

**指定（介護予防）短期入所生活介護（併設型・空床型）
特別養護老人ホーム第2春緑苑 重要事項説明書**

令和7年4月1日現在

1 事業者（法人）の概要

| | |
|------|-------------------------|
| 法人名 | 社会福祉法人恩賜財団愛知県同胞援護会 |
| 所在地 | 愛知県春日井市廻間町字神屋洞 703 番地 1 |
| 電話番号 | 0568-88-8302 |

2 事業所の概要

| | |
|------------|---------------------------|
| 施設名称 | 特別養護老人ホーム第2春緑苑 |
| 施設所在地 | 愛知県春日井市下津町 500 |
| 電話番号 | 0568-56-9171 |
| 管理者 | 施設長 ○○ ○○ |
| 指定番号 | 併設型・空床型：2372502159 |
| 利用定員 | 併設型：20名 / 空床型：100名 |
| 通常の送迎の実施地域 | 春日井市・尾張旭市・名古屋市(守山区・北区・東区) |

3 事業の目的

適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な事業を提供することを目的とします。

4 運営の方針

- (1) 事業所の従業者は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、利用者が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要介護者の心身機能維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図り、要支援者の心身機能の維持回復、生活機能の維持又は向上を目指すものとします。
- (2) 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

5 指定（介護予防）短期入所生活介護サービスの概要

(1) 設備の概要

| 居室・設備の種類 | 室数 | | 備考 |
|----------|-----|------|-----------|
| | 併設型 | 空床型 | |
| ユニット型個室 | 20室 | 100室 | 洗面台・トイレ付き |
| 共同生活室 | 2室 | 10室 | |
| 浴室 | 1室 | 5室 | 一般浴室・機械浴室 |
| 医務室 | 1室 | | |

(2) 職員の配置状況

| 職 種 | 従 業 者 数 | |
|-----------|-----------------------|------------------------|
| | 併設型 | 空床型 |
| 管 理 者 | 1人以上（常勤） | |
| 医 師 | 1人以上 | |
| 生 活 相 談 員 | 2人以上（うち常勤1人） | |
| 管 理 栄 養 士 | 1人以上 | |
| 介 護 職 員 | 8人以上 （常勤換算、うち常勤1人） | 40人以上 （常勤換算、うち常勤1人） |
| 看 護 職 員 | 1人以上 （常勤換算、うち常勤1人） | 3人以上 （常勤換算、うち常勤1人） |
| 機能訓練指導員 | 1人以上 | 1人以上 |

(3) 嘱託医・協力病院の概要

ア 嘱託医

| | | |
|---------|----------------|--------------------|
| 名 称 | 滝川医院 | |
| 所在地・連絡先 | 春日井市柏井町 2-45-1 | TEL : 0568-31-7701 |
| 診 療 科 | 内科・小児科 | |

イ 協力医療病院

| | | |
|---------|------------------|--------------------|
| 名 称 | 名春中央病院 | |
| 所在地・連絡先 | 名古屋市北区東味鏡 1-2401 | TEL : 052-901-6131 |
| 診 療 科 | 内科・胃腸科・循環器科 ほか | |
| 名 称 | 春日井市民病院 | |
| 所在地・連絡先 | 春日井市鷹来町 1-1-1 | TEL : 0568-57-0057 |
| 診 療 科 | 内科・外科・泌尿器科 ほか | |

6 提供するサービス内容と利用料金

(1) 提供するサービス内容

| サービス区分と種類 | 内容 |
|-------------|--|
| 個別サービス計画の作成 | 居宅介護支援事業所等が作成したケアプランに基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた計画を作成します。 |
| 利用者宅への送迎 | ご自宅から事業所までの間の送迎を行います。ただし、混雑状況等により、ご希望の日時にお受けできない場合がございます。 |
| 食事 | 当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに身体 の状況及び嗜好を考慮した食事を提供するとともに、必要に応じて食事の介助をします。利用者の自立支援のため、離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。 【食事時間】 ・朝食 7:30 ～ 8:30 ・昼食 12:00 ～ 13:00 ・夕食 18:00 ～ 19:00 |

| | | |
|----------|----------------|--|
| 日常生活上の世話 | 食事の提供及び介助 | 食事の提供及び介助が必要な利用者に対して介助を行います。また、嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。 |
| | 入浴の提供及び介助 | 1週間に2回、事前に健康管理を行い、適切な方法で入浴の提供又は清拭、洗髪などを行います。 |
| | 排せつ介助 | 介助が必要な利用者に対し、自立支援を踏まえてトイレ誘導や排せつの介助、おむつ交換を行います。 |
| | 更衣介助等 | 介助が必要な利用者に対し、1日の生活の流れに沿って離床、着替え、整容、その他日常生活の介助を適切に行います。 |
| | 移動・移乗介助 | 介助が必要な利用者に対し、室内の移動、車いすへの移乗の介助を行います。 |
| | 服薬介助 | 介助が必要な利用者に対し、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。 |
| 機能訓練 | 日常生活動作を通じた訓練 | 日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。 |
| | レクリエーションを通じた訓練 | 利用者の能力に応じ、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。 |
| その他 | 創作活動など | 利用者の選択に基づき趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。 |

