

# 重要事項説明書

		記入年月日	2025年 2月 1日
記入者名	長谷川 潔	所属・職名	るるどの風西春 施設長

## 1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業主体の名称	法人等の種類	なし      あり:医療法人
	名称	(ふりがな)いりようほうじん ようていかい 医療法人 羊蹄会
事業主体の主たる事務所の所在地	郵便番号	〒482-0003
	住所	愛知県岩倉市曾野町郷前17番地
事業主体の連絡先	電話番号	0587-66-6655
	FAX番号	0587-66-7592
	ホームページ	なし
	アドレス	あり: <a href="http://youteikai.com">http://youteikai.com</a>
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	中川 拓
	職名	理事長
事業主体の設立年月日	平成9年12月15日	

事業主体が愛知県内(指定都市、中核市を含む)で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類		事業所の名称		所在地	
＜居宅サービス＞					
訪問介護	あり	なし			
訪問入浴介護	あり	なし			
訪問看護	あり	なし			
訪問リハビリテーション	あり	なし			
居宅療養管理指導	あり	なし			
通所介護	あり	なし	しらゆりの里	北名古屋市・豊山町・守山区	
通所リハビリテーション	あり	なし	しらゆりの里	岩倉市・北名古屋市・守山区・小牧市	
短期入所生活介護	あり	なし			
短期入所療養介護	あり	なし	るどりの泉	岩倉市・北名古屋市	
特定施設入居者生活介護	あり	なし			
福祉用具貸与	あり	なし			
特定福祉用具販売	あり	なし			
＜地域密着型サービス＞					
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	なし			
夜間対応型訪問介護	あり	なし			
認知症対応型通所介護	あり	なし			
小規模多機能型居宅介護	あり	なし			
認知症対応型共同生活介護	あり	なし			
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし			
複合型サービス	あり	なし			
居宅介護支援	あり	なし	てんとうむし	岩倉市	
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問介護	あり	なし			
介護予防訪問入浴介護	あり	なし			
介護予防訪問看護	あり	なし			
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし			
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし			
介護予防通所介護	あり	なし			
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	しらゆりの里	岩倉市・北名古屋市・守山区・小牧市	
介護予防短期入所生活介護	あり	なし			
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	るどりの泉	岩倉市・北名古屋市	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし			
介護予防福祉用具貸与	あり	なし			
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし			
＜地域密着型介護予防サービス＞					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし			
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし			
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし			
介護予防支援	あり	なし			
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	あり	なし			
介護老人保健施設	あり	なし	るどりの泉	岩倉市・北名古屋市	
介護療養型医療施設	あり	なし			



### 3. 従業者に関する事項

#### 職種別の従業者の人数及びその勤務形態

##### サービス付き高齢者向け住宅(特定施設)の人数及びその勤務形態

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	非専従	専従	非専従		
管理者		1			1	0.5
生活相談員	1				1	1.0
看護職員		2		1	3	2.0
介護職員	10		4		14	12.5
機能訓練指導員	3	2		1	3	0.3
計画作成担当者	1				1	1.0
管理栄養士			1		1	—
調理員	委託					
事務員	1				1	1.0
その他従業者						

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

40 時間

※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

##### 従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士	4		2	
介護職員実務者研修	1			
介護職員初任者研修	1			
介護職員基礎研修				
ホームヘルパー 1 級				
2 級	2		1	
介護支援専門員				

##### 従業者である機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士				
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師	2		1	
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

##### 夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

人数	夜勤帯平均人数 ( 17 時～ 翌 9 時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0	連絡が取れる体制あり
介護職員	1.8	1

#### 4. サービスの内容

##### 施設の運営に関する方針

入居契約書の規定に基づいて、施設利用並びに各種サービス全般に関する諸基準を定め、入居生活に対して安心・安全と便宜をはかると共に、相互扶助の精神を持って、住宅内の豊かな人間関係を育成していくことを目的とします。

