

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利用契約書)
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、当事業所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 清明福祉会
法人所在地	名古屋市守山区青葉台 206
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 石川 佳樹
電話番号	(代表) 052-736-5775

2 ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム 建国ビハーク
施設の所在地	名古屋市守山区青葉台 206
施設長名	岡 千代子
電話番号	(特養・ショート専用) 052-736-5775
ファクシミリ番号	052-736-5278

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	名古屋 市基準 該当サ ービス
		指定年月日	指定番号		
施設	特別養護老人ホーム	12 年 4 月 1 日	2371300126	64 人	該当
居宅	通所介護	12 年 3 月 28 日	2371300373	25 人	該当
	短期入所生活介護	12 年 3 月 28 日	2371300126	16 人	該当
	訪問介護	15 年 5 月 15 日	2371300779		該当
居宅介護支援事業		11 年 11 月 30 日	2371300159		

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な施設介護サービスを提供する。
運営の方針	利用者の方が戸惑うことなく信頼を持って生活して頂けるようにサービス提供を行い、地域の高齢者介護のよき相談窓口になれるように努めます。

5 施設の概要

特別養護老人ホーム

敷地	11,327.36 m ²	
建物	構造	鉄筋コンクリート造 4 階建 (耐火建築)
	延べ床面積	5,596.93 m ²
	利用定員	入所：64 名 短期入所：16 名

(1) 居室

居室の種類	室数	面積	1人あたり面積
従来型個室	24 室	324 m ²	13.5 m ²
多床室（3 人部屋）	4 室	140.4 m ²	11.7 m ²
多床室（4 人部屋）	11 室	504.9 m ²	11.47 m ²

(注) 指定基準は、居室 1 人あたり 10.65 m²

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積	1人あたりの面積
食堂	1 室	252.95 m ²	3.16 m ²
機能訓練室	1 室	41.86 m ²	
一般浴室	1 室	82.81 m ²	
機械浴室	特殊浴槽	1 台	
医務室	1 室	25.73 m ²	
デイルーム 談話コーナー	2 箇所	131.47 m ²	

(注) 食堂の指定基準は、1 人あたり 3 m²

6 職員体制（主たる職員）

従業員の職種	員数	区分				常勤換算後の人数	事業者の指定基準
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
施設長	1		1				1
相談員	3	1	2				1
介護職員	28	19	3	6	0	26	24 以上
看護職員	8	3		4	1		
機能訓練指導員	1	1					1 以上
介護支援専門員	1		1				1 以上
医師	2			2			必要数
栄養士	1	1					1

7 職員の勤務体制

従業員の職種	勤務体制	休暇
施設長	正規の勤務時間帯（8：45～17：45）常勤で勤務	4週8休
生活相談員	正規の勤務時間帯（8：45～17：45）常勤で勤務	4週8休
介護職員	・早番（7：00～16：00） ・日勤（8：00～17：45） ・遅番（10：00～19：00） ・夜勤（16：00～翌10：00） ・昼間（8：45～17：45）は、原則として職員1名あたり入所者8名～10名のお世話をします。 ・夜勤（19：00～7：00）は原則として3名の勤務となります。	原則として、4週8休
看護職員	・正規の勤務時間帯（8：45～17：45）原則として3名体制で勤務します。 ・夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。	4週8休
機能訓練指導	柔道整復師が個別に機能訓練致します。 非常勤で勤務（14：00～15：00）	
介護支援専門員	正規の勤務時間帯（8：45～17：45）常勤で勤務	4週8休
医師	内科 週1日（木曜日）、週1回非常勤 精神科 月2回 非常勤	
栄養士	正規の勤務時間帯（8：45～17：45）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 施設サービスの概要

（1）当施設が提供する基準介護サービス費

種類	内 容
居室の提供	
食事	・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・食事はできるだけ離床して食堂で食べ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 12：00～13：00 夕食 17：30～18：30
排泄	・入所者の状況に応じ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。 ・オムツを使用する方に対しては、1日4回の交換を行うとともに必要な場合はこれを超えて交換を行います。
入浴	・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、機械を用いて入浴も可能です。

＊「食費」「滞在費」は介護保険負担額限度の認定を受けている入所者の場合は認定証に記載されている料金となるが、食費については、認定書に記載されている食費の負担限度額と合計食事金額のどちらか低い金額とする。また費用支払いを受ける場合には、利用者・家族に対して事前に説明をした上で支払に同意する旨の文章に署名（記名押印）を受けるものとする。

9 キャンセル料

当日利用をキャンセルした場合	・食費相当分 1,000 円を申し受けます。
----------------	------------------------

10 苦情等申立先

施設相談室	窓口担当者 相談員 橋本 美江 高野 祐貴 苦情解決責任者 施設長 岡 千代子 ご利用時間 毎日午前 9 時～午後 5 時 電話 736-5775
公的機関	愛知県国民健康保険団体連合会介護保険課 電話 052-971-4165 受付時間 9 時～17 時 名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課 電話 052-959-2592 春日井市健康福祉部介護保険課 電話 0568-81-5111 尾張旭市長寿課 電話 0561-53-2111 瀬戸市介護保険課 電話 0561-82-7111

11 オンブズマン

オンブズマンの名称	あいち福祉オンブズマン事務局
所在地	名古屋市中区丸の内 3-5-35 弁護士ビル 1004 号 水谷博昭法律事務所内
電話番号	963-0338
FAX	同上

