

重 要 事 項 説 明 書

指定地域密着型介護老人福祉施設サービスを提供するに当たり、「下松市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（下松市条例第35号）の第60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

事業所の名称	社会福祉法人 元気の会
主たる事務所の所在地	下松市大字山田256番地
法人の種別	社会福祉法人
代表者の氏名	奥村 三郎
電話番号	(0833) 47-1717

2 利用施設

施設の名称	地域密着型特別養護老人ホーム ほがらか
施設の所在地	下松市大字山田256番地
事業所番号	3590700146
施設長の氏名	吉長 恵子
電話番号	(0833) 47-1717
FAX番号	(0833) 47-1718

3 利用施設が併せて実施する事業

事業の種類	指 定	指定年月日	事業所番号	利用定員
短期入所生活介護	山口県	平成27年6月1日	3570701031	10名

4 施設の目的と運営方針

施設の目的	要介護の高齢者に対して、適切なユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設サービスを提供することを目的とします。
施設の運営方針	<ul style="list-style-type: none"> ① 入居者同士、職員とのなじみの関係の中で、入居者が要介護の状態にあっても、自分の生活リズムを大切にしながら、自分らしく自立した生活を送ることができるよう支援します。 ② 入居者の家族や地域との結びつきを重視した運営を行い、地域密着型の施設として家族が気軽に面会等ができる運営を行うとともに、地域の児童をはじめ住民との交流を推進します。 ③ 入居者の状態の変化や希望に応じた的確な支援ができるよう市、指定居宅介護支援事業者、指定居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健・医療・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

敷 地		2915.11 m ²		
建 物	構造		鉄骨造 4階建 耐火構造 冷暖房完備	
	延床面積		1985.76 m ²	
	入居定員		29名	
居 室	居室の種類		数	面積（壁の内側の面積）
	1人部屋	居室A	6室	11.64 m ²
		居室B	15室	12.35 m ²
		居室C	2室	12.06 m ²
		居室D	3室	12.15 m ²
	居室E		3室	11.04 m ²
	計		29室	
主な設備（短期入所生活 介護の設備 含む）	設備の種類		数	面 積
	共同生活室		4	38.44 m ²
	ホール		1	48.81 m ²
	浴室	特殊浴槽	1	18.46 m ²
		介護浴	2	6.32 m ²
		一般浴	2	6.32 m ²
	医務室		1	11.17 m ²

6 職員体制（短期入所生活介護を含む）

(単位：人)

従業者の職種	従業者 の員数	区分				常勤 換算 後 の 人員	指定基 準の員 数	保有資格			
		常勤		非常勤							
		専従	兼務	専従	兼務						
施設長	1	1				1.0	1	社会福祉主事			
医師	1				1		1	医師			
生活相談員	1	1				1.0	1	CM 兼務			
介護職員	19	8		11		13.1	11	介護福祉士(4)			
看護職員	4	3		1		3.3	1	正看(2)准看(2)			
管理栄養士	1	1				1.0	1	管理栄養士			
調理職員	3	1		2							
機能訓練指導員	1	1				1.0	1	看護師			
介護支援専門員	1	1				1.0	1	介護支援専門員			

※日中については、1ユニット毎に介護職員又は看護職員の常勤職員を常時1人以上、

夜間については、2ユニット毎に1名以上を配置します。

7 職員の勤務体制

従業員の職種	勤務体制	休暇
施設長	勤務時間帯A 8:30~17:30	1ヶ月変形労働時間制
医師	週1日(1日3時間)	
生活相談員	勤務時間帯A 8:30~17:30	
介護職員	勤務時間帯A 6:00~15:00 勤務時間帯B 8:30~17:30 勤務時間帯C 10:00~19:00 勤務時間帯D 16:00~00:00 勤務時間帯E 0:00~09:00 ※看護職員又は介護職員を、日勤勤務帯では1ユニットに1名以上、夜間勤務帯では2ユニットに1名以上配置します。 ※勤務のシフトは、各ユニットの入居者の状況により変更することがあります。	1ヶ月変形労働時間制
看護職員	勤務時間帯A 7:00~16:00 勤務時間帯B 9:00~18:00	
管理栄養士	勤務時間帯 8:00~17:00	
機能訓練指導員	勤務時間帯 8:30~17:30	
介護支援専門員	勤務時間帯A 8:30~17:30 勤務時間帯B 8:00~17:00	

