | 1,370円 | 3,288円  |

|      |       |            |        |        |        |
|------|-------|------------|--------|--------|--------|
|      | 第3段階② |            | 1,300円 | 1,370円 | 3,588円 |
|      | 第4段階  |            | 1,445円 | 2,066円 | 4,429円 |
| 要介護5 | 第1段階  | 987円<br>注) | 300円   | 880円   | 2,167円 |
|      | 第2段階  |            | 600円   | 880円   | 2,467円 |
|      | 第3段階① |            | 1,000円 | 1,370円 | 3,357円 |
|      | 第3段階② |            | 1,300円 | 1,370円 | 3,657円 |
|      | 第4段階  |            | 1,445円 | 2,066円 | 4,498円 |

施設加算(当施設で加算の要件が満たされた場合に、全入居者様に適用されます。)

機能訓練指導体制加算(12円/日)、サービス提供体制強化加算(I~III:6~22円/日) > 等

個人加算(該当される方のみの加算)

送迎体制加算(184円/片道)、若年性認知症入所者受入加算(120円/日) > 等

注) 介護保険負担割合証において“1割負担”に該当された方の基本サービス費を記載しております。また、“2割負担”または“3割負担”の方につきましては、上記基本サービス費を2倍または3倍した金額となります。

※詳しくは、別添「(介護予防)短期入所生活介護 利用料金表(適用年月日:R6.8.1~)」をご参照ください。

## 12 キャンセル料

| キャンセル日   | キャンセル料      |
|----------|-------------|
| 利用開始前日まで | 無料          |
| 利用開始当日   | 食材料費(実費相当額) |

## 13 サービス内容に関する相談・苦情

当施設のサービスについて、ご不明な点や疑問・苦情がございましたら、お気軽にご相談下さい。また、ご意見での受付も致しておりますのでご利用下さい。

責任を持って調査・改善させていただきます。

|         |  |
|---------|--|
| 責任者     | 施設長 山田 守   |
| 担当生活相談員 | 河合 君和、藤井 香里  |
| ご利用方法   | 電話・面接・ご意見箱(当施設1階に設置)<br>匿名を希望される方は、事務所受付の「ご意見箱」に投入頂くか、上記担当者宛に封書等でお寄せ下さい。 |
| 電話      | 0562-85-7721   |
| 受付時間    | 8時30分~17時30分   |
| 第三者委員名  | 弁護士 垣内 幹   |
| 所在地     | 〒467-0067 名古屋市瑞穂区石田町1丁目34番地の1<br>アドハウス2B                                 |

|      |                       |
|------|-----------------------|
| 電話番号 | 052-859-3077          |
| 受付時間 | 平日 9 時 00 分～17 時 00 分 |
| 委員名  | 稲垣 雄次                 |
| 委員名  | 高木 麻由                 |

#### 14 行政機関への連絡

当施設に加えて下記においても、相談・苦情を受け付けております。お気軽にご相談下さい。

|                      |   |
|----------------------|---|
| 東海市市民福祉部<br>高齢者支援課担当 | 所在地 〒476-0003 東海市荒尾町西廻間 2 番地の 1<br>電 話 052-689-1600<br>時 間 8:30～17:15   |
| 大府市役所<br>高齢障がい支援課担当  | 所在地 〒474-8701 大府市中央町五丁目 70 番地<br>電 話 0562-47-2111<br>時 間 8:30～17:15     |
| 知多市役所福祉部<br>長寿課担当    | 所在地 〒478-8601 知多市緑町 1 番地<br>電 話 0562-33-3151<br>時 間 8:30～17:15          |
| 東浦町役場<br>ふくし課担当      | 所在地 〒470-2192 知多郡東浦町大字緒川字政所 20 番地<br>電 話 0562-83-3111<br>時 間 8:30～17:15 |
| 知多北部広域連合<br>事業課 給付係  | 所在地 〒476-0003 東海市荒尾町西廻間 2 番地の 1<br>電 話 052-689-2263<br>時 間 8:30～17:15   |
| 国民健康保険団体連合会          | 所在地 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目 6 番 5 号<br>電 話 052-971-4165<br>時 間 9:00～17:00  |

#### 15 第三者評価の実施状況

|             |                     |
|-------------|---------------------|
| 実施の有無       | 平成 30 年 4 月 1 日時点 無 |
| 直近の実施日      |                     |
| 実施した評価機関の名称 |                     |
| 評価結果の開示状況   |                     |

