

重 要 事 項 説 明 書

ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

当事業所は、ご契約者に対して地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 福富会
事業者の所在地	東広島市福富町久 ^く 芳 ^{ほう} 3416 番地
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 川森允見
電話番号	082-430-1250

2. ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム 神郷の家
指定番号	3492500073 号
施設の所在地	東広島市福富町久 ^く 芳 ^{ほう} 3416 番地
管理者名	施設長 石田洋平
電話番号	082-430-1250

3. 併設施設で実施する事業

(介護予防) 通所介護 ・ (介護予防) 短期入所生活介護

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的 この事業は、要介護 3 から 5 の認定を受けた入居者が、可能な限り、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、入浴、排泄、食事、健康管理及びその他生活全般にわたる援助を提供することを目的とします。

運営の方針 施設は、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ち、地域密着型施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、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、自立的な日常生活を営むことを支援します。

- 2 施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

5. 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地		3089.80 m ²
建物	構造	鉄骨造 2階建
	延べ床面積	2387.22 m ²
	利用定員	29 名

(2) 居室

居室の種類	室数	面積	1人あたりの面積
1人部屋	29 室	451.4 m ²	15.56 m ² (約 9.5 畳)

(3) その他主な設備

設備の種類	室数	面積	1人あたりの面積
食堂及び 機能訓練室	3	222.48 m ²	7.6 m ²
一般浴室	3	28.65 m ²	
特殊浴室	1	42.00 m ²	
便所 (個室)	29	52.2 m ²	1.8 m ² (各居室に設置)
医務室	1	13.69 m ²	

6. 職員体制

従業者の種類	員数	区分				常勤換算後の員数	事業者の指定基準
		常勤		非常勤			
		専	兼	専	兼		
管理者	1		1				1
生活相談員	1		1				1
介護職員	20	14		6		17.0	11
看護職員	2	1	1			2.0	1
介護支援専門員	2		2			1.0	1
医師	1			1			1
管理栄養士	1	1				1.0	1
機能訓練指導員	1		1				1

7. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休 暇
管理者	勤務時間帯（9：00～18：00）兼務で勤務	4週8休
生活相談員	勤務時間帯（9：00～18：00）兼務で勤務	4週8休
介護職員	早出（ 7：30～16：30） 日勤（ 9：00～18：00） 遅出（10：00～19：00） 夜勤（16：30～10：00）	原則として 4週8休
看護職員	勤務時間帯（9：00～18：00）	4週8休
介護支援専門員	勤務時間帯（8：30～17：30）兼務で勤務	4週8休
医師	毎週 火曜日 西条中央病院 9：30～12：00 毎週 金曜日(祝日は除く)早志歯科診療所 9：30～17：00	
管理栄養士	勤務時間帯（9：00～18：00）	4週8休
機能訓練指導員	勤務時間帯（9：00～18：00）兼務で勤務	4週8休

8. 入居の受入基準

東広島市に住所を置いている方で、要介護認定の結果、「要介護3から5」と認定された方が対象となります。

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 ・栄養の管理	・栄養士の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バラエティに富んだ食事を提供します。（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～ 昼食 12：00～ 夕食 18：00～	
排泄の介助	・入居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。	

種 類	内 容	備 考
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 ・レクリエーション	・入居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 ・口腔衛生	・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病院等に責任をもって引き継ぎます。 (非常勤医師) 西条中央病院 早志歯科診療所	施設入居後、MRSA・HCV 抗体・HBs 抗原結核・梅毒等の健康診断を実施して頂きます。
相談及び援助	・当施設は、入居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。	
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、リフト付きの送迎車で入退所の送迎を行います。	

種 類	内 容	
1) 基本額 ※1 (単位)	1 日につき 要介護1 6 8 2 要介護2 7 5 3 要介護3 8 2 8 要介護4 9 0 1 要介護5 9 7 1	月 31 日の場合 2 1, 1 4 2 2 3, 3 4 3 2 5, 6 6 8 2 7, 9 3 1 3 0, 1 0 1

