

## 重 要 事 項 説 明 書

(特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護)

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生省令第37号第178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 鶴寿会
事業者の所在地	愛媛県伊予郡松前町大字鶴吉635番地1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 小澤 宏
電話番号	TEL. 089-985-0170 FAX. 089-985-0360

### 2 ご利用施設

施設の名称	ケアハウス ひまわり苑
施設の所在地	愛媛県伊予郡松前町大字鶴吉635番地1
施設長名	苑長 高橋 昌志
電話番号	TEL. 089-985-0170 FAX. 089-985-0360
特定指定年月日・事業所番号	平成22年4月1日 第3873500908号

### 3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	愛媛県知事の事業者指定		利用定数	松前町基準 該当サービス
	指定年月日	事業所番号		
施設 特別養護老人ホーム	平成12年 4月 1日	第3873500353号	50人	当・非該当
居宅 通所介護	平成12年 3月 2日	第3873500239号	20人	当・非該当
	平成12年 3月 17日	第3873500270号	20人	当・非該当
居宅介護支援事業	平成11年11月 5日	第3873500080号	人	当・非該当

### 4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	利用者に、特定入居者生活介護又は介護予防特定施設入居者生活介護を行い、利用者の心身の特性を踏まえ、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス及び介護予防サービスを提供することを目的とする。
施設運営の方針	特定施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話をを行うことにより、要介護状態となった場合でも、利用者が事業所においてその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるようとする。

## 5 施設の概要

### (1) 敷地及び建物

敷地		6, 591. 78 m <sup>2</sup>
建物	構造	鉄筋コンクリート造3階建（耐火建築）
	延べ床面積	1, 839. 07 m <sup>2</sup>
	利用定員	30名

### (2) 主な設備

設備の種類	数	面積	1人あたりの面積
食堂	1室	70. 80 m <sup>2</sup>	2. 36 m <sup>2</sup>
機能訓練室	1室	23. 6 m <sup>2</sup>	
一般浴室	2室	30. 36 m <sup>2</sup>	
特殊浴室	1室		
便所	共用2室・各居室に設置	9. 6 m <sup>2</sup>	
介護専用居室	28室（定員30名）	771. 76 m <sup>2</sup>	

## 6 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	員数	区分				常勤換算 後の人員	事業者の 指定基準	保有資格			
		常勤		非常勤							
		専従	兼務	専従	兼務						
管理者	1		1			1	1	社会福祉主事			
生活相談員	3		3			1. 4	1以上	介護支援専門員 介護福祉士			
介護職員	11	2	2	6	1	5. 7	6以上	介護福祉士 2級訪問介護員			
看護職員	1	1				1		看護師			
機能訓練指導員	1				1	0. 1	1人以上	看護師			
計画作成担当者	1		1			0. 5	1以上	介護支援専門員			

## 7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	勤務時間帯（8：30～17：30）兼務で勤務
生活相談員	勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で専従
介護職員	・早番（6：30～15：30）・日勤（8：30～17：30） ・遅番（12：30～21：30）・夜勤（21：30～6：30） ・夜間は、原則として職員1名が入居者のお世話をします。
看護職員	・勤務時間帯（8：30～17：30）、通常1名体制で勤務 ・夜間については、自宅待機を行い、緊急時に備えます。
機能訓練指導員	勤務時間帯（9：00～13：00）で勤務
計画作成担当者	勤務時間帯（8：30～17：30）兼務で勤務

## 8 営業日

営業日	年中無休
-----	------

## 9 施設サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

＜サービス利用料金（1日あたり）＞

次の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費を除いた金額（本人負担額）をお支払いください。

要介護度	介護保険負担割合 1割の場合		介護保険負担割合 2割の場合		介護保険負担割合 3割の場合	
	本人負担額 (日)	本人負担額 (月)	本人負担額 (日)	本人負担額 (月)	本人負担額 (日)	本人負担額 (月)
要支援1	183	5,490	366	10,980	549	16,470
要支援2	313	9,390	626	18,780	939	28,170
要介護1	542	16,260	1084	32,520	1626	48,780
要介護2	609	18,270	1218	36,540	1827	54,810
要介護3	679	20,370	1358	40,740	2037	61,110
要介護4	744	22,320	1488	44,640	2232	66,960
要介護5	813	24,390	1626	48,780	2439	73,170

\*サービス提供体制強化加算として、1日当たり6単位加算されます。

\*科学的介護推進体制加算として、1月当たり40単位加算されます。

\*病院や医療施設を退院又は退所して、指定特定施設に入居した場合は、入居した日から起算して30日以内の期間については、退院・退所時加算として1日につき30単位を加算します。（30日を越えて、病院から入院後に再入居する場合も同様となります。）

