

重 要 事 項 説 明 書

(特別養護老人ホーム福寿草)

利用者()に対する施設介護サービス提供開始にあたり、

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	「福寿草」
事業者の所在地	浜田市治和町40番地5
法人種別及び法人名	社会福祉法人 たつの会
代表者	リジチョウ ヤマネ タケン 理事長 山根 毅
電話番号	0855-24-7366
ファックス番号	0855-27-3666

2、ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム 福寿草
指定番号	島根県3290700065号
施設の所在地	浜田市治和町40番地5
施設長氏名	ナカタニ トヨコ 中谷 豊子
電話番号	0855-24-7366
ファックス番号	0855-27-3666

3、ご利用施設であわせて実施する事業

施設サービスの種類 ユニット型(個室)地域密着型特別養護老人ホーム

4、施設理念と介護方針

施設理念	①自己決定の尊重 ②残存能力の活用 ③生活の継続性の維持
------	------------------------------------

介護方針	1・職員は、個人の生活習慣を尊重する。 2・職員は、責任と誇りを持ち『ゆっくり』と『いっしょ』に『笑顔』と『情熱』と『優しさ』を持って介護を実施する。 3・職員は、食事・排泄・入浴・口腔ケアの充実を図る。 4・職員は、身体拘束及び虐待のない介護を実施する。
------	---

5、目的及び運営方針

目的	利用者の生活の安定及び生活の充実並びに家族の身体的及び精神的負担の
----	-----------------------------------

	軽減を図ることを目的とする。
--	----------------

運営方針	ホームは、少数の居室及び当該居室に近接して設けられる共同生活室（以下「ユニット」という。）ごとにおいて【施設サービス計画】に基づき、利用者の居宅における生活への復帰を念頭におき、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配慮しながら、各ユニットにおいて、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、栄養管理、健康管理及び療養上の世話を行なうことにより、利用者が相互に社会的関係を築きながら利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指すものとする。 ホーム及び事業所（以下「施設」という。）は、地域や家庭との結びつきを重視しながら浜田市及び江津市や介護保険サービス提供者等と密接な連携を図るものとする。
------	---

6. 施設の概要

（１）敷地および建物

敷地		浜田市治和町40-5 面積3306.01㎡
建物	構造	鉄骨造り合金メッキ鋼板ぶき平家建
	延べ床面積	1362.83㎡
	利用定員	29人：29室個室（れんげ10人・すみれ10人・なのはな9人） 3ユニット

（２）居室

居室の種類	室数	面積	
個室	29	24室 15.36㎡	5室（居室内便所あり） 17.92㎡

（３）その他主な設備

設備の種類	数	面積
食堂	3	124.38㎡
機能訓練室		
一般浴室	3	25.1 ㎡
機械浴室	1	21.3 ㎡
便所（個室）	4	12 ㎡
医務室	1	14.4 ㎡

7. 職員体制（主たる職員）

従業者の種類	員 数	区分				事業者の 指定基準
		常勤		非常勤		
		専	兼	専	兼	

施設長	1	1				1
生活相談員	3	1	2			1
介護職員	15	11	2	2		10
看護職員	3	2	1			1
機能訓練指導員	1		1			1
介護支援専門員	1	1				1
医師	1			1		1
(管理)栄養士	1	1				1

8.(1)職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制			
施設長	勤務時間帯（ 8:30～17:30 ）			常勤で勤務
生活相談員	勤務時間帯（ 8:30～17:30 ）			
介護職員	早出 A	6:30～15:30		最低配置
	早出 B	6:30～15:30		
	早出 C	7:00～16:00		
	日勤	10:00～19:00		
	夜勤 A	16:00～翌9:00		
	夜勤 B	17:00～翌10:00		
介護支援専門員	勤務時間帯（ 8:30～17:30 ）			
看護職員	早出	6:00～15:00		1名
	遅出	10:00～19:00		1名
	夜勤	16:00～翌9:00		1名
機能訓練指導員	看護職員兼務			
医師	毎週 水・木 曜日			
(管理)栄養士	勤務時間帯（ 8:30～16:00 ）			常勤で勤務

