

# 重要事項説明書【指定介護老人福祉施設用】

(令和5年4月1日現在)

あなたに対する施設サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令第39号第4条に基づいて、当事業者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	社会福祉法人周南市社会福祉事業団
法人所在地	周南市瀬戸見町12番30号
代表者氏名	理事長 岩崎 哲司
電話番号	0834-34-8881

## 2 利用施設

【介護保険事業所番号 3571501364】

施設の名称	特別養護老人ホーム つづみ園
施設所在地	周南市瀬戸見町12番30号
施設長名	山中 雅美
電話番号	0834-28-2880
FAX番号	0834-29-3174
ホームページ	<a href="https://www.shunan-jigyodan.jp/">https://www.shunan-jigyodan.jp/</a>

## 3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、施設サービス計画に基づき、可能な限りその居宅における生活への復帰を念頭において、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、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入居者がその有する能力に応じ、自律的な日常生活を営むことができるようにすることを目的とします。
施設運営の方針	当施設にあつては、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、入居者の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、自律的な日常生活を営むことができるよう介護サービスの提供に万全を期するものとします。

## 4 施設の概要

### (1) 敷地及び建物

敷地	15,320.54㎡	
建物	構造	鉄筋コンクリート造4階建(耐火建築)
	建築床面積	7,092.09㎡
	定員	110名

### (2) 併設事業

事業の種類	短期入所生活介護、通所介護、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター
-------	------------------------------------

### (3) 居室及びユニット数と定員

居室の種類	室数	面積	ユニット数	1ユニットの入居定員
1人部屋	110室	約14.20㎡	11ユニット	10名

### (4) 主な設備

設備の種類	数	面積	設備の種類	数	面積
共同生活室	11室	28.75㎡	個浴槽	11室	7.68㎡
地域交流室	1室	94.95㎡	チェアインバス	1台	41.19㎡
医務室	1室	27.92㎡	特殊浴槽	2台	41.19㎡
機能訓練室	1室	54.06㎡	霊安室	1室	19.43㎡

## 5 職員体制及び職務の内容 【※ ()内数字は、うち兼務員数】

従事者の職種	人数	職務の内容
施設長	1(1)	施設の業務を総括する。
事務員	3(1)	庶務、会計事務、及び入居者の庶務、代行事務等に関する事。
生活相談員	2	入居者の生活相談、面接、身上調査、入居者処遇の企画及び実施に関する事。
管理栄養士	1	給食の管理及び栄養指導に関する事。
介護支援専門員	2(1)	入居者の介護計画の作成に関する事。
看護職員	6(6)	入居者の看護及び保健衛生に関する事。
機能訓練指導員	7(6)	入居者の機能回復訓練に関する事。
介護職員	57	入居者の日常生活上の介護及び援助に関する事。
医師	3(3)	入居者の健康管理及び診療に関する事。

## 6 職員の勤務体制

従事者の職種	勤務体制
施設長 事務員 生活相談員 管理栄養士 介護支援専門員 機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）常勤で勤務
看護職員	早出（7：00～15：45） 中出①（8：15～17：00） 中出②（9：15～18：00） 遅出（10：15～19：00） 6名体制で勤務、うち1名は機能訓練指導員業務に1時間程度従事します。 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。

介 護 職 員	早出① ( 7 : 0 0 ~ 1 5 : 4 5 ) 早出② ( 7 : 3 0 ~ 1 6 : 1 5 ) 中出① ( 8 : 0 0 ~ 1 6 : 4 5 ) 中出② ( 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 ) 中出③ ( 9 : 1 5 ~ 1 8 : 0 0 ) 遅出① ( 1 0 : 3 0 ~ 1 9 : 1 5 ) 遅出② ( 1 1 : 0 0 ~ 1 9 : 4 5 ) 遅出③ ( 1 1 : 1 5 ~ 2 0 : 0 0 ) 準夜 ( 1 7 : 4 5 ~ 2 4 : 0 0 ) 深夜 ( 0 : 0 0 ~ 8 : 3 0 ) 日中については、ユニット毎に常時1名以上を配置します。 夜間については、2ユニット毎に1名以上を配置します。
医 師	週 2 日 ( 月 曜 1 5 : 0 0 ~ 1 5 : 3 0 ・ 木 曜 又 は 金 曜 1 4 : 0 0 ~ 1 4 : 3 0 )