(2) 利用料金

ア 自己負担額は合計単位数に地域区分単価を乗じて算定した額に、介護保険負担割合証に記載された割合を乗じた額となります。ただし、その月に利用した単位数を合算して計算しますので、実際の利用料には端数が発生します。

イ ご利用者が、まだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援または要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

ウ 介護保険の支給限度額を超えたサービス料金及び介護保険適用外サービスにつきましては、全額自己負担となります。

エ 利用料金表

【介護予防短期入所生活介護費・短期入所生活介護費】

(基本利用料金：1日あたり) 地域区分単価(6級地) 1単位：10.33円

| 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 |
|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 単位数 | 529 単位 | 656 単位 | 704 単位 | 772 単位 | 847 単位 | 918 単位 | 987 単位 |

(3) 居住費・食費について

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合は、市町村へ申請することにより、「介護保険負担限度額認定証」が交付され、居住費・食費の負担が軽減される場合があります。なお居住費と食費に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

【負担限度額認定区分】

| 負担段階 | 主な対象者 | | 預貯金（夫婦の場合）※1 |
|-------|---|----------------------------|--------------------|
| | | | |
| 第1段階 | 生活保護受給者 | | 要件なし |
| | 世帯（世帯分離している配偶者を含む、以下同じ。）全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者 | | 1,000万円（2,000万円）以下 |
| 第2段階 | 世帯全員が市町村民税非課税 | 年金収入（※1）+合計所得80万円以下 | 650万円（1,650万円）以下 |
| 第3段階① | | 年金収入（※1）+合計所得80万円超～120万円以下 | 550万円（1,550万円）以下 |
| 第3段階② | | 年金収入（※1）+合計所得120万円超 | 500万円（1,500万円）以下 |
| 第4段階 | 世帯に課税者がいる場合 市町村民税本人課税者 | | |

※1 平成28年8月以降は、非課税年金も含む

【居住費と食費】

| 区分 | | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階① | 第3段階② | 第4段階 |
|-----|----|------|------|--------|--------|--------|
| 居住費 | 一日 | 880円 | 880円 | 1,370円 | 1,370円 | 2,140円 |
| | 半日 | — | — | 1,033円 | 1,033円 | 1,070円 |
| 食費 | 一日 | 300円 | 600円 | 1,000円 | 1,300円 | 1,460円 |
| | 朝食 | — | 346円 | | | 350円 |
| | 昼食 | — | 576円 | | | 580円 |
| | 夕食 | — | 523円 | | | 530円 |

※1 居住費の半日の区分については、午後（12時00分から23時59分）からの入所、午前中（0時00分から11時59分）からの退所が該当します。

※2 食費については1食ごとの請求になりますが、第1段階から第3段階の方については、一日の額が限度額になります。

※3 個人の希望により特別に用意する食事等にかかった費用は実費負担となり、上記金額に含みません。

(4) その他の料金

| 区分 | 内容 | 金額 |
|---------------|--------------------------|--------|
| 通常の実地地域以外への送迎 | 事業所の実施地域を超えた地点から片道1kmあたり | 25円 |
| 喫茶費 | おやつ代 | 100円/日 |
| レクリエーション代 | 行事等にかかる費用（制作物・おやつ作り等） | 実費 |
| コピー代 | サービス提供についての記録の複写物等 | 10円/枚 |
| 日用品費 | 歯ブラシ・ティッシュ等 | 実費 |

7 利用料金のお支払い方法

前記の利用料金については、原則として利用月の翌月 26 日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に指定口座から引落しをさせていただきます。