摘要：介護職員、看護職員の勤務については常勤職員の時間帯を記載しています。

8 職員の遵守事項

事項	内容（運営規程第7条より抜粋）
秘密の保持	<p>① 本施設の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た入居者又は家族の秘密を漏らすことを禁じています。なお、本施設は、職員であった者に、業務上知り得た入居者又は家族の秘密を保持させるために、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持する旨を、職員との雇用契約の内容とします。</p> <p>② 本施設の職員は、サービス担当者会議等において、入居者の個人情報を用いる場合にはその入居者の同意を、入居者の家族の個人情報を用いる場合はその家族の同意を、あらかじめ文書により得るものとします。</p>

9 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付によるサービス

種 別	内 容
食 事	<p>【食事時間】</p> <p>朝 食 7：30～9：00 昼 食 12：00～13：30 夕 食 17：20～18：50</p> <p>【食事場所】</p> <p>食事は、できる限り離床して共同生活室で食べていただくよう配慮します。</p> <p>【その他】</p> <p>食べられないものやアレルギーのある方は、事前にご相談ください。</p>
排 泄	ご入居者の身体能力に応じて、トイレ誘導、ポータブルトイレの配置、オムツの使用など適切に排泄介助を行い、排泄の自立を援助します。
入 浴	<p>【入浴日】</p> <p>毎週 月曜日、火曜日、水曜日、木曜日、金曜日、土曜日</p> <p>※入浴日は施設の行事その他の理由により変更する場合があります。</p> <p>※予定の入浴日に入浴できなかった方は、他の入浴日に入浴していただく、あるいは清拭を行うなどの方法により身体の清潔に努めます。</p>
離床 着替え 整容 その他	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活にリズムができるよう定期的に着替えを行うよう配慮します。 ・適切な整容を行い、ご入居者お一人お一人の尊厳に配慮します。 ・シーツの交換は週1回、寝具の消毒は定期的に行います。 ・衣類の洗濯は、当施設で随時行います。
機能訓練	ご入居者の状態やご希望に応じて機能訓練を行い、身体機能や精神機能の低下防止に努めます。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医師による診察を行い、ご入居者の健康管理に努めます。 ・緊急必要な場合には、適切に協力医療機関等に引き継ぎます。 ・外部の医療機関に通院される場合は、できる限り介添えの協力をいたします。
相談及び 援助	行政機関への各種手続きなど、ご入居者本人、ご家族からの相談に応じ、可能な限り必要な援助を行います。 ※相談担当者 福本和弘

(2) 保険給付以外のサービス

種 別	内 容
理美容	定期的に来訪される「訪問理美容」、施設行事の個別外出等の機会に理髪店又は美容院をご利用ください。 ※専門技術を必要としない髪の手入れにつきましては、ご要望により当施設の介護職員が行います。
金 銭 出 納 管 理	ご入居者の日常的な生活費用に関する金銭の出納管理について、ご希望に応じます。 ※ご希望された場合は、山口銀行下松支店の口座を開設していただき、その出納を管理します。 ※出納の管理につきましては、ご入居者本人又はご家族に毎月報告します。
教 養 娱 樂 等	音楽などのクラブ活動、季節行事、レクリエーションなどを行い、施設での生活が実りあるものとなるように努めます。 ※本施設に併設した放課後児童クラブに通所する子どもたちとの交流行事もを行い、よりいきいきとされた生活を送れるよう努めます。

□地域密着型施設サービス計画の作成

あなたの地域密着型施設サービス計画の作成を担当するのは、介護支援専門員の福本和弘です。計画の変更などご希望がありましたら遠慮なくお申し出ください。

10 利用料

(1) 介護保険給付

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額 (施設介護サービス費の1割、2割又は3割) ※3割の取り扱いは平成30年8月1日より実施
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額 (施設介護サービスの基準額と同じ)

▽高額介護サービス費のお手続き

高額介護サービス費とは、1ヵ月に支払った利用者負担の合計が、負担限度額を超えた時に、超えた分が払い戻される制度です。詳しくは、市の窓口か当施設の相談担当者にお尋ねください。