種 類	内 容	備 考
2) 加算額 ※2 (単位)	初期加算 3 0	入居から30日以内に限る。 ※3 入院後の再入居も同様
	栄養マネジメント強化加算 1 1	1 日につき
	療養食加算 6	1 食につき
	口腔衛生管理加算Ⅱ 1 1 0	1 月につき
	経口維持加算Ⅰ 4 0 0	1 月につき
	経口維持加算Ⅱ 1 0 0	1 月につき
	夜勤職員配置加算Ⅱイ 4 6	1 日につき
	外泊時費用 2 4 6	月に6日を限度とする。
	再入所時栄養連携加算 2 0 0	1 回
	サービス提供体制強化加算Ⅲ 6	1 日につき
	看護体制加算Ⅰイ 1 2	1 日につき
	看護体制加算Ⅱイ 2 3	1 日につき
	安全対策体制加算 2 0	入居月のみ
	科学的介護推進体制加算Ⅰ 4 0	1 月につき
	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1 月につき所定単位数の0. 1 3 6
	日常生活継続支援加算Ⅱ 4 6	1 日につき
	協力医療機関連携加算 1 0 0	1 月につき
	退所時情報提供加算 2 5 0	1 回
	退所時栄養情報連携加算 7 0	1 回

- ※1 夜勤配置体制が基準を満たしていない場合及びユニットにおける職員に係る基準を満たしていない場合にはその翌々月から97%に減算されます。
- ※2 加算の算定及び変更：介護サービス提供体制に応じて算定されます。
- ※3 30日を超える入院をしていた方が退院（再入居）された場合にも加算されます。

(注意)

上記の表示単位は、入居者が負担する料金（介護保険給付の1割）です。1単位＝10円で算出した概算です。実際の負担は、地域区分7級地適用により1単位＝10.14円で計算されます。

一定以上の所得のある入居者は、負担する料金が介護保険給付の2～3割になります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

区 分	金 額	内容の説明
1) 食 費	1 日 1, 4 4 5 円	食事に係る材料費及び調理費用 ※1
2) 居住費	1 日 2, 0 6 6 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。） ※1
3) 預り金管理料	1 月 5 0 0 円	印鑑・通帳等を預かる場合
4) 健康管理費		予防接種 等
5) クラブ活動	実 費	材料費
6) 使用料	テレビ ・ 5 0 0 円 電気毛布 ・ 5 0 0 円	1 月分 1 月分
7) 理美容	1, 5 0 0 円	毎月 1 回
8) クリーニング	実 費	私物の上着・ズボン等クリーニング費用
9) 複写物	1 枚 1 0 円	
10) 特別な食事	実 費	入居者が選定する特別な食事に係る費用

- ※1 食費及び居住費について、介護保険負担限度額の認定を受けている場合、その認定証に記載された金額を1日あたりの上限として料金を負担していただきます。
- 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。
- 介護保険負担限度額の認定を受けている方は外泊・入院した場合、居住費については、認定証に記載された額を6日間を限度に算定します。

(入院期間中の取り扱い)

施設は、入院後おおむね3ヶ月以内の退院が明らかに見込まれる場合には、入居者本人及び家族の希望等を勘案して、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び施設に円滑に入居できるように配慮します。