土・日・祝日は上記と異なります。

(2)職務内容

施設長	施設長は、施設の業務を統括すると共に福祉は介護のみでは完結しないことを踏まえて、老人福祉法の理念と社会福祉法人としての役割を職員に伝え指導する。施設長に事故があるときは、あらかじめ施設長が定めた職員が施設長の職務を代行する。
医師	医師は、利用者及び職員の診察、健康管理及び保健衛生指導に従事する。
介護支援専門員	介護支援専門員は、居宅生活への復帰を念頭に置きながら【施設サービス計画書】を作成、実施状況を把握、必要があれば計画を変更してお客様の満足度を確保する。
生活相談員	生活相談員は、利用者の生活相談、面接、身上調査並びに利用者処遇の企画及び実施に関することに従事する。又、常に介護支援専門員との連携を図りサービス計画につなげる。
介護職員	介護職員は、利用者の日常生活の介護、援助に従事する。
看護職員	看護職員は、利用者の診療の補助及び看護並びに保健衛生管理に従事する。看護責任者は、医師の指示を受け、看取り介護に係る体制整備を図る。

管理栄養士（又は栄養士）	管理栄養士（又は栄養士）は、献立作成、栄養管理・栄養ケアマネジメント、経口摂取への移行、療養食の提供、栄養量計算及び食事記録、調理員の指導等の食事業務全般並びに栄養指導に従事する。
機能訓練指導員	機能訓練指導員は、利用者が日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う。

9. 施設サービスの概要

（１）介護保険給付サービス

種類	内容	備考
食事の介助	・ 栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。（ただし、食材料費は給付対象外です。） ・ 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 8:00～10:00 - 昼食 11:30～13:30 - 夕食 17:30～19:30	
排泄の介助	・ 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。	
入浴の介助	・ 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の入浴も可能です。	
着替え等の介助	・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・ 生活のリズムを考えて、適時着替えを行うように配慮します。 ・ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。 ・ シーツ交換は週1回、寝具の消毒は月1回実施します。	
機能訓練	・ 機能訓練指導員（所有資格：【准】看護師）入所者の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。	
健康管理	・ 医師により、必要に応じて診察を設けて健康管理に努めます。また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 （非常勤医師）	

	医療法人慈誠会 山根病院 山根 毅 竹田歯科医院 竹田 岳史	
相談及び援助	・当施設は、入所者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ可能な限り必要な援助を行うよう努めます。	

① 介護報酬に係る利用者負担金 (介護保険法改正により変動します。)

※詳しくは負担割合証をご覧ください。(2割負担の場合は下記金額の2倍、3割負担の場合は3倍となります)

区分	金額(単位)		
1) 基本額 (1割負担の場合)	要介護 1	682 円	(1日)
	要介護 2	753 円	〃
	要介護 3	828 円	〃
	要介護 4	901 円	〃
	要介護 5	971 円	〃

※詳しくは負担限度額認定証をご覧ください。

2) 加算額	(Ⅰ) 初期加算	30 円	入所日から30日以内。*1
	(Ⅱ) 栄養マネジメント強化加算	11 円	1日あたりの負担額です。
	(Ⅲ) 療養食加算	6 円	1食あたりの負担額です。 * 2
	(Ⅳ) 看護体制加算(Ⅰ)イ	12 円	1日あたりの負担額です。
	(Ⅴ) 看護体制加算(Ⅱ)イ	23 円	1日あたりの負担額です。
	(Ⅵ) 日常生活継続支援加算(Ⅱ)	46 円	1日あたりの負担額です。
	(Ⅶ) 個別機能訓練加算(Ⅰ)	12 円	* 2
	(Ⅷ) 福祉施設外泊時費用	246 円	* 月に6日限度 *2
	(Ⅸ) 退所時相談援助加算	400 円	1日あたりの負担額です。
	(Ⅹ) 経口移行加算	28 円	1日あたりの負担額です(管理栄養士配置に限る)
	(ⅩⅠ) 経口維持加算(Ⅰ)	400 円	1月あたりの負担額です(管理栄養士配置に限る)
	(ⅩⅡ) 経口維持加算(Ⅱ)	100 円	1月あたりの負担額です(管理栄養士配置に限る)
	(ⅩⅢ) 夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ	61 円	1日あたりの負担額です。
	(ⅩⅣ) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 利用総額の1000分の140		
		72 円	死亡日以前31日以上45日以下
	(ⅩⅤ) 看取り介護加算(Ⅰ)	144 円	死亡日以前4日以上30日以下
		680 円	死亡日の前日及び前々日
		1,280 円	死亡日
	(ⅩⅥ) 退所前後訪問相談援助460円(入所中1回・退所後1回)		* 2