(2) 介護保険給付外のサービス

区分	利用料										
食事費用	<p>1) 食事費（食材費+調理費） 1日 1,800円（おやつ代を含む） (朝食360円、昼食720円、夕食720円)</p> <p>2) ご利用者負担額</p> <table> <tbody> <tr> <td>利用者負担第1段階の方</td><td>300円／日</td></tr> <tr> <td>利用者負担第2段階の方</td><td>390円／日</td></tr> <tr> <td>利用者負担第3段階①の方</td><td>650円／日</td></tr> <tr> <td>利用者負担第3段階②の方</td><td>1,360円／日</td></tr> <tr> <td>利用者負担第4段階の方</td><td>1,800円／日</td></tr> </tbody> </table> <p>※1) 食事費と2) ご利用者負担額の差額は、下松市から当施設に補足給付されます。</p>	利用者負担第1段階の方	300円／日	利用者負担第2段階の方	390円／日	利用者負担第3段階①の方	650円／日	利用者負担第3段階②の方	1,360円／日	利用者負担第4段階の方	1,800円／日
利用者負担第1段階の方	300円／日										
利用者負担第2段階の方	390円／日										
利用者負担第3段階①の方	650円／日										
利用者負担第3段階②の方	1,360円／日										
利用者負担第4段階の方	1,800円／日										
特別食の提供	通常の献立とは別に、特別な食事を希望された場合は、その食事の提供に係る実費をご負担願いますのでご了承ください。										
居住費用	1日 2,066円										
医療費の支払い	<p>①当施設の嘱託医師による健康管理や療養指導は介護保険給付サービスに含まれています。</p> <p>②上記以外の医療保険適用に係る経費は、ご入居者の自己負担となります。</p>										
日常生活に係る費用	<p>衣類の購入その他日常生活に必要な経費でご入居者本人に係るものは自己負担となります。</p> <p>※おむつ代は除きます。</p>										

【利用料等のお支払い方法・支払い期日】

上記以外の方	当月分を翌月20日までに現金のご持参又は口座振込によりお支払ください。
--------	-------------------------------------

11 苦情等受付窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情等がございましたら、下記にお申し付けください。

受付窓口	〈受付担当者〉 生活相談員 竹中光子 〈連絡先〉 電話番号 (0833) 47-1717 FAX番号 (0833) 47-1718 ※緊急の場合以外は、月～金曜日の午前8時30分から午後5時30分までの間にお願いいたします。
------	---

【当施設以外の苦情受付機関】

機関名	所在地	電話番号
下松市長寿社会課 介護保険係	下松市大手町 3-3-3	(0833) 45-1831
山口県国民健康保険団体連合会	山口市朝田 1980-7	(083) 995-1010
山口県福祉サービス運営適正化委員会（福祉サービス苦情解決委員会）	山口市大手町 9-6	(083) 924-2837

【当施設における苦情処理手順】

手順	内容
苦情の受付	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情受付担当者は、ご入居者からの苦情を随時受け付けます。 ・受付に際して、苦情の内容等を書面に記録し、その内容について苦情申し出ご本人に確認します。
苦情の報告と確認	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情受付担当者は、受け付けた苦情を苦情解決責任者及び第三者委員に報告します。(ただし、苦情申出ご本人が第三者委員への報告を明確に拒否する意思表示をされた場合を除く。)
苦情解決に向けての話し合い	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決責任者は、苦情申出ご本人との話し合いによる解決に努めます。 ・話し合いにおいて、苦情申出ご本人は第三者委員に助言又は立ち会いを求めることができるものとし、苦情解決責任者もまた同様とします。
苦情解決の記録・報告	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の記録・報告は次により行います。 <ol style="list-style-type: none"> ①苦情受付担当者は、苦情受付から解決・改善までの経過と結果について書面に記録します。 ②苦情解決責任者は、一定期間内毎に苦情解決の結果について第三者委員に報告し必要な助言を受けます。 ③苦情解決責任者は、苦情申出ご本人及び第三者委員に対して一定期間経過した後報告します。
解決結果の公表	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決責任者は、個人情報に関するものを除き、解決結果を事業報告書等に掲載し公表します。
解決困難な苦情の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・解決困難な苦情の解決は、山口県福祉サービス利用援助事業等運営適正化委員会に委ねます。

12 緊急時の対応

当施設においてサービスを提供しているとき、ご入居者に病状が急変するなど緊急の状態が発生した場合は、速やかに主治医又は協力医療機関へ連絡を行う等必要な措置を講じます。

13 事故発生時の対応及び損害賠償

(1) 事故発生時の対応

項目	内 容
ご入居者の状態確認	事故の発見者は、ご入居者の状態（意識、呼吸、脈の有無、顔色、けがの有無及び程度、その他）を確認するとともに、周辺の職員及び看護職員を呼び、ご入居者の生命及び身体の安全を最優先して必要な臨機の処置を取ります。
医療処置	看護職員は、嘱託医師の指示に基づいて医療処置を行います。
責任者への連絡	施設長に事故の発生を速やかに報告し、以後職員は施設長の指示に従います。
家族への連絡	施設長は、嘱託医師の確認又は指示のもと、施設長自ら又は事故が発生した部門の責任者又は看護職員を通じて、ご入居者の家族に連絡し、そのご入居者の様態その他事故の状況を明らかになっている範囲で説明します。
関係者への報告	施設長は、必要に応じて施設長自ら又は事故が発生した部門の責任者等を通じ、次の関係者に報告します。 ・理事長　・下松市長寿社会課介護保険係