10. 苦情等申立先

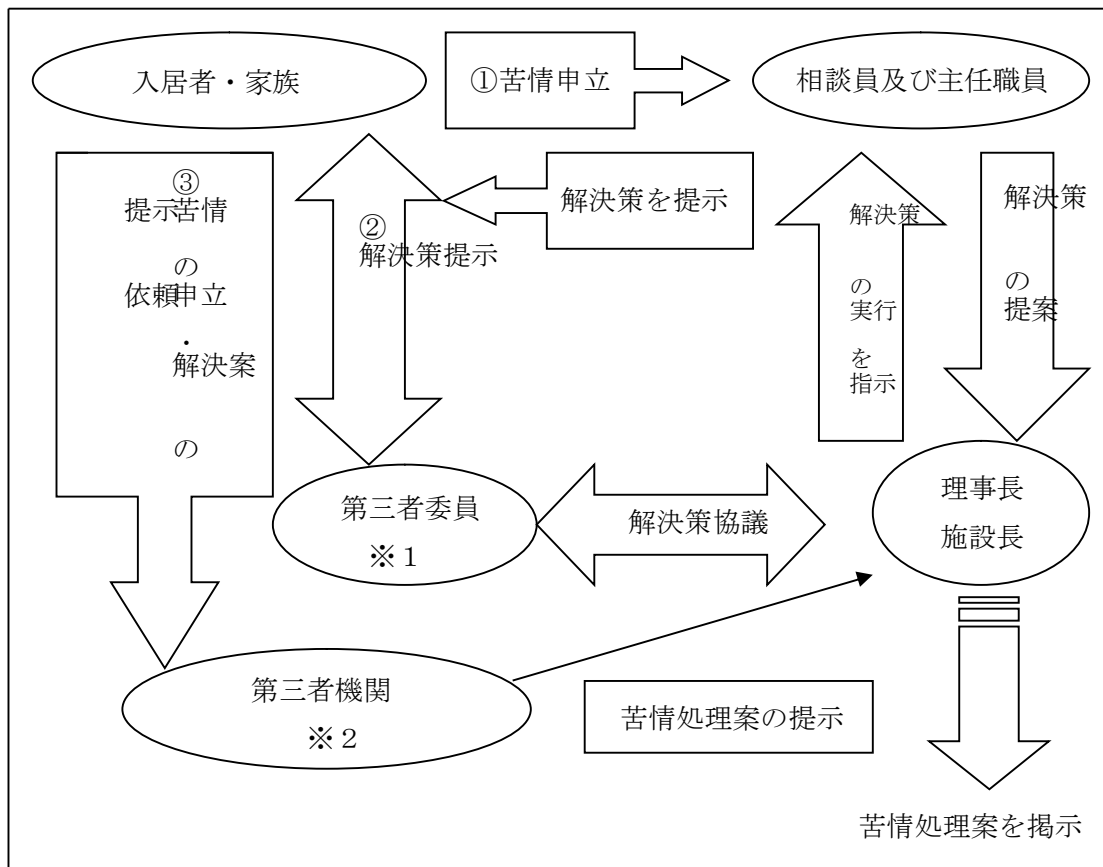
当施設の苦情相談室 苦情受付担当者 生活相談員・石田 洋平

苦情解決責任者 理事長 ・川森 允見

ご利用時間 毎日午前9時～午後5時

ご利用方法 TEL 082-430-1250 FAX 082-430-1251

入居者及びその家族は、提供されたサービスに関して苦情がある場合には、事業者・現場主任・相談員や市町村又は国民健康保険団体連合会・広島県福祉サービス運営適性化委員会に対して、苦情を申し出ることができます。その場合には迅速かつ誠実に対応します。



※1 第三者委員

早志 美男	東広島市福富町久芳 2865	電話 082-435-2109	9:00～17:00
大久保 高由	東広島市福富町久芳 5165	電話 082-435-3037	9:00～17:00

※2 第三者機関

受付時間(平日)

国民健康保険団体連合会	広島市中区東白島町 19-49	082-554-0783	8:30～17:15
東広島市介護保険課	東広島市西条栄町 8-29	082-420-0937	8:30～17:15
広島県福祉サービス運営適性化委員会	広島市南区比治山本町 12-2	082-254-3419	8:30～17:00

1 1. 協力病院等

医療機関の名称	早志歯科診療所
医師名	柳河 友見
所在地	東広島市西条昭和町 13 - 37
電話番号	082 - 423 - 9195
診療科	歯科

医療機関の名称	西条中央病院
院長名	村下 純二
所在地	東広島市西条昭和町 12 - 40
電話番号	082 - 423 - 3050
診療科	外科、内科
入院設備	有り
概要	緊急時に病院と連絡を取り、診療又は検査、入院等の依頼を行う。

1 2. 事故発生時の対応

介護事故が発生した場合、まず当施設において入居者に対して可能な限りの緊急処置を行います。

すみやかに施設長へ報告し、施設で対応できない場合には、主治医又は協力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入居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同意書」をもとに対応します。

入居者への処置が一通り完了した後、できるだけ早く介護事故報告書を作成します。事故の概要、入居者の状況、現在の治療、今後の見通し及び入居者等への説明した内容などを記録簿に必ず記載しておきます。

(2) 行政機関への報告

介護事故や入居者が死亡するなどの事態が発生した場合、速やかに東広島市へ報告を行います。

(3) 事故発生防止及び再発防止のために、外部研修を受講した安全管理担当者を置きます。

(4) 施設は事故防止委員会を設置し、事故報告に基づき発生要因を分析し、再発防止策について職員に周知します。また本委員会は他の委員会と一体的に行う場合があります。