##### 介護サービスの内容、利用定員等

個別機能訓練の実施(介護報酬の加算)の有無	なし	あり
夜間看護体制加算(介護報酬の加算)の有無	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり
身体拘束廃止取組の有無	なし	あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙	

協力医療機関の名称	ようてい健康増進クリニック ようてい中央クリニック ようていファミリークリニック	
(協力の内容)	入居者依頼により相談、受診、往診、健康診断 入院(ようてい中央クリニック・ようていファミリークリニック)	

協力歯科医療機関	なし	あり	その名称:西春日井歯科医師会 提携歯科医院
(協力の内容)	入居者依頼により相談、受診、往診		

##### 要介護時における居室の住み替えに関する事項

###### 要介護時に介護を行う場所

原則として、入居されてみえる方の居室で介護を行います。  
全室個室となるため、一時介護居室の取り扱いはありません。

施設、設備等の状況						
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物				なし	あり
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				なし	あり
居室の状況	区分			室数	人数	1の居室の床面積
	一般居室個室	あり	なし	61*		25.48～27.54 m <sup>2</sup>
	一般居室相部屋	あり	なし			m <sup>2</sup>
						m <sup>2</sup>
						m <sup>2</sup>
	介護居室個室	あり	なし	61*		25.48～27.54 m <sup>2</sup>
	介護居室相部屋	あり	なし			m <sup>2</sup>
						m <sup>2</sup>
						m <sup>2</sup>
一時介護室	あり	なし			m <sup>2</sup>	
					m <sup>2</sup>	
					m <sup>2</sup>	
共用便所の設置数	うち男女別の対応が可能な数				0	
	うち車椅子等の対応が可能な数				6	
個室の便所の設置数	個室における便所の設置割合				100%	
	うち車椅子等の対応が可能な数				61	
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		61(居室)	1	2	0	
その他、浴室の設備に関する事項 共同浴室は通所リハビリテーションの空時間利用となります						

\* 居室によって介護専用、一般専用の区別をしていません(全61居室)。

食堂の設備状況 各住戸にキッチンを完備 (IHヒーター)			
入居者等が調理を行う設備状況		なし	あり
その他、共用施設の設備状況			
なし	あり	エレベーター・共有トイレ・コインランドリー・自動販売機・ 食堂・談話・機能訓練室	
バリアフリーの対応状況			
(その内容) 廊下、共有スペース、非常階段に手摺を設置 基準以下の段差設定。車いすで移動可能			
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり
施設の敷地に関する事項			
敷地の面積		3050.64 m <sup>2</sup>	
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり
抵当権の設定		なし	あり
貸借(借地)			
なし	あり	契約期間	始
			終
契約の自動更新			なし
			あり
施設の建物に関する事項			
建物の構造		鉄筋コンクリート造	
建物の延床面積		3751.28 m <sup>2</sup>	
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり
抵当権の設定		なし	あり
貸借(借家)			
なし	あり	契約期間	始
			終
契約の自動更新			なし
			あり

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	医療法人羊蹄会 本部事務局		
電話番号	0587-66-6655		
対応している時間	平日	9:00～17:00	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	法人創立記念日・年末年始		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	①【所在地】北名古屋市高齢福祉課 ②【国保連】愛知県国民健康保険団体連合会 苦情相談室 ③【保険者】		
電話番号	① 0568-23-6111 ② 052-971-4165 ③		
対応している時間	平日	① ② 9:00～17:00	
	土曜	① ② 休み	
	日曜・祝日	① ② 休み	
定休日等			
サービスの提供により賠償すべき事故が発生した時の対応			
損害賠償責任保険の加入状況			
なし	あり	(その内容) 日本医師会医療損害賠償保険	
その他、介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応に関する事			
なし	あり	(その内容)	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 利用者のプライバシーに配慮し、個性を生かしたサービス提供にあたる			
利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等			
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況			
なし	あり	実施した年月日	ご意見箱設置
		当該結果の開示状況	なし あり
第三者による評価の実施状況			
なし	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし あり

