

短期入所生活介護 ・ 介護予防短期入所生活介護

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人ウェルハート厚生会

地域密着型介護老人福祉施設 ウェルハート明和（多床室）

1 事業主体の概要

① 事業者の概要

名 称	社会福祉法人 ウェルハート厚生会
代表者名	理事長 西村 昭徳
所 在 地	三重県多気郡明和町大字志貴 1334 番地
電話番号	0596-55-8800

② 事業所の概要

施設名称	地域密着型介護老人福祉施設 ウェルハート明和
所 在 地	三重県多気郡明和町大字志貴 1335 番地 1
連 絡 先	0596-55-8800
事業所番号	2472701198
施設長	藤森正也

③ 施設の概要（地域密着型全体）

建 物	敷 地	6,169.59 m ²
	構 造	鉄骨造平屋建
	延べ床面積	1,052.33 m ²
	利用定員	29 名

④ 施設の概要（居室・施設）

多床室

居室・設備の種類	室数	備考
個室 1 階	9	2 人部屋・3 人部屋・4 人部屋
共同生活室・キッチン	1	
浴 室	1	特浴 1（座浴 1・寝浴 1）
トイレ	3	その他（共用 1・職員用男女各 1）
医務室	1	隣接特別養護老人ホームと兼用
厨 房	1	隣接特別養護老人ホームと兼用

⑤ 職員体制

令和 6 年 4 月 1 日現在

職種	常 勤	非常勤	計
施設長（隣接特養と兼務）	1 名	名	1 名
事務長（隣接特養と兼務）	1 名	名	1 名
介護支援専門員（併設ユニット型と兼務）	1 名	名	1 名
生活相談員（介護支援専門員と兼務）	(1) 名	名	(1) 名
介護職員（併設ユニット型と兼務）	5 名	0 名	4 名
看護職員（併設ユニット型と兼務）	1 名	0 名	1 名
医 師	名	1 名	1 名
管理栄養士（隣接特養と兼務）	1 名	名	1 名
機能訓練指導員（隣接特養と兼務）	1 名	1 名	2 名
事務員（隣接特養と兼務）	1 名	名	1 名
宿直員（隣接特養と兼務）	名	4 名	4 名
清掃員（隣接特養と兼務）	名	6 名	6 名

⑥ 施設利用に関すること

(1) ご利用の条件

ご利用の際には、重要事項の説明の後、契約書を締結していただきます。

(注意) 当施設は医療機関ではありません。常時医療行為を必要とされる方はご利用いただけません。

(2) 持ち込みの制限

以下のもの以外は、原則として持ち込みできません。

衣類（当施設では、乾燥機を使用いたしますので、変形するものはご遠慮ください。）

歯ブラシ・洗面タオル・バスタオル・楽のみ・毛布・ティッシュペーパー・タオルケット・履物

※衣類や持ち物にはわかりやすいところにお名前をお書きください。

(3) 居室の決定は、施設の利用状況等により、ご相談の上決定します。なお、入居者様の心身の状況等の変化により居室を変更する場合があります。

⑦ 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、入居者様及びそのご家族に限らず全ての方に閲覧していただけます。

2 事業の目的及び運営方針

当施設はご利用者様が自立した居宅生活を継続できるよう日常生活上の援助を行うことにより、ご家族様の身体的及び精神的負担の軽減を図ることができるよう、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 8 条第 9 項及び第 8 条の 2 第 7 項に規定する短期入所生活介護サービス及び介護予防短期入所生活介護サービス（以下、「短期入所生活介護サービス等」という。）を適切に提供することを目的といたします。

当施設は次に掲げる運営方針に基づき、短期入所生活介護サービス等を提供いたします。

- (1) ご利用者様お一人お一人の意志及び人格を尊重し、居宅サービス計画に基づき、ご利用者様の権利を擁護し、個人の尊厳に配慮したサービス提供に努め、より一層質の高いサービスを追求いたします。
- (2) 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健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るものといたします。
- (3) 法令遵守と説明責任を果たし、安心、安全、健全な生活の場を目指します。
- (4) 効率的で良質な経営とサービスの根幹である人材育成に努めます。
- (5) ご利用者様が自立した居宅生活を継続できるよう日常生活上の援助を行うことにより、ご家族様の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

3 施設サービスの内容と費用

(1) 施設サービスの内容

種 類	内 容
食 事	ご利用者様の状況に応じて適切な食事介助を行います。 朝 食→ 8 : 0 0 ~ 9 : 1 5 昼 食→ 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 1 5 おやつ→ 1 5 : 0 0 ~ 1 5 : 3 0 夕 食→ 1 7 : 3 0 ~ 1 8 : 4 5
入浴及び清拭	ご利用者様の身体の清潔を維持し、適切な方法により入浴の機会を提供いたします。

