

ショートステイ メドック東浦

重要事項説明書

<令和 8 年 6 月 1 日 現在>

1. 設置者

法人の名称	社会福祉法人 成仁会
法人の所在地	愛知県知多郡東浦町大字緒川字猪伏釜 110 番地
電話番号	0562-82-2226
代表者氏名	理事長 吉 田 禎 宏
設立年月	平成16年 7月 6日

2. ご利用施設

施設の名称	ショートステイ メドック東浦
事業の種類	短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護
介護保険指定番号	2375701212
利用定数	20人
施設の所在地	愛知県知多郡東浦町大字緒川字猪伏釜 110 番地
管理者名	小川 真弓
電話番号	0562-82-2226
ファクシミリ番号	0562-83-2248
電子メール	info@medoc-care.jp
ホームページ	http://www.medoc-care.jp
開設年月日	平成18年 5月 1日

3. ご利用施設で合わせて実施する事業

事業の種類	介護保険指定番号	利用定数
特別養護老人ホーム メドック東浦 (指定介護老人福祉施設)	2375701196	120人
デイサービス メドック東浦 (通所介護及び介護予防通所介護)	2375701204	35人 (25人)

4. 事業の目的と運営方針

社会福祉法人成仁会が開設する特別養護老人ホーム メドック東浦は、要支援又は要介護状態にある高齢者に対し、適切な短期入所生活介護を行うことを目的とします。

- ① 利用者が有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の機能維持、ならびに利用者家族の身体的・精神的負担を軽減するサービスを提供します。
- ② 関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス等との密接な連携を図り、総合的なサービスを提供します。

5. 主な居室及び設備の概要

居室および設備	室 数	備 考
食堂・生活共同室	14室	うち12室は入所施設
デイ食堂	1室	
談話室	3室	うち和室1室
地域交流室	1室	
浴 室	15室	うち大浴場1室、特殊浴槽8室
医務室	1室	
機能訓練室	1室	
休憩室	3室	
居室（1人部屋）	140室	うち、120室は入所施設

※ 全ての居室は1人部屋で、10人を単位としたユニット方式で介護を行います。

6. 主な職員の人数

職 種	常 勤	非常勤	員 数
管理者	1名（兼）		1名
生活相談員	1名（専）		1名
看護職員	1名（専・兼）		1名以上
介護職員	6名	1名	7名以上
嘱託医	1名（兼）		1名
管理栄養士	1名（兼）		1名以上
機能訓練指導員	1名（兼）		1名以上
事務職員	3名（兼）		2名以上

7. 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 9:00～18:00 遅番 12:45～21:45 夜勤 21:30～6:30 原則として職員1名あたり利用者3名のお世話をします。 夜勤は、介護職員1名で行います。
看護職員	日勤 8:30～17:30 遅番 10:00～19:00 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。

8. 営業日及びご利用の予約

営 業 日	年中無休
ご予約方法	ご利用の予約は、利用を希望される期間の初日の2ヶ月前から受け付けております。

9. 施設サービス概要

(1) 介護保険給付サービス

① 日常生活の支援

排泄： トイレは車椅子の方でもご利用していただき易いように手すりや便器に工夫がされています。また、ご自分でトイレの使用が難しい利用者の方々にはその状態に応じてトイレ誘導を行い、できる限りおむつを使用しないで日常生活が過ごせるように心掛けています。

どうしてもおむつを使用しなければならない方は、尿の量や皮膚の状態を考慮して布おむつや紙おむつ、尿取りパッドを併用します。

入浴： 入浴は利用者の方の状態に応じて、一般浴（手すりがついた一般浴槽での入浴）、中間浴（座ったままで入浴が可能な機械を使用し一般浴槽での入浴）、特殊浴（寝たままで入浴が可能な特殊浴槽での入浴）を週に2回入浴していただけます。入浴は原則として午後からとなります。入浴できない方は清拭を行います。

着替え等： 寝たきり防止のため、できる限り離床します。生活のリズムを考慮し、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。寝具の交換は月2回以上随時実施します。