12 協力医療機関

医療機関の名称	名古屋徳州会病院
院長名	加藤 千雄
所在地	愛知県春日井市高蔵寺町北 2 丁目 52 番地
電話番号	0568-51-8711
診察科	総合（内科・外科・泌尿器科・皮膚科・耳鼻咽喉科・眼科・整形外科）
入院設備	ベッド数 350 床
救急指定の有無	有
契約の概要	当施設と名古屋徳州会病院とは、入所者に病状の急変があった場合、救急搬送指定にて受入れていただけるようになっています。

医療機関の名称	もりやま総合心療病院
院長名	笹田 和見
所在地	名古屋市守山区町北 11-50
電話番号	052-791-2133
診療科	精神科・神経内科
入院設備	ベッド数 510 床

13 事故発生時の対応

介護サービスの提供にあたって万が一事故等が発生した場合、施設は速やかに利用者家族へ連絡し、施設は誠実に対処します。

14 緊急時の対応

利用者に容体の変化などがあった場合は、医師に連絡するなど必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

15 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。

虐待防止の為の指針を整備します。

虐待防止委員会を設置し、定期的に会議を開催。内容について事業所へ周知いたします。

虐待防止研修を年 2 回以上実施いたします。

虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村へ通報します。

16 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建国ビハーク消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	志段味西消防団と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等防災設備	別途定める「特別養護老人ホーム健康ビハーク消防計画」にのっとり年 2 回夜間およ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。			
	設備名称	個数等	設備名称	○箇所
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	2 箇所
	避難階段	4 箇所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導等	44 箇所	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
	カーテン布団等は防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日：平成 24 年 9 月 5 日 防火管理者：足立 大介			

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、必ずその都度事務所に届出てください。 (面会時間 13:30~17:00)
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出ください。
緊急時の対応	緊急時には原則として、協力病院へ緊急搬送いたします。
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は、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	施設内は、禁煙となっております。喫煙は、指定された場所で行ってください。 飲酒は通常できませんが、行事等の時には酒類の提供ができる場合があります。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	現金等貴重品は、居室に持ち込まないで下さい。持ち込んだ場合は自己責任になります。
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	施設内のペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。
薬	契約者様が日常服薬していらっしゃる飲み薬・塗り薬・点眼薬等必要なものは持参してください。(施設ではご用意できません)

(第3者評価 実施状況)

- 1.第三者評価実施：有 2.実施した年月日 R6年11月30日 3.評価機関 名介研
4.評価結果の開示：名介研ホームページ

介護老人福祉施設建国ビハーク利用料金表

令和 8 年 8 月現在

【従来型個室】負担段階 4 段階

	介護サービス (点)	合計単位数 (点)	利用者負担 (円)	居住費 1 日 (円)	食 費 1 日 (円)	1 日利用料金 (円)
要支援 1	4 5 1	5 3 2	5 7 7	1 2 3 1	1 5 4 5	3 3 5 3
要支援 2	5 6 1	6 5 9	7 1 4	1 2 3 1	1 5 4 5	3 4 9 0
要介護 1	6 0 3	7 2 1	7 8 1	1 2 3 1	1 5 4 5	3 5 5 7
要介護 2	6 7 2	8 0 1	8 6 8	1 2 3 1	1 5 4 5	3 6 4 4
要介護 3	7 4 5	8 8 5	9 5 9	1 2 3 1	1 5 4 5	3 7 3 5
要介護 4	8 1 5	9 6 7	1 0 4 8	1 2 3 1	1 5 4 5	3 8 2 4
要介護 5	8 8 4	1 0 4 7	1 1 3 4	1 2 3 1	1 5 4 5	3 9 1 0

【多 床 室】負担段階 4 段階

	介護サービス (点)	合計単位数 (点)	利用者負担 (円)	居住費 1 日 (円)	食 費 1 日 (円)	1 日利用料金 (円)
要支援 1	4 5 1	4 5 7	4 9 5	9 1 5	1 5 4 5	3 0 3 7
要支援 2	5 6 1	5 6 7	6 1 4	9 1 5	1 5 4 5	3 1 7 4
要介護 1	6 0 3	6 2 2	6 7 4	9 1 5	1 5 4 5	3 2 4 1
要介護 2	6 7 2	6 9 1	7 4 8	9 1 5	1 5 4 5	3 3 2 8
要介護 3	7 4 5	7 6 4	8 2 7	9 1 5	1 5 4 5	3 4 1 9
要介護 4	8 1 5	8 3 4	9 0 3	9 1 5	1 5 4 5	3 5 0 8
要介護 5	8 8 4	9 0 3	9 7 8	9 1 5	1 5 4 5	3 5 9 4

※上記の利用者負担 (円) は、介護保険負担割合証が 1 割の方の金額です。

※負担限度額認定証 (1～3 段階) をお持ちの方は居住費・食費が安くなります。

第 1 段階 食費 1 日 3 0 0 円 居住費 1 日個室 3 8 0 円
(多床室 0 円)

第 2 段階 食費 1 日 6 0 0 円 居住費 1 日個室 4 8 0 円
(多床室 4 3 0 円)

第 3 段階①食費 1 日 1 0 3 0 円 居住費 1 日個室 8 8 0 円
(多床室 4 3 0 円)

第 3 段階②食費 1 日 1 3 6 0 円 居住費 1 日個室 8 8 0 円
(多床室 4 3 0 円)

第 4 段階 食費 1 日 1 5 4 5 円 居住費 1 日個室 1 2 3 1 円
(多床室 9 1 5 円)

※食費の内訳 (朝食 320 円 昼食 625 円 夕食 500 円) 1 5 4 5 円

※別途送迎加算 (利用時)

※緊急加算 (適用時) かかります。

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

_____年_____月_____日

利用者 住所_____

氏名 _____ ⑩

利用者家族等 住所_____

氏名 _____ ⑩

続柄_____

注 施設利用規約における、施設使用の際の留意事項を含む。