\*介護職員等待遇改善加算として、1ヶ月総単位の12.2%が加算されます。

種類	内容	利用料
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>栄養士の立てる献立により、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。）</li> <li>食事はできるだけ離床して食堂で摂っていただけるように配慮します。</li> </ul> <p>(食事時間)</p> <p>朝食 7：30～8：30 昼食 12：00～13：00 夕食 17：30～18：30</p>	介護報酬の告示上の額（ただし、法定代理受領の場合は居宅介護（支援）サービス基準額の各利用者の負担割合に応じた額、法定代理受領でない場合は、居宅介護（支援）サービス基準額相当額です。）
排泄の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の状況に応じた適切な排泄介助や、排泄の自立にむけた適切な援助を行います。</li> </ul>	
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>週2回の入浴又は清拭を行います。</li> <li>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。</li> </ul>	
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮し、生活のリズムを考えて、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、清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。</li> </ul>	
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>機能訓練指導員（所有資格：看護師）により利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための機能訓練を実施します。</li> </ul>	
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護職員は、常に利用者の健康状況に注意し、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継ぎます。</li> <li>利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添についてできるだけ配慮します。</li> </ul>	
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用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。（相談窓口）生活相談員</li> </ul>	
送迎	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分で病院の通院が困難な方は、送迎車で病院の送迎を行います。</li> </ul>	
レクリエーション行事	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設行事計画にそったレクリエーション行事を企画します。</li> </ul>	

## (2) 介護保険給付外サービス

種類	内容	利用料・個室の場合
食事の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族や面会者へ栄養士による食材の検収により、新鮮で安価な食事を提供します。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>朝食代：120円 昼食代：420円 夕食代：360円</li> </ul> <p>予め欠食をする旨の連絡があった場合は、原則として3日前の17時までの連絡についてのみ欠食分の費用を利用料（生活費）から返金します。</p>
理美容サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者のご希望に応じて出張による理髪サービスをご利用いただけるよう手配します。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実費</li> </ul>

レクリエーション ・クラブ活動	・利用者の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。	・材料代等実費
複写物の交付	・利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。複写物を必要とする場合には複写いたします。	・1枚につき10円
日常生活上必要となる諸費用	・日常生活品の購入代金等（おやつ代含む）利用者個人の日常生活に要する費用で利用者に負担していただくことが適当であるものにかかる費用を負担していただきます。	・実費
個別の外出介助に要する費用	・協力医療機関等以外の送迎・介助 ・個別の買物	1時間まで1,200円 以降30分ごとに600円

## 10 利用料金のお支払方法

支払方法	・銀行からの自動引落による支払い	・翌月20日を支払日とする。
------	------------------	----------------

## 11 苦情等申立先

事業所相談窓口	苦情受付窓口担当者:生活相談員 ご利用時間:毎日 8時30分～17時30分 電話番号:089-985-0170 FAX番号:089-985-0360
松前町保険課	住所:伊予郡松前町筒井631番地 電話番号:089-985-4115
伊予市長寿介護課	住所:伊予市米湊820番地 電話番号:089-982-1117
松山市介護保険課	住所:松山市二番町4丁目7-2 電話番号:089-948-6840
愛媛県中予地方局地域福祉課	住所:松山市北持田町132番地 電話番号:089-909-8756
愛媛県国民健康保険団体連合会	住所:松山市高岡町101番地1 電話番号:089-968-8700
愛媛県社会福祉協議会	住所:松山市持田町3丁目8-15 電話番号:089-921-8344

## 12 協力医療機関

医療機関の名称	梶原クリニック	塩崎歯科医院
所在地	愛媛県伊予郡松前町大字出作字山王1-1	愛媛県伊予郡松前町大字出作219番地
電話番号	089-960-3197	089-984-1325
診療科	内科・外科	歯科
契約の内容	利用者が医療を必要とするときは、必要な診療、治療等の医療行為について協力するものとする。	利用者が歯科医療を必要とするときは、必要な診療、治療等の医療行為について協力するものとする。

13 非常災害時の対策

非常時の対応	「鶴寿会消防計画」に基づき対応を行います。			
平常時の訓練等	「鶴寿会消防計画」に基づき年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。			
防災設備 (特別養護老人ホームと共通)	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	6ヶ所
	すべり台	2ヶ所	屋内消火栓	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
カーテン等は防煙性能のあるものを使用。				
消防計画	消防署への届出日：平成21年 1月24日 防火管理者： 山崎 倫裕			
他の非常災害時の計画等	鶴寿会防災計画、鶴寿会非常災害（風水害）対策計画、鶴寿会事業継続計画、新型コロナウイルス感染症発生時対応事業継続計画			

14 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、必ず来訪者名簿にご記入下さい。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先や帰宅日時等を職員に届出ください。
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下さい。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がございます。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒は他の利用者にご迷惑がかかる程度でお願いします。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用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	ご自身での管理をお願いいたします。
現金等の管理	ご自身での管理をお願いいたします。
宗教活動・政治活動	事業所内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
動物飼育	動物飼育は、できません。

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名\_\_\_\_\_ 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。

また、市町村、居宅介護支援事業所、医療機関及びサービス担当者会議等において必要な場合  
により、利用者代理人及び身元引受人の個人情報を用いることに同意します。

令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

**利用者**

住所：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_ 印

**代理人（選任した場合）**

住所：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_ 印

電話番号：\_\_\_\_\_

**家族代表者**

住所：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_ 印

電話番号：\_\_\_\_\_