## 7 施設サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> <li>常勤の管理栄養士を配置し、個々の利用者の健康状態に応じた栄養ケアマネジメントを作成し、それに基づく個別の食事指導、必要な栄養改善を実施します。</li> </ul>
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>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は適正な援助を行います。</li> </ul>
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>入居者の状態に応じて入浴日を設定します。</li> <li>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頂く、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。</li> </ul>
離 床 ・ 着 替 整 容 等	<ul style="list-style-type: none"> <li>寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。</li> <li>生活のリズムを考え毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。</li> <li>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。</li> <li>シーツ交換は週1回（状況に応じて随時交換）実施します。</li> </ul>
機 能 訓 練	<ul style="list-style-type: none"> <li>機能訓練指導員による入居者の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の改善、維持に努めます。</li> <li>毎月2回は理学療法士による機能訓練指導を行います。</li> </ul>
健 康 管 理	<ul style="list-style-type: none"> <li>当施設においては、協力病院（徳山中央病院）の内科医を嘱託医とし、週2回診療日を設けて健康管理に努めます。</li> <li>また、容態の急変時等必要な場合には、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。</li> <li>入居者が外部の医療機関に通院する場合は、その付添いについて出来るだけ配慮します。</li> </ul>
社 会 生 活 上 の 便 宜	<ul style="list-style-type: none"> <li>当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするために、適宜レクリエーション行事を企画します。</li> <li>四季折々の行事を年間行事計画に基づいて実施します。</li> <li>行政機関等に対する手続きが必要な場合には、入居者及びご家族の状況によっては、これを代行いたします。</li> </ul>
相 談 及 び 援 助	<ul style="list-style-type: none"> <li>当施設は、入居者及びご家族からの如何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つとめます。</li> <li>(相談窓口) 生活相談員または介護支援専門員が対応いたします。</li> </ul>

(2) 介護保険給付外サービス

種 類	内 容
食事及び居住費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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ーに富んだ食事を提供します。</li> <li>(食事時間) 朝食 7:30～9:30 昼食 12:00～14:00 夕食 17:30～19:30</li> <li>(食事場所) 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。</li> <li>(食事代) 朝食:330円 昼食:720円 夕食:650円</li> <li>(その他) アレルギー等のある方は，事前にご相談ください。</li> <li>・食事が不要な場合は，前日までにお申し出下さい。前日までにお申し出があった場合には，上記に定める食事代は徴収致しません。</li> <li>・居住費は，1日あたり2,006円とします。</li> <li>・ただし，それぞれについて負担限度額認定を受けている場合には，認定証に記載されている食費及び居住費を負担限度額とします。</li> </ul>
電 気 代	<ul style="list-style-type: none"> <li>・電化製品1点につき，1日あたり20円とします。</li> <li>日額となりますので持込又は引取の際は必ず職員にお申し出ください。</li> <li>・テレビ，加湿器，空気清浄器，扇風機，電気毛布等が対象となります。</li> <li>注：電気シェーバー等の生活必需品については，費用負担はありません。</li> </ul>
入院時の居住費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院期間中，居室を確保する場合は，入院期間中も引き続き当該居室の居住費（1日あたり2,006円）を支払うものとします。</li> <li>注：外泊時費用加算を算定している日数については，負担限度額認定を受けている場合，認定証に記載されている居住費を負担限度額とします。</li> </ul>
在宅医療管理等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・インフルエンザ予防接種料は，周南市が定める額とします。</li> <li>・経管栄養，留置カテーテル，在宅酸素等の在宅医療を行っておられる方についても，医師の指示のもと当施設において対応いたします。</li> <li>注：診療代実費が必要です。安全面から受入れ人数に制限を設けており，入院中に上記の医療的対応が必要となった場合，退院後の受入れが困難な場合があります。</li> </ul>
歯科訪問診療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎週火曜日 9:30～11:30 協力歯科医療機関（時枝歯科医院）による歯科診療及び口腔衛生指導等を受けることが出来ます。</li> <li>注：診療代実費が必要です。</li> </ul>
理髪・美容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月1回近隣美容室の出張による，理美容サービスをご利用いただけます。注：料金は1回1,745円です。</li> </ul>
日常生活品購入代行	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者及び家族等が自ら購入が困難である場合は，施設で購入代行サービスを行います。希望される方は，事務所までお申し出ください。</li> <li>注：購入代金は，個人負担となります。</li> </ul>
レクリエーションクラブ活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。</li> <li>注：施設として提供するレクリエーションやクラブ活動についての利用料金は頂きませんが，生花教室に参加を希望される方につきましては別途材料費として実費が必要です。</li> </ul>
リフト付バス運	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お盆，正月等入居者が自宅に帰られる場合など，施設のリフト付バスにて家族等の付き添いのもとで，自宅等まで送迎いたします。</li> <li>注：午前8時30分から午後5時15分を超えている時間帯では，施設での対応が難しい為ご了承ください。日程調整等ありますので，希望される方は事前にご相談ください。料金は無料です。</li> </ul>

