

重要事項説明書

(短期入所生活介護・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、介護予防サービス提供開始にあたり、厚生省令第37号第125条（短期入所生活介護）及び厚生労働省令第35号第133条（介護予防短期入所生活介護）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 和敬会
事業者の所在地	愛知県新城市八束穂字天王1032番地の2
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 太田 一平
電話番号	0536-22-0760

2 ご利用施設

施設の名称	まどかの郷 ショートステイ
施設の所在地	愛知県額田郡幸田町大字野場字石荒23番地
施設長名	太田 和敬
電話番号	0564-63-1626
ファクシミリ番号	0564-63-1633

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		愛知県知事の事業者指定			利用 定数
		指定年月日	指定有効期限	事業所番号	
施設	特別養護老人ホーム	平成12年4月1日	令和14年3月31日	2376000085	100人
居宅	訪問介護	平成12年2月29日	令和14年3月31日	2376000168	
	通所介護	平成12年2月29日	令和14年3月31日	2376000176	35人
	短期入所生活介護(注※)	平成12年2月29日	令和14年3月31日	2376000184	空床
居宅介護支援事業		平成11年9月28日	令和14年3月31日	2376000077	105人
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	令和4年10月1日	令和10年9月30日	2396000065	

(注※は介護予防事業含む)

幸田町総合事業		指定年月日	指定有効期限	事業所番号	
居宅	訪問介護相当事業	令和6年4月1日	令和12年3月31日	2376000168	
(注※)	通所介護相当事業	令和6年4月1日	令和12年3月31日	2376000176	

(注※について、訪問介護相当事業は訪問介護と、通所介護相当事業は通所介護と一体的に行います)

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	<p>社会福祉法人和敬会が開設するまどかの郷ショートステイが行う指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護の事業(以下「事業」という。)の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、まどかの郷ショートステイの従業者が要介護(介護予防にあつては要支援)状態にある高齢者に対し、適正な指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護を提供することを目的とする。</p>
施設運営の方針	<p>指定短期入所生活介護の提供に当たって、まどかの郷 ショートステイの従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、心身の機能の維持並びに家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。</p> <p>指定介護予防短期入所生活介護の提供に当たって、まどかの郷 ショートステイの従業者は、要支援者が可能な限りその居宅において、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支援及び機能訓練を行うことにより、要支援者の心身機能の維持回復を図り、もって要支援者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。</p> <p>事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p>

5 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地	9, 9 6 4 m ²	
建物	構造	鉄筋コンクリート造2階建(耐火建築)
	延べ床面積	4, 7 6 5. 5 m ²
	利用定員	空床利用型。特別養護老人ホームの定員100名以内

(2) 居室(空床利用型)

居室の種類	室数	面積	1人あたりの面積
1階個室	12室(認知症専用)	14. 6 m ²	14. 60 m ²
1・2階個室	12室	11. 0 m ²	11. 00 m ²
1階4人部屋	3室(認知症専用)	36. 2 m ²	9. 05 m ²
1・2階4人部屋	16室	33. 5 m ²	8. 37 m ²

(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	2室	231.7㎡	
機能回復訓練室	1室	50.6㎡	
一般浴室	2室	69.2㎡	
機械浴室	特殊浴槽2台		
便所	10箇所		
医務室	1室		

(注) 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	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格 ※印は特別養護老人ホーム兼務
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
施設長	1		1			1	社会福祉主事 1名※	
生活相談員	2	1	1			2	社会福祉主事 1名※ 介護福祉士 1名※	
介護職員	41	35		6		43.4	介護福祉士 22名※	
看護職員	5	5					33.4以上	看護師 1名※ 准看護師 4名※
機能訓練指導員	2	1		1		1	1以上 准看護師 1名※ 理学療法士 1名※	
医師	3			3			1以上 内科 2名※ 精神科 1名※	
栄養士	1	1					1以上 管理栄養士 1名※	

(注) 職員数は令和7年4月1日現在です。

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長	正規の勤務時間帯（9:00～18:00）常勤で勤務	4週8休
生活相談員	正規の勤務時間帯（9:00～18:00）常勤で勤務	4週8休

介護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・早番（ 7：00～16：00） 日勤（ 9：00～18：00） 遅番（11：00～20：00） 遅番（13：00～22：00） 夜勤（22：00～8：00） ・昼間（9：00～17：00）は、原則として職員 1 名あたり入所者 10 名のお世話をします。 ・夜間（17：00～ 9：00）は、原則として職員 1 名あたり入所者 20 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
看護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・正規の勤務時間帯（ 9：00～18：00）遅番（10：00～19：00）特別養護老人ホームの看護師あわせて原則 2 名体制で勤務。 ・夜間については、交代で自宅待機を行い、24 時間連絡体制の確保と緊急時に備えます。 	4 週 8 休
機能訓練指導員	准看護師 日勤 9：00～18：00 遅番 10：00～19：00	4 週 8 休
医師	週 1 日、14：00～16：00 まで勤務	
栄養士	正規の勤務時間帯（ 9：00～18：00）常勤で勤務	4 週 8 休