排 泄	ご利用者様の状況に応じて適切な排泄介助を行います。
整 容 等	個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。起床時及び就寝時に着替え等必要な支援を行います。
機能訓練	身体機能の低下防止のため、機能訓練指導員等によりご利用者様の状況に適した支援を行います。
健康管理	日常の健康管理を行います。 また、夜間の緊急時においても、看護師がオンコール対応いたします。
送 迎	送迎の時間等については、相談に応じ対応させていただきます。居宅以外の送迎については加算相当分を実費徴収させていただきます。

(2) 費 用

原則として料金表の利用料金の1割が利用者負担額となります。

※利用者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額になります。

※平成30年8月から一定以上の所得がある65歳以上の被保険者について利用者負担が2割又は3割負担となりました。

保険料の滞納等により、当施設に直接介護保険給付が行われない場合がありますので、その場合、料金表の利用料金全額をお支払いいただきます。利用料のお支払いと引き換えに領収書とサービス提供証明書を発行いたします。

※サービス提供証明書は、利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

① 料金表 ※空床利用型多床室短期入所生活介護費を算定（1日あたり）

② 料金表（加算）※空床利用型多床室短期入所生活介護費を算定（原則として1日あたり）

③ 介護職員等処遇改善加算

※上記①から③については別紙料金表をご覧ください。

④ 介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外サービスの利用料は全額負担となります。

利用料	1日あたり				
段 階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食 費	300 円	600 円	1,000 円	1,300 円	1,445 円
(内 訳)	(朝食 320 円 昼食 520 円 夕食 520 円 間食 85 円)				
居住費	0 円	430 円	430 円	430 円	915 円
理髪・美容	委託業者による 実費				

⑤ その他のサービス

種 類	内 容	利用料
特別な食事に要する費用	特別な食事の提供	要した費用の実費
創作活動等の費用	材料代等	要した費用の実費
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契約者に負担いただく事が適当である者に係る費用	要した費用の実費
持込家電機器電気料	テレビ 15 円/日 その他機器については、要相談	1 月 450 円 要した費用相当
サービス終了後の居室明渡までの費用	サービス終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る居室料	全額負担

⑥ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法

①利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供月ごとに計算し請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用月の翌月 20 日までにご指定のご住所まで郵送します。
②利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払方法等	ア 原則、（１）の方法によりお支払いをお願いしているところですが、それによりがたい場合は下記の（２）又は（３）の方法によりお支払い下さい。 （１）利用者指定口座からの自動振替（利用月の翌月 26 日が振替日です。振替日が土日祝の場合は翌日となります。） （２）事業者指定口座への振込み（振込手数料はご負担下さい。） （３）現金支払い（利用月の翌月 26 日までに窓口でお支払い下さい。） 【振込先】 銀行名 三十三銀行 八間通支店 口座番号 普通 2695821 名 義 社会福祉法人ウエルハート厚生会 理事長 西村 昭徳 フク) ウエルハートコウセイカイ

（３） 利用中の医療の提供

嘱託医師が健康診断、健診治療等を行います。嘱託医師の指示により通院・入院治療や緊急の場合、予めご家族様に連絡（緊急かつ連絡不能の場合を除く）のうえ協力医療機関等で治療していただきますが、その際の、医療費の支払い等につきましては、ご家族様での対応をお願いいたします。

（４） 利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定期間の前に、ご利用者様の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは追加をすることができます。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者へ申し出てください。
- ② サービスの利用をキャンセルされる場合、食材料発注の関係で食費相当分のキャンセル料を下記により請求させていただきます。

キャンセル料	利用予定日の 3 日前の 17:30 までにご連絡いただいた場合	キャンセル料は不要です。
	利用予定日の 2 日前の 17:30 までにご連絡いただいた場合	1 日分の食費相当分を請求いたします。
	利用予定日の 1 日前の 17:30 までにご連絡いただいた場合	2 日分の食費相当分を請求いたします。
	利用予定時間までに連絡がなかった場合	3 日分の食費相当分を請求いたします。

4 虐待の防止について

事業者は、ご利用者様等への虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- （１）虐待等防止対応規程を整備し、虐待防止対応責任者を設置しています。

虐待防止対応責任者	施設長 藤森正也
-----------	----------

- (2) 身体拘束廃止の指針を整備しています。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止のための研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者等による虐待を受けたと思われるご利用者様を発見した場合は、速やかに、これを市町に通知します。