## 16 協力医療機関

緊急時等により医療を必要とする場合は、利用者様、又はそのご家族様の希望により、次の医療機関で診療や入院治療を受けることができます。但し、次の協力医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、協力医療機関での診療・入院治療を義務付けるものではありません。

なお、協力医療機関における診察や治療については自己負担となります。

|         |                          |
|---------|--------------------------|
| 医療機関の名称 | 公立西知多総合病院                |
| 院長名     | 吉原 基                     |
| 所在地     | 〒477-8522 東海市中ノ池三丁目1番地の1 |
| 電話番号    | 0562-33-5500 (代表)        |
| 診療科     | 内科、外科、整形外科、形成外科、皮膚科 他    |
| 救急指定の有無 | 有り                       |

## 17 非常災害時の対策

|          |   |
|----------|---|
| 非常時の対応   | 別途定める「特別養護老人ホーム 東海清涼苑 消防計画」に則り対応を行います。  |
| 近隣との協力関係 | 大池自治会と近隣防災協定を目指し、非常時の相互の応援対策を図ります。  |
| 平常時の訓練等  | 別途定める「特別養護老人ホーム 東海清涼苑 消防計画」に則り、年2回夜間、及び昼間を想定した避難訓練を利用者の方も参加して実施します。                                   |
| 防災設備     | スプリンクラー、避難階段、自動火災報知機、ガス漏れ報知器、防火扉、防火シャッター、屋内消火栓、非常通報装置、漏電火災報知器、火災用電源。<br>※カーテン・布団等は防災性能のあるものを使用しております。 |
| 消防計画等    | 消防署への届出日：平成29年2月20日<br>防火管理者：服部 博   |

## 18 当施設ご利用の際に留意いただく事項

|       |  |
|-------|--|
| 来訪・面会 | 面会時間 9時00分～20時00分<br>来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出て下さい。<br>来訪者が宿泊される場合には予め許可を得て下さい。 |
| 外出・外泊 | 外出・外泊の際には事前に必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出て頂き、所定の用紙にご記入下さい。                                   |

|             |  |
|-------------|--|
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償して頂くことがございます。   |
| 喫煙・飲酒       | 喫煙は決められた場所以外ではお断りします。<br>飲酒については、医師の許可がある場合のみ、本人の居室内で飲酒可能です。   |
| 迷惑行為等       | 騒音等他のご利用者様の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他のご利用者様の居室等に立ち入らないようにして下さい。  |
| ハラスメント等の禁止  | 他のご入居者様、職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷、パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどのハラスメント行為、無断で写真や動画撮影、録音する行為、無断で他者の写真や動画をインターネット等に掲載する行為及びしつこくつきまとう、連絡先等を聞き出そうとする等のストーカー類似行為を禁止します。                      |
| 所持品の管理      | 所持品は、居室内においてご自身で管理して頂きます。但し、自ら管理できない場合は、職員が管理のお手伝いをさせていただきます。<br>・所持品には全て名前をご記入下さい。<br>・ライター、石油ストーブ等危険な物品はご遠慮下さい。<br>・宝石・貴金属等高価な品物の管理はご利用者様、ご家族様にお願いいたします。紛失された場合には、責任を負いかねます。 |
| 食べ物の持ち込み    | 食べ物を持ち込まれる場合は、その旨を職員にお申し出下さい。また、食事制限のある方がみえますので、他のご利用者様に食べ物をお渡しにならないで下さい。<br>季節に応じて、生もの等腐る危険性のある食べ物につきましては持ち込みを制限する場合がありますのでご了承下さい。  |
| 宗教活動・政治活動   | 施設内で他のご利用者様に対する執拗な宗教活動および政治活動はご遠慮願います。   |
| 動物飼育        | 施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。   |

以下 余白

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、ユニット型（介護予防）指定短期入所生活介護事業所のサービス内容及び重要事項の説明を致しました。

令和 年 月 日

事業者 住所 〒477-0032 東海市加木屋町冬至池 4 番 15  
事業者(法人)名 社会福祉法人 清凉会  
施設名 東海清凉苑 和ショートステイ  
代表者名 理事長 本多 伯舟 印

説明者 職名 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 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、施設介護サービスの提供に同意しました。

令和 年 月 日

契約者氏名 住所 〒 \_\_\_\_\_  
(入居者) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(署名代行名) 住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 \_\_\_\_\_

身元引受人 住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

成年後見制度を利用した場合 担当相談員 \_\_\_\_\_ 印