（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 事業実施地域、営業日およびご利用の予約

通常の事業の実施地域	幸田町、岡崎市、蒲郡市、安城市、西尾市。
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 2 か月前から受け付けております。

9 事業所の第三者評価について

第三者評価実施の有無	無
<p>第三者による評価とは、提供する福祉サービスの質を事業所及び利用者以外の公正・中立な第三者機関が専門的かつ客観的な立場から行った評価をいう。 （事業所内で行う内部監査や行政による指導監査は含まれない）</p>	

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"> ・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者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、食費は給付対象外です。) ・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。 (食事時間) 朝食 7:30～ 8:30 昼食 11:30～12:30 夕食 17:30～18:30 	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護を提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額とし、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。介護保険負担限度額の認定を受けている利用者の場合、その認定証に記載された金額を1日あたりの料金とする。
排せつの介助	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、随時交換を行います。 	
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・週2回の入浴または清拭を行います。 ・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。 	
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・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。 ・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。 ・シーツ交換は週1回、寝具の消毒は適時実施します。 	
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員（准看護師）による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。 (当施設の保有するリハビリ器具) 歩行器 5機 車椅子 80機 平行棒 1機 マット訓練台1機 	

健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 嘱託医師により、健康管理に努めます。また、緊急等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。 （当施設の嘱託医師） 氏 名：近藤 耕次、可児 篤 （所属病院 こんどうクリニック） 診療科：内科 診察日：毎週 1 回（14：00～16:00） 	
相談および援助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当施設は、利用者およびそのご家族からのいかなる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。 （相談窓口）生活相談員 今泉太 	
送迎	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当施設の事業実施区域外の方で特に送迎をご希望の方にリフト付きの送迎車で送迎を実施します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実施地域を越えた地点から、片道 5km 以下 1 回につき 500 円 ・ 実施地域を越えた地点から、片道 5km を超える場合は、500 円に 1km 増すごとに 100 円ずつ加算した金額とする。
食事の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・ 調理員による食材の検収により、新鮮で安価な食事を提供します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1 日 1, 5 5 0 円 （内訳）朝食 4 5 0 円 昼食 5 0 0 円 夕食 6 0 0 円
理美容サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 理髪店の出張による理髪サービスをご利用いただけます。 ・ 美容室の出張による美容サービスをご利用いただけます。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 理髪サービス 実費 ・ 美容サービス 実費

利用者の選定 により提供するもの	・特別な食事・おやつ	・要した費用の実費
	・利用者の嗜好に基づき特別に提供するもの	・喫茶コーナー利用代金 ・売店
	・日常生活費 ・教養娯楽費	・ティッシュ、シャンプー、 リンス、ボディソープ、化粧品、ポリデント等 ・レクリエーション、クラブ活動費用

11 苦情等申立先

愛知県国民保険 団体連合会 介護保険課	相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 052-971-4165（クガナイ ヨイ ロウゴ）
岡崎市役所 介護給付班	相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 0564-23-6682
西尾市役所 健康 福祉部長寿課	相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 0563-65-2119
東三河広域連合 介護保険課	相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 0532-26-8471
安城市高齢福祉課	相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 0566-76-1111
幸田町福祉課 介護保険グループ	相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 0564-63-5117
まどかの郷 ショートステイ	苦情解決責任者 太田和敬（まどかの郷 施設長） 苦情受付担当者 生活相談員 今泉 太 相談受付時間 月～土曜日 午前9時～午後18時 電話 0564-63-1626 FAX 0564-63-1633 E-mail: madoka@wakyokai.or.jp

12 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 山武会 岡崎南病院
院長名	山本 武
所在地	岡崎市羽根東町1丁目1番地の3
電話番号	0564-51-5434
診療科	内科、消化器科、外科、整形外科、皮膚科、肛門科、放射線科、理学療法科

入院設備	ベッド数115床
救急指定の有無	有
契約の概要	医療法人山武会 岡崎南病院は、社会福祉法人和敬会が経営する特別養護老人ホームまどかの郷の協力病院として医療的処遇を行うことを承諾する。

13 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「まどかの郷 消防計画」に従い、利用者の避難等適切な措置を講じます。			
平常時の訓練等	別途定める「まどかの郷 消防計画」に従い、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。			
防災設備 (特別養護老人ホームと 共通)	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	10 個所
	非難階段	3 個所	屋内消火栓	15 個所
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	39 個所	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
	カーテンは防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への変更届出日：令和 7 年 5 月 8 日 防火管理者：今泉 太			

14 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。来訪者が宿泊される場合には、家族宿泊棟をご利用ください。(料金別途)
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を所定用紙にて職員に申出てください。
嘱託医師以外の医療機関への受診	緊急時救急車対応以外の受診は、ご家族にてお願いいたします。 緊急退所時の送迎は施設にて行うこともできます。
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したがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
現金等の管理	原則自己管理（小銭）でお願いいたします。