(2) 事後処理

項目	内 容
事故報告書の作成	事故が発生した部門の責任者及び事故の発見者は、事故の態様、概況、対応、原因分析等を記載した事故報告書を作成し、施設長及び苦情受付担当者に報告します。
家族への事故の詳細報告	施設長及び苦情受付担当者は、事故報告書に基づいて、ご入居者の家族に事故に至った経緯その他の事情など事故の詳細を説明します。
理事長への報告	施設長は、事故報告書に基づいて、事故に至った経緯その他の事情など事故の詳細、ご入居者ご本人及び家族の申し立てについて理事長に報告の上、以後の処理方針に関する指示を仰ぎます。
介護事故予防対策委員会の開催	施設長は、理事長の指示のもと、介護事故予防対策委員会を開催し、事故の原因に応じた再発防止対策及び今後の事後処理を検討します。
損害賠償	施設は、介護老人福祉施設サービスの提供により、ご入居者に賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。 ・加入保険会社：損保ジャパン日本興亜 ・保険代理店：損保プランニング周南有限会社

14 虐待防止について

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修を定期的に実施し、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備をします。
- (3) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- (5) その他虐待防止のために必要な措置

2 事業所はサービスの提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による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、これを市町村に通用するものとします。

15 身体拘束の適正化について

事業所は、当該利用者又は他の利用者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を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。また、身体拘束適正化のために次の措置を講ずるものとします。

- (1) 身体拘束等の適正化の為委員会を3か月に1回開催とともにその結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 身体拘束等の適正化の為に指針を整備します。
- (3) 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施

16 嘱託医

医療機関の名称	しげおか医院
院長名	重岡 秀信
所在地	下松市大手町二丁目6番14号
電話番号	0833-41-1130
診療科	内科
入院設備	なし

17 協力医療機関

医療機関の名称	周南記念病院
院長名	橋谷田 博
所在地	下松市生野屋南1丁目10番1号
電話番号	0833-45-3330
診療科	内科
入院設備	あり

18 協力歯科医療機関

医療機関の名称	かねしげ歯科クリニック
院長名	兼重 順一
所在地	下松市東陽4丁目21番6号
電話番号	0833-46-3131

19 非常災害時の対策

項目	内 容			
非常時の対応	別に定める「社会福祉法人元気の会ほがらか消防計画書」により対応します。			
平常時の訓練	別に定める「社会福祉法人元気の会ほがらか消防計画書」により夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。			
防災設備	設備名称	箇所数等	設備名称	箇所数等
	消火器 消火器ボックス その他の場所 自動火災報知器 ※全館スプリンクラー対応	11ヶ所 7本 有	非常通報装置 誘導灯 避難階段 避難口	有 16ヶ所 3ヶ所 18ヶ所
消防計画等	(最終届出日) 令和元年 7月 10日 (防火管理者) 奥村研太			

20 施設ご利用の際の留意事項

項目	ご留意いただく事項
来訪・面会	<ul style="list-style-type: none"> ・面会時間（午前8時30分～午後5時30分）の遵守をお願いします。 また、面会の際には面会者カードにご記入ください。 ・来訪された方が宿泊される場合は、必ず許可をお取りください。
外泊・外出	<ul style="list-style-type: none"> ・外出、外泊の際は、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出ください。
設備器具等の利用	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内の居室や設備、器具は本来の用法でご利用ください。用法に反したご利用により破損等が生じた場合は、修理費等を実費負担していただくことがあります。
喫煙・飲酒	<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙は決められた場所でお願いいたします。 ・飲酒は、健康管理上支障ない方に限り、誕生会等の許可させていただいた場合のみできます。
迷惑行為等	<ul style="list-style-type: none"> ・騒音等他のご入居者の迷惑となる行為はご遠慮願います。また、むやみに他のご入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
貴重品等の管理	<ul style="list-style-type: none"> ・所持品の管理は各居室の台等をご利用ください。 ・貴重品は施設にお預けください。品物によっては、お預かりできない場合もありますのでご了承ください。
宗教その他の活動	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内での他のご入居者への宗教活動・政治活動・販売活動等はご遠慮ください。
ペットの飼育	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

【説明同意】

私は重要事項説明書について説明を受け、内容に同意しました。

令和　年　月　日	氏名
----------	----

《署名代行者》	氏名
---------	----

【説明者】