## 5. 利用料金

賃料の支払い方式	一時金方式	月払い方式	選択方式
敷金	賃貸借契約書に記された家賃の3カ月分		
月払い方式			
月単位で支払う料金			
家賃	専有部分の賃貸借契約に係る費用		
共益費	共有部分の維持管理に係る費用		
サービス費	安否確認・生活相談等に係る料金		
介護保険料	介護度に応じたサービス費・加算		
専有部分のガス料金	検針による料金を実費(個人による支払い)		
専有部分の電気料金・水道料金	検針による料金を実費(賃貸料と同時に支払い) ※ 水道料金は2月毎の支払い		
食費	食事を施設に依頼される場合(予約が必要) 朝食 434円 昼食 837円 夕食 837円 喫食された分の料金を実費		
上乗せサービス			
	プラン名称	月額	(内訳)
	ゴールド会員	11,000円	別紙に定めるサービス
	シルバー会員	無料	別紙に定めるサービス
介護保険料等			
	要支援1～2	介護予防特定施設入居者生活介護のサービスを提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示額とし、当該指定介護予防特定施設入居者生活介護が法定代理受領サービスである時は、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。	
	要介護1～5	特定施設入居者生活介護のサービスを提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示額とし、当該特定施設入居者生活介護が法定代理受領サービスである時は、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。	
	自立	入居に伴うサービス提供の対価は、必要ありません。	
賃貸住宅の家財保険	別途、家財保険に加入していただきます		

### 介護報酬告示上の額

当施設が所在する北名古屋市は地域区分6級地であり、1単位を10.27円として利用料を算出する。

#### 1. 特定施設入居者生活介護費

介護度	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	自立
単位	183	313	542	609	679	744	813	—

## 2. 特定施設入居者介護 加算

加算項目	単位
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200 単位/月
夜間看護体制加算Ⅱ(介護予防を除く)	9 単位/日
協力医療機関連携加算	100 単位/月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10 単位/月
退院・退所時連携加算(介護予防を除く)	30 単位/日
退去時情報提供加算	250 単位/回 医療機関に退去時、情報提供した場合
新興感染症等施設療養費	240 単位/日 連続する5日を限度とする
口腔・栄養スクリーニング加算	20 単位/回 6月に1回を限度とする
ADL維持等加算(Ⅰ)	30 単位/月
ADL維持等加算(Ⅱ)	60 単位/月
看取り介護加算	死亡日 45 日前～31 日前 72 単位/日
	死亡日 30 日前～4 日前 144 単位/日
	死亡日前々日～前日 680 単位/日
	死亡日 1280 単位/日
科学的介護推進体制加算	40 単位/月
※サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22 単位/日
※サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 単位/日
※サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6 単位/日
①介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位の8.2%を乗じた単位数(1月につき)
②介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位の1.2%を乗じた単位数(1月につき)
③介護職員等ベースアップ等支援加算	介護報酬額の合計の1.5%を乗じた単位数(1月につき)
④介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	介護報酬額の合計の12.2%を乗じた単位数(1月につき)

※サービス提供体制強化加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)は、条件を満たしたいずれかを算定します。

※①②③は令和6年5月まで算定

※④は令和6年6月より算定

## 6. 虐待の防止について

当施設では、入居者様等の人権の擁護・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虐待防止に関する専任の担当者を選定します。

虐待防止に関する担当者:管理者 山本新

②苦情解決体制を整備しています。

③従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

④虐待防止委員会を設置しています。

⑤サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族)による虐待を受けたと思われるご入居者様を発見した場合は、速やかにこれを市町村に報告します。

7. その他

サービス付き高齢者向け住宅の登録	あり	なし
登録番号 愛知11009(3)		
サービス付き高齢者向け住宅設置運営指導指針の不適合事項		
なし		
あり	(その内容)	

添付書類:「上乗せサービス」

本書面、および上乗せサービスに基づいて医療法人羊蹄会るど風の風西春職員から上記重要事項の説明を受け承しました。

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求めます。

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 年 月 日

説明者署名