

社会福祉法人 敬愛会

特別養護老人ホーム ユニットケアしだみ敬愛園 重要事項説明書

事業の目的と運営方針

入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、地域密着型施設サービス計画に基づき、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるように配慮しながら、各ユニットにおいて入居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、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

1. 事業者の概要

法人名 社会福祉法人 敬愛会
所在地 愛知県尾張旭市平子町長池上6447番地の1
電 話 0561-53-9507 FAX 0561-53-4395

2. 施設の内容

(1) 施設の種類 地域密着型介護老人福祉施設

指定番号 名古屋市 第2391300122号 平成22年11月1日指定

施設の名称 特別養護老人ホーム ユニットケアしだみ敬愛園
所在地 愛知県名古屋市守山区桜坂五丁目606番地
施設長 平林 賢治
電 話 052-739-1120 FAX 052-739-1115

(2) 施設の従業者体制

令和6年8月1日現在

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員	
		常勤	非常勤
管理者	業務の一元的な管理	1名	
生活相談員	生活相談及び事務手続き	1名	
介護職員	介護業務全般	18名 (1)	2名
看護職員	健康管理全般	3名(1)	
介護支援専門員	施設サービス計画の作成	1名 (1)	
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導	1名 (1)	
医師	健康管理及び療養上の指導		1名
管理栄養士	栄養管理全般	1名	

※ () の数字は兼務の人数

(3) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
介護職員	早番 6:00～15:00
	日勤 8:30～17:30

	遅番 13:00～22:00 15:00～24:00 夜勤 21:45～ 6:30 23:45～ 8:45 17:00～9:00
看護職員	8:30～17:30
生活相談員	8:30～17:30
管理栄養士	8:30～17:30

(4) 設備の概要

定員 29 名（別にショートステイ 8 名あり）

敷地		1527.29 m ²
建物	構造	鉄筋コンクリート 3 階建て（耐火建築）
	述べ床面積	1838.65 m ²
居室	室数	一人あたりの面積
	29 室 (別にショートステイ 8 室)	14.7 m ² (最小面積)
その他設備	種類	数
	共同生活室	4
	一般浴室	1
	機械浴室	1
	トイレ（共用）	12

○ その他の設備

設備としてその他に、洗濯室・汚物処理室・リネン室・調理室・相談室・介護職員室兼医務室等を設けます。

3. サービスの内容

(1) 基本サービス

- ①介護
 - ・心身の状況に応じた介護を提供します。
 - 排泄の介助、食事の介助、入浴の介助、体位交換、移動の介助、認知症の症状に合わせた介護を実施します。
- ②食事
 - ・管理栄養士が立てる献立表により、栄養と入居者の身体状況に配慮した食事を提供します。
 - ・各ユニットの生活共同室で召し上がっていただきます。
 - ・食事時間
 - 朝食 7:30～9:00
 - 昼食 12:00～13:30
 - おやつ 15:00～15:30
 - 夕食 18:00～19:30
- ③入浴
 - ・入浴を週 2 回以上行います。
 - 身体状況に合わせて一般浴槽または特殊浴槽を使用して入浴していただきます。体調不良等で入浴ができない場合は清拭またはシャワー浴を行います。
- ④排泄
 - ・身体状況に応じた適切な排泄の介助を行います。
 - ・排泄の自立を基本に適切な援助を行います。
- ⑤機能訓練
 - ・身体状況に合わせ、日常生活の中で機能訓練を行います。

- ⑥健康管理・医師や看護職員が健康管理を行います。
- ・内科嘱託医の往診が月1回あります。
 - ・日常の健康チェック、服薬管理等は看護師が行います。
 - ・健康診断を年1回行います。
 - ・体調不良や定期受診が必要な場合はご家族で付添いをお願いします。

〔協力医療機関〕 旭労災病院 尾張旭市平子町北61番地

※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、協力医療機関への診療・入院治療を義務付けるものでもありません。

※協力医療機関との定期的な会議の実施

協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入居者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に行います。