※加算内容は別表1参照

* 1 30日以上入院をしていた方が退院された場合にも加算されます。

* 2 利用者により加算される項目が違います。

② 運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」（全額、自己負担）

区分	金額（単位）	内容の説明
1) 食費基準費用額	1日 1,700円	食事に対する材料費及び調理費用*3
2) 居住費	1日 2,066円	施設生活のガス水道光熱費他等（入院期間も費用負担が発生します。）*3
3) 健康管理費	実費	インフルエンザ、コロナウイルス予防接種 等
4) クラブ活動	実費	材料費
5) 電気代	テレビ・電気毛布 各1,500円/月 電気あんか 600円/月	1ヶ月 1ヶ月
6) 理美容 （外部委託）	カット、丸刈り 2,300円～3,100円	外部委託先に振込にてお支払いをお願いします
7) クリーニング	実費	施設は介在せず利用者と業者の直接取引となります
8) 電話使用料	実費	希望により電話を使用した場合の費用 3分程度・・・固定電話10円/回 携帯電話30円/回
9) 日常生活費	実費	日常生活に必要とする物で、ご負担いただくことが適当である物をご用意ください。 ティッシュ、歯ブラシ、舌ブラシ、歯磨き粉 義歯洗浄剤、口腔ケアスポンジ、ジェル、ミスト 保湿クリーム、個別のシャンプー、リンス等
10) 嗜好品費	実費	通常提供させていただく食事やおやつ以外に、希望される飲み物やおやつ等の嗜好品 その他嗜好品
9) その他の料金	実費	利用者様に負担頂く事が適当であると認められたもの（衣類、靴など）

・ 別途消費税がかかります。

*3 居住費及び食費については、介護保険負担限度額の認定を受けている入所者の場合、その認定証に記載された金額を1日あたりの利用料金とします。なお、入院期間中においても居住費をいただくことになっております。なお、外泊・入院した場合、居住費については6日間を限度に算定します。

③ 介護保険負担限度額認定者

食事の提供に要する費用 （介護保険負担限度額認定者）	第1段階認定者	300 円/ 日
	第2段階認定者	390 円/ 日
	第3段階①認定者	650 円/ 日
	第3段階②認定者	1,360 円/ 日
居住に要する費用 （介護保険負担限度額認定者）	第1段階認定者ユニット型個室	880 円/ 日
	第2段階認定者ユニット型個室	880 円/ 日
	第3段階認定者ユニット型個室	1,370 円/ 日

10、苦情等申立先

・浜田市役所 健康医療対策課 浜田市殿町1番地
0855-25-9320
(受付時間 8:30~17:15)

医療機関の名称	独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター
院長名	栗栖 泰郎
所在地	浜田市浅井町777番地12

電話番号	0855-25-0505
診療科	紹介された診療科もしくは医療センターの初診医師により決定された診療科となる
入院設備	有り
概要	緊急時に病院と連絡をとり、診療又は検査、入院等の依頼を行う。

医療機関の名称	竹田歯科医院
医師名	竹田 岳史
所在地	島根県浜田市周布町イ434-1
電話番号	0855-27-1032
診療科	歯科

12、緊急時の対策と対応

1、介護事故等の対応

(1) 利用者及び家族への対応

介護事故が発生した場合、まず当施設において利用者に対して可能な限りの緊急処置を行います。すみやかに所属長へ報告し、施設で対応できない場合には、協力医療機関の山根病院へ移送し担当医師の指示を得ます。処置が一段落すれば、できるだけ速やかに利用者や家族等に誠意を持って説明し、家族の申し出についても誠実に対応します。

介護事故により施設が賠償責任を負った場合は、「賠償責任事故に関わる重要事項説明書」をもとに対応します。

利用者への処置が一通り完了した後、できるだけはやく介護事故報告書を作成します。

(2) 行政機関への報告

介護事故や利用者が死亡するなど重大な事態が発生した場合、速やかに浜田市・江津市へ報告を行います。

2、病状急変時等の対応

利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに家族及び主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関の山根病院に連絡し指示を得て適切な対応をします。

また、昼夜を問わず24時間いつでもオンコール等で職員の対応を求めることができます。

職員は速やかに適切な対応を行うものとし、医療的処置が必要と判断した場合、待機の看護職員に連絡します。利用者が、予め緊急連絡先を契約時に届けている場合は、医療機関への連絡と共に、その緊急連絡先へも速やかに連絡を行い、救急車対応を行うものとします。