8 利用の中止、変更又は追加

- (1) 利用者の都合により、介護サービスの利用を中止、変更又は追加することができます。この場合には、サービスを利用する日の 2 日前までにお申し出ください。
- (2) 利用する日の 2 日前までにお申し出がなく利用されなかった場合につきましては、キャンセル料として食事代（食費）を請求させていただきます。ただし、利用者の体調不良等、正当な事由と事業所が認めた場合につきましては、この限りではございません。
- (3) 利用者の希望される期間に事業所の稼働状況によりサービスが提供できない場合につきましては、ほかの利用可能日を提案させていただきます。
- (4) 利用者の体調不良によりサービスの提供が困難な場合につきましては、主治医等と相談の上、利用の中断をお願いする場合がございます。
- (5) 利用者の心身の状況等により他の利用者や職員に害を及ぼすことがあった場合、又は及ぼす危険があると判断した場合につきましては、主治医等と相談の上、利用の中断をお願いする場合がございます。

9 サービスの終了

- (1) 利用者からの契約解除について
サービスの終了を希望する 7 日前までに書面でお申し出ください。
- (2) 事業者からの契約解除について
 - ア 利用者が 3 か月以上サービスを利用していない場合、利用者に 1 か月前までに書面により通知することによって、契約を解除させていただく場合がございます。
 - イ 利用者が以下の事項に該当する場合には、書面で通知することにより契約を解除させていただきます。
 - (ア) 利用者及びその家族が契約締結時に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い、その結果サービスを継続しがたい事情を生じさせた場合
 - (イ) 利用者及びその家族によるサービス利用料金の支払いが 3 か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず支払われない場合
 - (ウ) 利用者又はその家族が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為（※）を行うなどによって、サービスを継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

※ ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合、サービス中止や契約を解除することもあります（暴力又は乱暴な言動、無理な要求、セクシャルハラスメント等）。
- (3) 契約の終了について
以下の事由に該当した場合は、この契約は終了します。
 - ア 利用者が死亡した場合

- イ 要介護認定により自立と判定された場合
- ウ 利用者が介護保険施設に入所した場合
- エ 事業所を閉鎖した場合
- オ 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの実施が不可能になった場合
- カ 事業所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

10 サービスの特徴等

【利用にあたっての留意事項】

| 項目 | 内容 |
|--------------------|--|
| チェックイン ・チェックアウト | 【ご家族による送迎の場合】 初 日：午前9時から午後15時までの間にお起しく下さい。 最終日：午前9時から午後18時までの間にお帰りいただきます。 ・入所にあたっては、申し送り事項を伺い、お荷物の確認をさせていただきます。 |
| 面会 | 【面会時間】 ・午前10時から午後16時までとさせていただきます。 ・利用期間中に希望のある方は事前に相談員までご相談ください。感染症対策等の理由により、面会をお控えいただく場合がございます。 |
| 喫煙及び火気の使用 | ・全館禁煙です。 ・居室内は火気厳禁となっています。 |
| 金銭及び貴重品の管理 | 金銭及び貴重品は、紛失又は盗難の恐れがありますので、持ち込みはご遠慮ください。 |
| 設備及び器具の利用 | エアコンやテレビの操作がわからない場合は、職員にお申し付けください。 |
| 日課 | 一日の流れは、別紙「利用案内」をご覧ください。 |
| 所持品の持ち込み | 衣類を含むすべての持ち物に、記名をお願いします。 |

11 非常災害対策

当施設は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害時に備えるため定期的に避難、救出等訓練を行います。

| | |
|--------|-----------------------------------|
| 防災時の対応 | 職員が避難誘導、管理者連絡の上、全職員を非常呼集し応援を求めます。 |
| 防災設備 | 各部署に火災感知器、火災報知器、非常放送設備を設置しております。 |
| 防災訓練 | 毎月、防災訓練または防災教育を実施しております。 |
| 防災責任者 | 甲種防火管理者：○○ ○○ |

12 緊急時の対応方法

利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに嘱託医又はあらかじめ定めた協力医療機関に連絡するなどの措置を講じるとともに、利用者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

| | | |
|-----|--------|-----|
| ご家族 | 氏名（続柄） | () |
| | 連絡先 | |
| 主治医 | 医療機関 | |
| | 医師名 | |
| | 連絡先 | |

13 事故発生時の対応

利用者のサービス提供中に事故が発生した場合には必要に応じて、医療機関への連絡と受診、利用者の家族又はサービス事業所への連絡、必要時の市町村への連絡、事故原因の解明及び改善策の検討、事業所加入の損害賠償保険に基づく対応を行います。

14 損害賠償について

事業者はサービス提供に当たって故意又は過失により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

15 身体拘束の禁止

サービス提供に当たり、利用者若しくは他の利用者の生命又は身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録を行います。