② 機能訓練

利用者の機能維持(強化)、日常生活動作の自立・改善を目的としています。

楽しく広がりのある生活を送っていただくよう努めています。

③ 健康管理

毎日バイタル測定を行い、異常の早期発見、早期対応に努めています。必要に応じて医療機関と連携を取り、健康管理を行っております。

④ 送 迎

身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付送迎車で入退所の送迎を行います。また、当施設の事業実施区域外の方、あるいは実施区域内で特に送迎をご希望の方にリフト付の送迎車で送迎を実施します。

・送迎実施区域

東浦町全域、大府市一部区域、知多市一部区域、東海市一部区域
刈谷市一部区域、阿久比町一部区域、半田市一部区域

(利用料)

事業実施区域内の方：介護報酬の告示上の額（184単位）

事業実施区域外の方：

介護報酬上の告示上の額（184単位）と別途に次の額を徴収します。

事業実施区域外から

① 片道 5km 未満	250円
② 片道 5km～10km	500円
③ 片道10km 以上の場合は1km ごとに	50円加算します。

(2) サービス利用料金（1日あたり）

	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
利用料金	529単位	656単位	704単位	772単位	847単位	918単位	987単位

※下記加算内容が基本サービス費に加算されます。

サービス提供体制強化加算Ⅱ	1日につき 18単位
機能訓練体制加算	1日につき 12単位
生産性向上推進体制加算Ⅱ	1月につき 10単位
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	当月所定単位数の17.2%

※要介護の方のみ下記加算内容が基本サービス費に加算されます。

夜勤職員配置加算Ⅱ	1日につき 18単位
看護体制加算Ⅱ	1日につき 8単位
医療連携強化加算（対象者のみ）	1日につき 58単位
看取り連携体制加算（対象者のみ）	1日につき 64単位

※対象の方のみ療養食加算 1 日 3 食を限度とし 1 食を 1 回として 8 単位／1 回とします。

※若年性認知症受入加算 1 日につき 1 2 0 単位が基本サービス費に加算されます。

※緊急受入体制加算 1 日（対象者のみ、最長 14 日まで） 1 日 90 単位

※1 単位＝10.1 7 円となり、介護保険負担割合証に記された割合が適用されます。

※食事料金は含まれておりません。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

（3）介護保険給付外サービス及び利用料金

① 食事の提供

管理栄養士の立てる献立表により、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。また、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	
食事料金	朝食	4 7 0 円	
	昼食	6 7 0 円（おやつ代含む）	
	夕食	6 1 0 円	1 日あたり 1, 7 5 0 円

② ホテルコスト 1 日あたり： 2, 1 0 5 円

③ 理美容サービス

毎月 3 回程度、理容師・美容師の出張による理美容サービス（調髪、顔剃、洗髪、髪染め、パーマ）をご利用いただけます。 利用料金：実費

④ サークル活動、行事

利用者の趣味や活動能力に応じて、音楽サークル、書道サークル、編み物サークル、歌サークルをご用意しています。これらサークルの運営は、職員をはじめ、ボランティアの方々の協力を得て行います。

利用料金： 材料代等の実費をいただきます。

年間行事として、お花見や盆踊り、遠足、クリスマスなど四季の行事を催しています。家族の方々にはそのつどご案内いたしますが、いずれの行事に参加していただいても差し支えございませんので、お気軽にご参加ください。行事によっては、別途参加費用がかかるものもございます。

(4) 利用料金のお支払いについて

事業者は、利用料等の集金を「リコーリース株式会社」に委託します。利用者は契約時に当該引き落としに利用する金融機関の口座の詳細をご通知ください。

10. キャンセル料

ご利用日前日・当日及び利用期間中の予定の中断、変更、取り消しなどの申し出があった場合、実費相当額（食材費）のキャンセル料をいただいております。

※ 連絡が困難な場合などやむを得ない場合はこの限りではありません。

11. 協力医療機関

医療機関の名称	刈谷豊田総合病院
所在地	愛知県刈谷市住吉町5丁目15番地
診療科	内科、外科、脳神経外科、整形外科、耳鼻科等

医療機関の名称	西知多総合病院
所在地	愛知県東海市中ノ池3-1-1
診療科	内科、外科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科等