(5) 職員に対し年 2 回以上の研修及び新任職員に対する研修を実施します。

1 3. 感染症及び食中毒の発生及び蔓延防止体制等

施設内において感染症及び食中毒が発生及び蔓延しないよう、次の各号の措置を講じます。

- (1) 施設における感染症及び食中毒の予防や蔓延防止のための指針に沿って迅速に対応を図ります。
- (2) 施設は感染委員会を設置し、委員会を必要時に開催するとともに、その結果について職員に周知します。委員会は他の委員会と一体的に行う場合があります。
- (3) 職員に対し年2回以上の研修及び新任職員に対する研修を実施します。

1 4. 身体拘束等の適正化に向けた体制等

施設は身体拘束等の適正化に向けて次の各号に定める事項を実施します。

- (1) 施設は身体拘束適正化委員会を設置し以下の取り組みを行います。
 - ・施設内の身体拘束適正化に向けての現状把握及び改善の検討
 - ・身体拘束を実施せざるを得ない場合の検討
 - ・身体拘束を実施した場合の解除検討
 - ・身体拘束適正化に関する職員周知
 - ・身体拘束適正化に関する研修の企画なお本委員会は、場合により他の委員会と一体的に行う場合があります。
- (2) 職員に対し年2回以上、身体拘束適正化に向けた研修を実施します。
- (3) 本人又は他の入居者の生命又は身体を保護するための措置として緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、本委員会を中心に検討を行い、身体拘束による心身の損害よりも、拘束をしないことによるリスクの方が高い場合で、切迫性・非代替性・一時性の例外三要件の全てを満たした場合のみ、本人又はご家族への説明同意を得て実施します。また拘束を行う場合はその状況について記録を行いできるかぎり早期に向け解除すべく努力します。

1 5. 虐待防止体制等

施設は虐待防止に向け、各号に定める事項を実施します。

- (1) 施設は虐待防止委員会を設置します。
- (2) 本委員会は職員への研修、虐待等の報告体制、虐待発生時の再発防止等の検討を行います。なお本委員会は、場合により他の委員会と一体的に行う場合があります。
- (3) 職員に対し年2回以上、虐待防止に向けた研修を実施します。
- (4) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、施設は速やかに市町村に報告を行い、事実確認に協力します。また当該事案の発生の原因と再発防止策について、虐待防止委員会で協議し、その内容を職員に周知します。

1 6. 非常災害時の対策

平常時の訓練等は、年 2 回以上夜間および昼間を想定した避難訓練を、入居者の方も参加して実施します。				
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	防災扉・シャッター	あり
	非常階段	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
	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 3 年 7 月 2 0 日		
		防火管理者：富永優一		

1 4. 業務継続計画（BCP）

- (1) 施設は感染症や非常災害の発生において、入居者に対する介護サービス提供を継続的に実施するため及び、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講じます。
- (2) 施設は職員に対し、業務継続計画について説明し、周知するとともに必要な研修及び訓練を実施します。
- (3) 施設は定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

1 5. 運営推進会議について

- (1) 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
- (2) 当施設が行う地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護が地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。
- (3) 「運営推進会議」の構成員は、入居者様、ご家族様、地域住民の代表者、市町村の職員、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護について知見を有する者等とし、おおむね 2 ヶ月に 1 回以上会議を開催します。
- (4) 会議の内容は、事業所のサービス提供内容の報告、評価、地域との意見交換、交流等を行い、運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成し、当該記録を公表します。
- (5) 「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内及び出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願いいたします。

1 5．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し出てください。
嘱託医師以外の医療機関への受診	原則、家族の方に対応していただくことになります。
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、弁償していただく場合がございます。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた灰皿の場所以外ではお断りします。 飲酒は決められた場所にてお願いします。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	入居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べきものがある場合、預からせていただきます。
現金等の管理	原則、入居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お断りします。

____年 ____月 ____日

事業者は、入居者への地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスの提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者
特別養護老人ホーム かみごう 神郷の家
説明者

氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスの提供開始に同意しました。

入居者

〒 _____

住所： _____

氏名 _____ (印)

代理人

〒 _____

住所： _____

氏名 _____ (印)

本人との続柄 _____

立会人

〒 _____

住所： _____

氏名 _____ (印)

本人との続柄 _____