貴重品預り	<p>・介護保険証及び後期高齢者医療被保険者証や福祉医療費受給者証等は、原則として施設でお預かりします。</p> <p>注：上記の預かりについては、別添の「特別養護老人ホームつづみ園施設入居者貴重品預り要綱」に基づき処理いたします。（入居者及びその保証人と施設で「貴重品管理委託・受託書」を交わします。）</p> <p>管理料は無料です。</p>
-------	---

## 8 利用料

### ・地域区分

周南市	7級地	地域区分とは、1単位の単価を人件費の地域差を反映させるために、基本10円に対して地域区分の級地により割増が行われています。
1単位の単価	10.14円	

### (1) 法定給付

#### ・ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅰ）（1日あたり）

介護度	基本単位	入居者自己負担分		
		1割	2割	3割
要介護1	652単位	661円	1,322円	1,984円
要介護2	720単位	731円	1,461円	2,191円
要介護3	793単位	805円	1,609円	2,413円
要介護4	862単位	875円	1,749円	2,623円
要介護5	929単位	942円	1,884円	2,826円

#### ・加算

	基本単位	入居者自己負担分			算定回数等
		1割	2割	3割	
看護体制加算 （Ⅰ）ロ	4単位	5円	9円	13円	入居日毎
常勤の看護職員を1名以上配置している					
看護体制加算 （Ⅱ）ロ	8単位	8円	17円	25円	入居日毎
看護職員を常勤換算方法で入所者数が2.5又はその端数を増すごとに1名以上配置している					
夜勤職員配置加算 （Ⅱ）ロ	18単位	19円	37円	56円	入居日毎
夜勤を行う介護職員の数が、最低基準を1名以上上回り配置している					
日常生活継続支援加算 （Ⅱ）	46単位	47円	93円	140円	入居日毎
新規入居者の総数のうち、要介護区分が要介護4若しくは要介護5の入居者の占める割合が70%以上					
科学的介護推進体制加算 （Ⅱ）	50単位	51円	102円	153円	月1回
入居者の心身状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している					
個別機能訓練加算 （Ⅰ）*	12単位	13円	25円	37円	入居日毎
専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の看護職員等を1名以上配置している					
個別機能訓練加算 （Ⅱ）*	20単位	21円	41円	62円	月1回
個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出している					

初期加算*	30 単位	31 円	61 円	92 円	入居日から 30 日以内
	入所した日から起算して 30 日以内の期間。 また 30 日を超える病院等への入院後に、再び当園に帰園された場合も同様				
療養食加算*	6 単位	7 円	13 円	19 円	1 食毎
	疾病治療のために直接手段として医師の発行する食事せんに基づいた適切な栄養量及び内容を有する療養食を必要とされる方				
外泊時費用*	246 単位	250 円	499 円	748 円	外出日数分
	病院へ入院及び居宅等に外泊された時(外泊時費用の負担は、1 月に 6 日を限度とする。ただし、入院又は外泊の初日及び最終日については算定不可)				
安全対策体制加算*	20 単位	21 円	41 円	62 円	入居初日のみ
	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている				
看取り介護加算 (I) *	72 単位	73 円	146 円	219 円	死亡日 45 日前～31 日前
	144 単位	146 円	292 円	438 円	死亡日 30 日前～4 日前
	680 単位	690 円	1,379 円	2,069 円	死亡日前々日、前日
	1,280 単位	1,298 円	2,596 円	3,894 円	死亡日
	医療提供体制を整備し、看取り介護を行った場合				
介護職員処遇改善加算 (I)		下記の要件で算出した単位数の 1 割負担	下記の要件で算出した単位数の 2 割負担	下記の要件で算出した単位数の 3 割負担	
	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に、サービス別加算率【8.3%】を乗じた単位数				
介護職員等特定処遇改善加算 (I)		下記の要件で算出した単位数の 1 割負担	下記の要件で算出した単位数の 2 割負担	下記の要件で算出した単位数の 3 割負担	
	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に、サービス別加算率【2.7%】を乗じた単位数				
介護職員等ベースアップ等支援加算		下記の要件で算出した単位数の 1 割負担	下記の要件で算出した単位数の 2 割負担	下記の要件で算出した単位数の 3 割負担	
	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に、サービス別加算率【1.6%】を乗じた単位数				

※加算について、\*のついている加算は対象者のみとなります。

※介護保険給付分は、介護報酬【単位数×地域区分（1 単位あたりの金額）】×0.9（2 割負担の方は 0.8、3 割負担の方は 0.7）となります。

※入居者負担分は、介護報酬から介護保険給付分を差し引いた額となります。

※上記入居者負担分に関しては、参考金額です。地域区分の端数処理関係上、請求金額と異なることがあります。

## (2) 法定外給付

区 分	利 用 料
介護保険給付外の各種サービス（7(2)に記載）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・無料サービスと実費を要するサービスがあります。</li> <li>・金額等については、7(2)に注意書きしてあります。</li> </ul>