5 身体拘束について

事業者は、原則としてご利用者様に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、ご利用者様本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、ご家族様等に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、ご利用者様本人または他者の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、ご利用者様本人または他者の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性……ご利用者様本人または他者の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

6 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、ご利用者様又はそのご家族様の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得たご利用者様又はそのご家族様の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得たご利用者様又はそのご家族様の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
---------------------------------	---

② 個人情報の保護について	① 事業者は、ご利用者様から予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、ご利用者様の個人情報を用いませぬ。また、ご利用者様のご家族様の個人情報についても、予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ご家族様の個人情報を用いませぬ。 ② 事業者は、ご利用者様又はそのご家族様に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、ご利用者様の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）
---------------	--

7 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、ご利用者様に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、ご利用者様が予め指定する連絡先にも連絡いたします。

主治医	主治医氏名	
	病 院 名	
	電 話 番 号	
ご家族様	氏 名	
	連 絡 先	
	電 話 番 号	

8 事故発生時の対応方法について

ご利用者様に対する指定短期入所生活介護の提供により事故が発生した場合は、保険者、ご利用者様のご家族様、ご利用者様に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、安全対策担当者が委員長を務める事故対策委員会において介護事故の発生予防・再発防止を担う必要な措置を講じます。

安全対策担当者		池山泰正（事故対策委員長）
ご家族様	氏 名	
	連 絡 先	
	電 話 番 号	
主治医	氏 名	
	病 院 名	
	電 話 番 号	

ケアマネ	氏 名	
	事業所名	
	電話番号	
保険者	市町名	
	電話番号	

嘱託医	氏 名	梅 田 裕 之
	病 院 名	梅田クリニック
	電 話 番 号	0 5 9 6－5 3－0 7 0 0
協力医療機関	病 院 名	恩師財団 済生会明和病院
	所 在 地	三重県多気郡明和町大字上野435
	電 話 番 号	0 5 9 6－5 2－0 1 3 1

また、ご利用者様に対する指定短期入所生活介護の提供又は送迎により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は下記の損害賠償保険及び自動車保険（任意保険）に加入しています。

損害賠償 責任保険	保険会社名	損害保険ジャパン日本興亜株式会社
	保 險 名	賠償責任保険・医師賠償責任保険
	補償の概要	対人：上限100,000千円 対物：上限10,000千円
自動車保険	保険会社名	損害保険ジャパン日本興亜株式会社
	保 險 名	一般自動車保険
	補償の概要	対人・対物：保険金額 無制限

9 心身の状況の把握

短期入所生活介護の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、ご利用者様の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

10 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 短期入所生活介護の提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「短期入所生活介護計画」の写しを、ご利用者様の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- ③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。
- ④

11 サービス提供の記録

- ① 指定短期入所生活介護を提供した際には、提供した具体的なサービス内容等の記録を行うこととし、その記録はサービスの提供が完結した日から2年間保存します。
- ② ご利用者様は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

12 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
災害対策に関する担当者（防火管理者）氏名（ 皆川 健太 ）
- ② 非常災害に関する具体的計画（消防計画）を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制（職員緊急連絡網）を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 消防計画に基づき、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
避難訓練実施時期：（毎年2回 5月・11月）
※ 内1回は夜間又は夜間を想定した訓練及び大規模震災を想定した訓練を実施

13 衛生管理等

- ① 短期入所生活介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ② 短期入所生活介護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必要な措置を講じます。
- ③ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

14 サービス内容に関する苦情等相談窓口

【当施設】 苦情等受付窓口	窓口担当者	介護支援専門員 大島 いづみ
	解決責任者	施設長 藤森 正也
	ご利用時間	午前9時15分～午後5時30分
	電話（FAX）番号	0596-55-8800（8801）
第三者委員	法人監事	濱口 幸
	地域代表	西井 正（0596-55-3254）
【外部】 苦情等受付窓口	市区町村	明和町役場 福祉総合支援課 介護担当
	TEL	0596-52-7115
	都道府県	三重県国民健康保険団体連合会
	TEL	059-213-6500
	都道府県	三重県福祉サービス運営適正化委員会 苦情相談室（三重県社会福祉協議会内）
	TEL	059-224-8111

15 身元引受人兼連帯保証人

当施設では、身元引受人の方を1名お願いしています。身元引受人は、利用者の事業者に対する債務について、利用者と連携して履行の責を負う（連帯保証人と同等の責務）ものとします。