12. 保証人

契約締結にあたり、保証人を指名し契約書に署名捺印をお願いいたします。

13. 秘密保持について

- (1) 事業者および事業者の従業員は、正当な理由がない限り、利用者に対する介護サービスの提供にあたって知り得た利用者またはその家族の秘密を洩らしません。
- (2) 事業者は、事業者の従業員が退職後、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外部に漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

14. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口（担当者）： 事務長 松並 克治 生活相談員 成瀬 寿子

受付時間： 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

電話番号： 0562-82-2226

ファクシミリ： 0562-83-2248

電子メール： info@medoc-care.jp

また、苦情受付ボックスを 1 階事務室カウンター に設置しています。

(2) 行政機関等

東浦町役場健康福祉部ふくし課社会高齢係

所在地： 東浦町大字緒川字政所 20 番地

電話番号： 0562-83-3111

東海市役所高齢者支援課

所在地： 東海市中央町 1 丁目 1 番地

電話番号： 052-689-1600

大府市高齢障がい支援課

所在地： 大府市中央町 5 丁目 70 番地

電話番号： 0562-45-6289

知多市役所長寿課

所在地： 知多市緑町 1 番地

電話番号： 0562-36-2652

半田市役所高齢介護課

所在 半田市東洋町 2-1

電話番号 0569-21-3111

阿久比町健康介護課

所在地： 阿久比町大字卯坂字殿越 50

電話番号： 0569-48-1111

刈谷市役所長寿課

所在地： 刈谷市東陽町 1 丁目 1 番地

電話番号： 0566-62-1013

知多北部広域連合事業課 苦情相談窓口

所在地： 東海市荒尾町西廻間 2-1

電話番号： 052-689-2263

愛知県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

所在地： 名古屋市東区泉一丁目 6 番 5 号

電話番号： 052-971-4165

電子メール： mail@aichi-kokuho.or.jp

15. 事故発生時の対応

事故防止には最善をつくします。万が一、事故が発生した場合は以下の点に留意して対応させていただきます。

- ① 事故が発生した場合、予めお知らせいただいている「緊急連絡先」へ速やかに連絡いたします。また、必要に応じて地方公共団体など関係機関にも連絡します。
- ② 事故を調査した結果に基づいて、ご家族等にその発生状況やその後の対応について事実を十分に説明します。
- ③ 事故後の対応にあたっては、利用者本人やご家族の気持ちを考え、誠意ある態度で対応します。
- ④ 利用者の生命・身体・財物に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償します。ただし、利用者に重大な過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除され、または損害額を減額されることがあります。

16. 身体拘束について

- ① 施設サービスの提供にあたっては、利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。
- ② 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、利用者またはそのご家族に対して事前に口頭および文書による説明を行い、併せて文書による同意を得ます。
- ③ 施設長を長とする特定ケア検討委員会を随意開催し、緊急やむを得ず行う身体拘束について判断を行うと共に、常にその解消のため検討に努めます。

17. 急変時の対応

- ① サービスご利用中に利用者が急変された場合は、医師・看護師または介護職員の判断により、原則として救急車により医療機関へ救急搬送いたします。
- ② 受入病院は、利用者の主治医が所属する医療機関または当施設の協力病院となるよう救急隊員に依頼しますが、その他の医療機関への搬送もあり得ます。また、夜間・休日は救急指定病院への搬送となります。
- ③ 救急搬送の際は可能な限り事前にご家族に連絡をお取りしますが、状況により事後となる場合がございます。
- ④ 利用者の状態によっては搬送先医療機関での緊急入院もあり得ますことをご理解ください。
- ⑤ 緊急入院時でご家族との連絡が取れない場合に、受入医療機関の状況や定めにより差額ベッドの利用や有償の付添人の依頼を行うことがあり得ますことをご了承ください。その際の費用は利用者の負担となります。

18. 受診の依頼

- ① サービスご利用中に、ご契約時またはご利用開始時と著しく異なる心身の状況が認められた場合や、他の利用者への影響が懸念される症状が認められた場合には、急変時対応以外でも、医師・看護師または介護職員の判断により医療機関での受診をお願いする場合がございます。
 - ② 受診のための送迎・付添いは原則としてご家族にご担当いただきます。
 - ③ 利用者の状態により必要に応じて当施設の福祉車両で病院までお送りする場合がありますが、その際はショートステイ送迎料金に準じて有償とさせていただきます。
- ※ 定期的な受診がサービスご利用中に予定されている場合は、ご家族により受診していただきます。

19. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

(1) ご面会について

ご面会については次のことをご了承ください。

- ご面会の際は、ご面会カードにお名前とご住所、続柄をご記入ください。
- 面会時間は、午前9時から午後8時までをお願いします。
- 利用者の中には、飲み込みの悪い方、食物の量がコントロールできない方、腐敗の判断ができない方、医師から食事に対して注意を受けている方などがおられますので、以下のことについては特に注意してください。
 - ・ 食物の手土産は少量をお願いします。
 - ・ 生物（なまもの）は一回で食べきれるだけの極少量をお願いします。
 - ・ 同居者へのご配慮はご遠慮申し上げます。
 - ・ もし配られたい場合は必ず職員にお知らせください。
- ご家族の方々の職員に対する心遣いは固くご辞退いたします。

(2) 外出

外出の際には、行き先と帰所時間を所定の用紙でお届けください。

(3) 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ください。（不適切なご利用により破損等が生じた場合は、賠償していただく場合がございます。）

(4) 喫煙・飲酒

火災予防のため、喫煙される方は所定の喫煙場所をお願いします。

ライターは当施設でご用意いたしますのでお持ちにならないでください。

飲酒はご希望により主治医・ご家族の方との相談の上、夕食に適量付けさせていただきます。

(5) 宗教活動・政治活動・迷惑行為等

施設内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動はお断りいたします。

騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。

施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りいたします。

(6) 貴重品・現金等

貴重品の持ち込みはご遠慮願います。

原則として現金はお預かりできません。独居生活の方等やむを得ない場合はこの限りではありません。

20. 提供するサービスの第三者評価の実施について

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

21. 情報提供について

利用者及びその家族の個人情報については、下記の目的で使用させていただきます。

(1) 使用目的

ご利用者の身体状況、サービス内容について市町村、協力医療機関、ケアマネージャー等への連絡調整の資料とするため。

(2) 使用にあたっての条件

個人の情報の提供は必要最小限とし、提供及び使用にあたっては関係者以外に漏れることのないよう細心の注意を払います。

22. 肖像等使用に関する承諾事項

各種 SNS、ホームページ、広報誌等、施設より発信される情報について、利用者の写真、動画等の使用に関しての承諾をお願いします。

肖像等使用について (同意します ・ 同意しません)

※顔出し不可の場合でも特定が難しい場合に限り、使用させていただく場合があります。

23. ネットワークカメラの運用について

利用者の安全・安心な生活環境の向上を目的とし、下記のとおりネットワークカメラの運用をしています。

① 使用目的

- ・利用者の安全・安心な生活環境の向上
- ・事故発生時の早期発見と再発防止に向けた検証

② 設置場所

- ・カメラ：玄関フロア1カ所、各ユニット内1カ所
- ・モニター：特別養護老人ホームメドック東浦 相談室内

③ 使用方法

- ・事故の発生時、必要に応じて録画内容の確認および検証
(常時、見守りを行なうものではありません)

④ 録画時間

- ・24時間365日(録画データは20日間保存されます)

⑤ 利用の制限

- ・画像の利用は、使用目的の範囲とします。
- ・録画内容の管理は、施設長および事業所管理者にておこないます。

24. メールアドレスの登録および使用

災害時または一部感染症発生時等における通知、または、ご連絡等で登録のメールアドレスへ送らせていただく場合があります。閲覧頻度の高いメールアドレスでのご登録をお願いします。なお、諸事情によりメール登録が出来ない場合は、電話にて連絡いたしますが回線や現場の状況等により連絡が遅れることがございますので、ご了承ください。

(登録いただくメールアドレス①)

メールアドレス： _____@_____

氏名： _____ (続柄： _____)

(登録いただくメールアドレス②)

メールアドレス： _____@_____

氏名： _____ (続柄： _____)

☐メールの登録は希望しない

私は、本書面に基づいて事業者の職員

職名 _____ 氏名 _____ から
上記重要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 氏名 _____

保 証 人 氏名 _____

利用者家族代表者名 氏名 _____