◎ 利用料金については、別紙【特別養護老人ホーム つづみ園 料金表】にてご確認ください。

## 9 苦情等申し立て、事故発生時の対応、身体拘束

苦情等申し立て	<ul style="list-style-type: none"> <li>・直接施設にお越しいただくか、電話(0834) 28-2880 又は FAX 29-3174 をご利用ください。平日 8:30~17:15 生活相談員・介護支援専門員が対応いたします。苦情は処理手順に基づき、速やかに対応させていただきます。</li> <li>◎外部の第三者委員 <ul style="list-style-type: none"> <li>・北野 克志</li> <li>・藤本 真樹</li> </ul> </li> <li>◎周南市介護保険担当課 住所：周南市岐山通 1-1 TEL0834(22)8467</li> <li>◎下松市介護保険担当課 住所：下松市大手町 3-3-3 TEL0833(45)1833</li> <li>◎国民健康保険団体連合会 住所：山口市朝田 1980 番地 7 TEL083(995)1010 県運営適正化委員会などを利用することもできます。</li> </ul>
事故発生時の対応	サービス提供時は安全確保と事故防止に努めていますが、万一事故発生の際は、迅速かつ適切に対応するとともにご家族・関係機関にも連絡・報告し、賠償すべき事故等の場合はすみやかに損害賠償を行います。
身体拘束	生命の危険等緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、必ず保証人にも連絡し、説明と承認等の手順・手続きを踏むとともに、その事実・経過の記録等身体拘束廃止に向けて必要な措置を講じます。

## 10 協力医療機関

名 称	独立行政法人地域医療機能推進機構 徳山中央病院
院 長 名	沼 文隆
所 在 地	周南市孝田町 1 - 1
電 話 番 号	0 8 3 4 - 2 8 - 4 4 1 1
診 療 料	総合病院（内科，外科，泌尿器科，眼科，耳鼻科 他）
入 院 設 備	有

## 11 協力歯科医療機関

名 称	時枝歯科クリニック
院 長 名	時枝 雅之
所 在 地	下松市西豊井元町東 1 3 6 8 - 1 6 メトロビル
電 話 番 号	0 8 3 3 - 4 5 - 0 7 0 0

## 12 非常災害時の対策

非常時の対応	周南市社会福祉事業団施設防災規程により対応いたします。
非常時の訓練等	別途定めるつづみ園施設防災マニュアルにより夜間及び昼間に想定した避難訓練を、入居者の方も参加して実施します。

### 13 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

来園・面会等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・面会者は、来園のつど面会簿にご記入をお願いします。</li> <li>・面会時間は施設管理上、原則7：30～21：00までとしますので、ご協力をお願いします。</li> </ul>
外泊・外出等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外泊・外出の際には、行き先と帰園時間を職員にお申し出ください。食事・薬等の準備の関係もありますので、日時等が分れば早めに連絡をお願いします。</li> <li>・体調によっては難しい場合もあります。</li> </ul>
協力病院以外の医療機関受診	<p>受診の際は、必ず生活相談員、看護職員へ申し出てください。</p>
居室・設備器具の利用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設等の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。居室の改造も禁止させていただきます。</li> <li>・居室の改造もしくは意図的、不注意等により破損、汚損された場合、現状復帰に要する費用負担をお願いすることがあります。</li> </ul>
持ち込み品	<ul style="list-style-type: none"> <li>・限りあるスペースの範囲で、馴染みの物をご持参下さい。</li> <li>・電気器具は、電気容量に限りがございますので、冷蔵等の大型家電や設置工事が必要となる電気器具につきましては、お断りする場合があります。</li> <li>・また、火気や危険物の持ち込みはご遠慮下さい。</li> </ul>
喫煙・飲酒	<ul style="list-style-type: none"> <li>・喫煙は決められた場所以外ではお断りいたします。また、喫煙・飲酒は入居者の病状等により、医師の指示のもと制限させていただく場合があります。</li> </ul>
迷惑行為等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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でください。</li> </ul>
所持品等 (現金)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・金品等の管理につきましては、責任が持てませんので、持ち込まないようにお願いします。</li> </ul>
宗教・政治活動	<p>施設内で他の入居者に対する宗教活動や政治活動はご遠慮ください。</p>
動物飼育	<p>施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。</p>



私は、本書面に基づいて事業者の職員（ 職名 生活相談員 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

（入居者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

（保証人）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

続 柄 \_\_\_\_\_

（署名代行者）

私は、入居者の意思を確認したうえで、上記署名を代行しました。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印