3. 非常災害時の対策

非常時の対応	「運営規程」にのっとり対応を行います。 下記参照			
平常時の訓練等	「特別養護老人ホーム福寿草運営規程」に従って、消火通報及び避難訓練を原則として少なくとも年2回は実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	屋内消火器	あり

	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	あり	漏電火災報知機	あり
	防災扉・シャッター	あり	非常用電源	あり
	カーテン、布団等は防災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：令和7年2月1日 防火管理者：椋木 舞			

※運営規程 第7章 非常災害対策（災害・非常時への対応）

施設は、消防法令に基づき、防火管理者を選任し、消火設備、非常放送設備等、災害・非常時に備えて必要な設備を設けるものとする。

2 施設は、消防法令に基づき、非常災害等に対して防災委員を定め、具体的な消防計画等の防災計画をたて、職員及び利用者が参加する消火、通報及び避難訓練を原則として少なくとも年2回は実施する。そのうち年1回以上は夜間訓練又は夜間を想定した訓練とし、さらに昼間の災害を想定した訓練を実施するものとする。

3 利用者は健康上又は防災等の緊急事態の発生に気づいた時は、ナースコール等最も適切な方法で、職員に事態の発生を知らせるものとする。

4 施設の火災通報装置は、煙感知や熱感知の作動によって、自動的に消防署に通報される装置となっている。また、居室の全てにスプリンクラー装置が設置されている。

5 備蓄食料品は、1日間とする。 （1食以降は委託業者対応可能）

13、身体拘束について

施設は、利用者の身体拘束は行いません。万一、利用者又は他の利用者、職員等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合には家族の「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」に同意を受けた時にのみその条件と期間内にて身体的拘束等を行うことができます。

14、人権の擁護及び虐待の防止のための措置について

施設は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、次の措置を講ずるものとします。

- (1) 人権の擁護、虐待の防止等に関する責任者の選定及び必要な体制の整備
 - (2) 成年後見制度の利用支援
 - (3) 虐待の防止を啓発・普及するための職員に対する研修の実施
 - (4) 事業所は、利用者的人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、また虐待の防止に必要な措置を講じるとともに、虐待を受けている恐れがある場合はただちに防止策を講じ市へ報告するものとする
- 2 職員は、利用者に対し、以下のような身体的苦痛を与え、人格を辱める等の虐待を行ってはなりません。
- (1) 殴る、蹴る等直接利用者の身体に侵害を与える行為
 - (2) 合理的な範囲を超えて長時間一定の姿勢をとるよう求める行為及び適切な休憩時間を与えずに長時間作業を継続させる行為
 - (3) 廊下に出したり、小部屋に閉じ込めるなどして叱ること
 - (4) 強引に引きずるようにして連れて行く行為
 - (5) 食事を与えないこと

- (6) 利用者の健康状態からみて必要と考えられる睡眠時間を与えないこと
- (7) 乱暴な言葉使いや利用者をけなす言葉を使って、心理的苦痛を与えること
- (8) 施設を退所させる旨脅かす等言葉による精神的苦痛を与えること
- (9) 性的な嫌がらせをすること
- (10) 当該利用者を見捨てること

15、第三者評価について

第三者評価の実施はありません。

16、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、面会時間を厳守し、必ずその都度面会票に記載し職員に届出てください。
外出	外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。
嘱託医師以外の医療機関への受診	原則、施設で対応します。
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ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくこともございます。
喫煙・飲酒	施設内は禁煙とします。 飲酒は決めた場所(食堂)にてお願いします。施設長の許可が必要です。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮ねがいます。また、むやみに他の入所者の居室等に立ちいらないようにしてください。
所持品の管理	利用者自身または家族の方が管理してください。但し、物(薬剤)により施設側が管理するべきものがある場合、預からせていただきます。 危険物の持込みは禁止します。(刃物、針)
現金等の管理	利用者自身または家族の方が管理してください。
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下さい
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みは禁止します。

※私は、本書面に基づいて職員(職名 _____ 氏名 _____) から
上記重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者 _____ 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

署名を代行した場合はその理由

・手が不自由な為

・その他(_____)

郵便番号 _____

利用者の家族 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

続柄 _____