身体拘束等の適正化のための担当者を配置し、廃止に向けて対策を検討する委員会を随時開催するなど、身体拘束廃止に向けての取組みをしていきます。

16 その他の運営について

(1) 褥瘡防止のための対策について

利用者に褥瘡が発生しないよう適切な介護サービスの提供に努めます。

(2) 虐待の防止のための措置

ア 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

イ 虐待の防止のための指針を整備します。

ウ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年2回以上）実施します。

エ 前号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

(3) 業務継続計画の策定等について

- ア 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、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定します。
 - イ 非常災害対策と一体的に取り組みます。非常災害における防火管理について責任者を定め、防災計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備します。
 - ウ 従業者に対し、計画について周知するとともに、研修及び訓練（年2回以上）を実施します。
- (4) 感染症の予防及びまん延防止について
- ア 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定期的（3月に1回以上）に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
 - イ 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。
 - ウ 従業者に対する研修及び訓練（年2回以上）を実施します。
- (5) 質的向上を図るための研修について
- 従業者の質的向上を図るための研修として、新規採用時及び継続研修を実施していきます。
- (6) 福祉サービス第三者評価実施状況
- 実施状況：なし

17 個人情報の利用について

- (1) 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族又は代理人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。
- (2) 事業者は、利用者及びその家族又は代理人から、あらかじめ同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者及びその家族又は代理人の個人情報を用いません。
- (3) 事業者は、利用者及びその家族又は代理人に関する個人情報が含まれる記録物については注意を持って管理し、また、処分の際にも第三者への漏えいを防止します。
- (4) 以下の場合については、必要最小限の範囲で使用するものとします。
 - ア 使用目的
 - (ア) 適切なサービス提供のために必要な当法人内での情報収集と情報共有、医療機関や他法人が行う介護・福祉サービス事業所、自治体（保険者）等との情報収集や連絡調整
 - (イ) 利用者もしくはその家族又は代理人が体調を崩し、又は怪我等で病院へ行ったときの医師及び看護職員等への情報提供
 - (ウ) 事業者が受け入れる実習生、研修生への教育のため
 - イ 個人情報の内容
 - (ア) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等で、事業所がサービスを行うために必要な利用者及びその家族又は代理人の個人情報
 - (イ) その他の利用者及びその家族又は代理人に関する個人情報であって、特定の個人が識別、又は識別されうる情報
 - ウ 個人情報を提供する事業所
 - (ア) 担当の居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター

- (イ) ケアプランに記載されている事業所
 - (ウ) かかりつけ医の所属する病院又は診療所等（緊急時については、それ以外の病院等）
 - (エ) 福祉事務所、保健所又は地域包括支援センター等
- エ 使用する期間
契約終了まで

18 サービス内容に関する相談・苦情処理の体制

当事業所の利用者相談・苦情担当者

| | | | | |
|------|------------------|--------------|-------|--------------|
| 担当 | 生活相談員 | | 〇〇 〇〇 | |
| 連絡先 | T E L | 0568-56-9171 | F A X | 0568-56-9179 |
| 受付時間 | 午前 10 時から午後 16 時 | | | |

当事業所の他、以下の公的機関等でも相談・苦情を受け付けています。

| 機関名 | 部署名 | 連絡先 |
|----------------|------------|--|
| 春日井市役所 | 介護・高齢福祉課 | 0568-85-6182 |
| 小牧市役所 | 介護保険課 | (保険資格係) 0561-76-8143 (認定係) 0561-88-2621 |
| 尾張旭市役所 | 長寿課 | (長寿支援係) 0561-76-8143 (介護保険係) 0561-76-8144 |
| 瀬戸市役所 | 高齢福祉課 | (長寿支援係) 0561-88-2620 (介護管理係) 0561-88-2621 |
| 小牧市役所 | 介護保険課 | (保険資格係) 0568-76-1197 (認定係) 0568-76-1198 |
| 名古屋市守山区役所 | 福祉課 | (福祉係) 052-796-4605 (介護保険係) 052-796-4603 |
| 愛知県国民健康保険団体連合会 | 介護保険課苦情調査係 | 052-971-4165 |

事業者が行う介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき、重要事項及び個人情報の利用に関する説明を行いました。

令和 年 月 日

【事業者】 住 所 春日井市廻間町字神屋洞703番地1
名 称 社会福祉法人恩賜財団愛知県同胞援護会
代 表 者 理事長 西村 真

【事業所】 住 所 春日井市下津町500番地
名 称 特別養護老人ホーム第2春緑苑
管 理 者 施設長 ○○ ○○

【説明者】 職 名
氏 名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び個人情報の利用についての説明を受け、事業者が行う介護サービスの提供について同意しました。

令和 年 月 日

【利用者】 住 所 _____

氏 名 _____

【家族又は代理人】 住 所 _____

氏 名 _____

利用者との関係 ()