利用手続きの際、必要事項の記入もあわせてお願いします。

なお、当施設では、葬儀はできませんのでご了承下さい。

16 施設利用にあたっての留意点

面会・来訪	面会時間 → 午前 9：00 ～ 午後 4：00 ※感染症対策等により変更される場合があります。 面会時間を遵守し、玄関に備え付けの用紙に氏名等記入してください。また、面会時持参した物品、食品、薬等は、必ずその都度職員に届出て下さい。
給食（欠食）	給食のキャンセルは3日前の17時30分までに事務所にお知らせください。それ以降のキャンセルの場合は料金が発生しますことをご了承ください。
持込みおやつ・飲み物	おやつにつきましては、1日の摂取カロリー等計算をしながら毎日提供させていただいておりますことから、原則、お菓子やお飲み物の持込みは禁止させていただいております。しかしながら、どうしても食べたい或いは飲みたい物がおありの場合は職員に一言声をかけていただきますようお願いいたします。
外出・外泊	事前にお申し出ください。
飲酒・喫煙	原則として禁止させていただきます。
ペット飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育は厳禁です。
衣類	持込みの衣類には名前をしっかりと書きください。また、洗濯については洗濯器・乾燥機を使用することから、色落ち・縮み等が発生した場合には補償は致し兼ねますことをご了承ください。
金銭管理	原則施設での管理は行いませんが、必要に応じ事務職員にご相談下さい。
写真・ビデオ	施設内で催し物を行う際には写真やビデオを撮らせていただくことがあります。和まれている表情をホームページ等に載せさせていただく場合がございます。（諸事情によりご都合の悪い方はご利用時にお知らせください）
迷惑行為	施設の秩序を乱す行為や騒音又はけんか、口論、暴力行為等他のご利用者様の迷惑になる行為はご遠慮下さい。サービス提供の中止等の措置を行う場合があります。
宗教・政治活動	施設内での執拗な宗教・政治活動はご遠慮下さい。
火気の扱い	施設および敷地内の火気の扱いは禁止させていただいております。面会者様の喫煙に於きましても、館内・敷地内では禁煙とさせていただきます。

家具・備品	居室に持ち込まれる家具・備品に関しては、地震等の緊急時や日常で入居者様に危険が及ぶ可能性のある物の持込みをお断りさせていただく場合があります。																													
持込電化製品	居室への持込み電化製品については、持込み料金が発生する物やお断りさせていただいている製品があります。持込みの前には職員にご相談ください。 ＜参考例＞ <table><thead><tr><th>電化製品</th><th>持込み</th><th>料金</th></tr></thead><tbody><tr><td>オイルヒーター</td><td>×</td><td></td></tr><tr><td>冷蔵庫</td><td>×</td><td></td></tr><tr><td>電気毛布</td><td>*</td><td></td></tr><tr><td colspan="3">(*必要に応じて要相談)</td></tr><tr><td>扇風機 (羽根タイプのもの)</td><td>×</td><td></td></tr><tr><td>CDラジカセ</td><td>○</td><td>0円</td></tr><tr><td>加湿器・空気清浄器</td><td>○</td><td>0円</td></tr><tr><td>テレビ</td><td>○</td><td>15円／日</td></tr></tbody></table>			電化製品	持込み	料金	オイルヒーター	×		冷蔵庫	×		電気毛布	*		(*必要に応じて要相談)			扇風機 (羽根タイプのもの)	×		CDラジカセ	○	0円	加湿器・空気清浄器	○	0円	テレビ	○	15円／日
電化製品	持込み	料金																												
オイルヒーター	×																													
冷蔵庫	×																													
電気毛布	*																													
(*必要に応じて要相談)																														
扇風機 (羽根タイプのもの)	×																													
CDラジカセ	○	0円																												
加湿器・空気清浄器	○	0円																												
テレビ	○	15円／日																												

以上、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の提供に当たり、本書面にに基づき重要事項の説明を受け、その内容に同意するとともに本書面を受理しました。

年 月 日

事業所 所在地 三重県多気郡明和町大字志貴 1335 番地 1
名称 社会福祉法人 ウェルハート厚生会
地域密着型特別養護老人ホームウェルハート明和
施設長 藤 森 正 也 (印)

説明者 職 名 介護支援専門員兼生活相談員
氏 名 大島 いづみ

利用者様 住 所
氏 名

利用者様の身元引受人兼連帯保証人

住 所
氏 名
電話番号 ()

署名代行者又は代理人

住 所
氏 名
電話番号 ()

私は、下記の理由により利用者に代わって署名の代行を行いました。

利用者との関係 ()
代 行 理 由 ()

以下余白