(2) その他サービス

- ①余暇活動 趣味の活動や外出など、楽しみのある時間を提供します。
※活動の内容によっては材料費等実費負担になる場合があります。
- ②理美容 理容師の出張によるサービスをご利用いただけます。
※利用費は実費負担になります。
- ③買い物代行 日常生活品の買い物を代行します。

4. 緊急時の対応

サービス提供時に入居者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。家族への連絡が後になる場合がありますがご了承下さい。

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「緊急連絡先」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

※「緊急連絡先」を変更された場合は、必ずお知らせ下さい。

5. 入院期間中の取り扱い

入居中に医療機関への入院の必要性が生じた場合、入院の日から3ヶ月以内に退院し当施設での生活が可能な心身状態であれば、円滑に再入居できるように努めます。3ヶ月以内に退院の見込みがなく長期的に入院が必要な場合は再入居することができません。

※入院中、居室をそのままにしておく場合は居住費を徴収させていただきます。

6. 施設サービス計画（ケアプラン）について

入居者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入居後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

ケアプランは当施設の介護支援専門員（ケアマネージャー）が原案作成し、入居者及び契約者に対して説明し同意を得た上で決定します。見直しは1年に1回行うことを基本とし、入居者の心身状況に変化があればその都度見直します。

7. 栄養ケア計画について

入居者の栄養の管理は、管理栄養士が作成する「栄養ケア計画」に基づき実施します。計画の内容については入居者及び契約者に対して説明と同意を得た上で決定します。

8. 口腔衛生の管理について

介護保険施設において、事業所の職員による適切な口腔管理等の実施と、歯科専門職による適

切な口腔管理につなげる観点から、事業所に利用者の入所時及び入所後の定期的な口腔衛生状態・口腔機能の評価を行います。

9. 非常災害対策

施設では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年3回以上入居者及び従業者等の訓練を行います。

10. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村および関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

11. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	未実施
実施した直近の年月日	未実施
実施した評価機関の名称	——
評価結果の開示状況	——

12. 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保守します。
また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

13. 入居者の尊厳

入居者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

14. 身体拘束の禁止

原則として、入居者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。
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入居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、その際の入居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します。

15. 虐待の防止

高齢者の尊厳の保持や、高齢者の人格の尊重に深刻な影響を及ぼす可能性が極めて高く、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業者は虐待の防止の為に必要な措置を講じなければならない。虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等について虐待防止に関する措置を講じるものとする。

16. 施設を退所していただく場合

入居中、以下の場合においては入居継続が困難となります。退所していただくことがありますのでご了承下さい。

- ① 入居者が要介護認定において、自立または要支援と要介護1、2と認定された場合
- ② 入居者の著しい不信行為により入居契約を継続することが困難となった場合
- ③ 入居者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設でのサービスの提供では適さないと判断された場合
- ④ 利用料金の支払いを3ヶ月滞納し、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

17. 苦情相談窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

○苦情解決責任者 平林 賢治

○窓口担当者 生活相談員

受付時間 月～金曜日 9時～17時 電話 052-739-1120

○第三者委員 宮島 貴美子 電話 090-5453-0127

山内 正道 電話 052-736-3032

公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

○名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険担当 指導係

名古屋市東区桜一丁目14番11号DPスクエア東桜8階

電話 052-959-2592 受付時間 8時45分～17時15分（休日、祝日年末年始を除く）

○愛知県国民健康保険連合会 介護保険課

名古屋市東区泉1丁目6番5号

電話 052-971-4165（苦情専用電話） 受付時間 9時～17時（土日、祝日除く）

18. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により入居者に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、入居者に故意又は過失が認められた場合には、入居者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

19. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 入居者又はその家族は、体調の変化があった際には職員にご一報ください。
- ② 入居者は、施設内の機械及び器具を利用される際、必ず職員に声をかけてください。その際は本来の使用法に従ってご利用下さい。これに反して使用したことにより破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
- ③ 施設内での金銭及び食べ物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ④ 従業者に対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- ⑤ 面会時間は平日の10時～17時（予約制。土日については各2家族までで、事前予約者のみ可能）となっています。1階事務所前に設置したテーブルにて2名までとし、時間は20分程度。飲食は禁止。マスク着用にて健康確認表への記入をお願いします。当日ご本人様にお熱がある時や、感染症の蔓延時は面会を中止させていただくことがあります。
- ⑥ 外出・外泊の際には必ず職員に声をかけてください。外泊については前日までに連絡をしてください。
- ⑦ 館内は禁煙となっております。面会時の喫煙については、指定の場所での喫煙をお願いいたします。

20. 利用料金の支払い方法

- ・利用料金は月末締め、翌月払いとなります。
- ・利用月の翌月10日前後に請求書を送付します。
- ・利用料金の支払いは金融機関・ゆうちょ銀行での口座振替となります。所定の用紙に指定口座を記入し提出してください。
- ・口座振替が開始されるまでの期間は指定口座への振込みをお願いします。

- ・残高不足などにより引き落とされなかった場合、手数料（100円）を翌月に請求させていただきます。
- ・領収書は預金口座からの引き落としが確認された翌月にご郵送いたします。

特別養護老人ホーム ユニットケアしだみ敬愛園

利用料金表

【介護報酬単位】

令和7年4月1日現在

	介護施設 サービス費	看護体制 加算Ⅰ	看護体制 加算Ⅱ	夜勤職員 配置加算
要介護1	682	12	23	46
要介護2	753	12	23	46
要介護3	828	12	23	46
要介護4	901	12	23	46
要介護5	971	12	23	46

初期加算	30 単位	※入居日から 30 日以内の期間の算定。 30 日を越える入院後に再入居した場合も対象
外泊時加算	246 単位	※入院及び外泊をした場合、月 6 日を限度として算定。
サービス提供加算Ⅲ	6 単位/1 日	
科学的介護推進体制加算Ⅱ	50 単位/1 ヶ月	
協力医医療機関連携加算	50 単位/1 ヶ月	
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1 か月あたりの合計単位数×13.6%	
安全対策体制加算	入居される初日に限り 20 単位算定(入所時に 1 回限り)	

※1 か月の総合計単位数に 10.68 円（3 級地の単価）を乗じ、介護負担割合証に記載の割合がご利用者様の自己負担となり、残りは介護保険から支給されます。

【居住費・食費】

	第 4 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	第 2 段階	第 1 段階
居住費	2,066 円	1,370 円	1,370 円	880 円	880 円
食費	1,445 円	650 円	1,360 円	390 円	300 円

※介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は認定証に記載の金額となります。

※入院や外泊で居室が確保されている場合には居住費を徴収させていただきます。

（利用者負担段階 1～3 の方は入院、外泊中 2,066 円の居室保持料となります。）

【日常生活に必要な費用 実費負担分】

- ・事務費として 1 日 100 円
- ・散髪代（1,980 円～ 別途実費にてパーマ・カラーもご希望に応じて利用可能です。）
- ・電気製品使用料（一点につき 1 日 30 円）
- ・特別食材料費（特別な食事を提供した場合の材料費実費）
- ・クラブ活動費 各 1 回（100 円～300 円程度の材料費）※参加者のみ請求
（お花クラブ、クッキングクラブ）
- ・レクリエーション費（外出した際の経費及び飲食代）
- ・日用品、嗜好品などの購入につきましては実費をご負担いただきます。陰性

令和 年 月 日

地域密着型介護老人福祉施設サービスの開始にあたり、入居者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<施設>

名古屋市守山区桜坂五丁目606番地

特別養護老人ホーム ユニットケアしだみ 敬愛園

施設長 平林 賢治 印

説明者（生活相談員）山崎 典子 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、施設から地域密着型介護老人福祉施設サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<入居者>

住 所

氏 名 印

<入居者代理人>

住 所

氏 名 印

（続柄 ）