所持品の管理	薬の管理は看護職員にて行います。着替え用衣類は、担当介護職員にて管理いたします。 入れ歯・補聴器・杖・シルバーカー等の所持品は、原則自己管理でお願いいたします。もし、利用中紛失しても管理責任・弁償等は負いかねます。保管を希望する場合は、担当介護職員に申し出てください。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所をお願いいたします。飲酒は決められた日時をお願いします。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。 セクシャルハラスメント・パワーハラスメント等ハラスメント行為を行わないでください。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
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。

15 利用料金（一日あたり）

介護予防サービス費

	介護報酬単位数	利用日数	送迎料金
要支援1	451単位	×利用日数	片道188円 (希望者のみ)
要支援2	561単位		

居宅サービス費

	介護報酬単位数	利用日数	送迎料金
要介護1	603単位	×利用日数	片道188円 (希望者のみ)
要介護2	672単位		
要介護3	745単位		
要介護4	815単位		
要介護5	884単位		

(注) 上記の介護予防・居宅サービス費は、1割負担の場合です。一定以上の所得がある方は、2割または3割負担となります。

(加算料金) 加算は該当された場合に加算されます。

※ご利用中に加算内容の変更をする場合があります。

(加算料金Ⅰ)

(介護予防サービス・介護サービス共通)

機能訓練指導体制加算 12 単位 個別機能訓練加算 56 単位 認知症行動心理症状緊急対応加算 200 単位 若年性認知症利用者受入加算 120 単位 療養食加算 8 単位×1～3 回 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) 22 単位又は (Ⅱ) 18 単位又は (Ⅲ) 6 単位 認知症専門ケア加算 (Ⅰ) 3 単位又は (Ⅱ) 4 単位 口腔連携強化加算 50 単位 (1 月) 生活機能向上連携加算 (Ⅰ) 100 単位又は (Ⅱ) 200 単位 (1 月) 生産性向上推進体制加算 (Ⅰ) 100 単位又は (Ⅱ) 10 単位 (1 月)

(介護サービスのみのみ)

看護体制加算 (Ⅰ) 4 単位・(Ⅱ) 8 単位 医療連携強化加算 58 単位 看取り連携体制加算 64 単位 夜勤職員配置加算 (Ⅰ) 13 単位又は (Ⅲ) 15 単位 緊急短期入所受入加算 90 単位 在宅中重度受入加算 421 単位又は 417 単位又 413 単位又は 425 単位

(加算料金Ⅱ)

・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)・・・該当となる場合。

所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は、総単位数に所定の加算率 (Ⅰ) の場合 17.6%を乗じた単位数とする

介護保険給付外サービス費

食費	朝 450 円 昼 500 円 夕 600 円 1 日 1,550 円
	入退所時等、1 日の食費の合計額が負担限度額を下回る場合は食費の実費を徴収する。 なお、介護保険負担限度額の認定を受けている利用者の場合、その認定証に記載された金額を 1 日あたりの料金とする
滞在費	個室 1 日 1,231 円、4 人部屋 1 日 915 円 (従来型個室) (多床室)
その他	喫茶 150 円 売店 100 円～ 要した実費

特別な食事・おやつ	利用者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用。行事食として、おせち料理、花見弁当、敬老会、運動会、誕生日会等。
日常生活費・教養娯楽費	1日あたり 100円

その他

<p>費用の支払を受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文章で説明した上で、支払に同意する旨の文書に署名(記名押印)を受けることとする。なお、やむをえない事情等により当該内容及び費用の変更がある場合には予め利用者またはその家族に対し説明を行い、利用者の同意を得ることとする。</p>
<p>費用の支払を受けた場合は、当該サービスの内容と費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付することとする。</p>

16 秘密保持の厳守

<p>従業員は、業務上知り得た利用者または家族の秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。</p> <p>(就業規則に明記し、従業員の契約書または誓約書に署名を求めます。)</p>
<p>従業員が退職後、在職中に業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を、正当な理由なく第三者に漏らすことのないように必要な措置を講じます。</p> <p>(退職事務手続きに明記します。)</p>
<p>利用者またはその家族から、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者またはその家族の個人情報を用いません。</p>

17 事故・緊急時の対応

<p>介護サービスの提供中に急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医または協力医療機関と連絡をとるとともに、緊急連絡先に連絡し、救急治療あるいは救急入院等必要な措置が受けられるようにします。また、治療費のうち、本件事故に起因する治療費相当額を施設側で負担させて頂くかどうかについては、本件事故の経緯を調査し、十分に検討したうえでお知らせします。仮に、検討の結果、今後の治療費を施設側で負担させて頂くことになった場合には、治療費に関する領収証をご提出頂くことや、通院先の病院に対する診療記録の開示手続きなどにご協力頂くことが必要になる場合がありますので、その際にはご協力をお願い致します。</p>
--

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名_____氏名_____）から上記
重要の事項の説明を受けたことを確認します。

令和____年____月____日

利用者 住所 愛知県額田郡幸田町大字 _____ 字 _____

氏名 _____ ⑩

利用者の家族等 住所 愛知県額田郡幸田町大字 _____ 字 _____

氏名 _____ ⑩

続柄 _____

注1 施設利用契約における、施設使用の際の留意事項を含みます。

注2 担当職員名については変更する可能性があります。