

重要事項説明書

社会福祉法人 まごころ

特別養護老人ホーム まごころの里備中

重要事項説明書

(特別養護老人ホーム まごころの里 備中)

令和7年6月1日改定

あなたに対する施設サービス提供開始にあたり、厚生労働省令第37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 事業を営む者

事業者の名称	社会福祉法人 まごころ
事業者の所在地	赤磐市西軽部1244-1
法人の種類別	社会福祉法人
代表者氏名	難波 秀之

2 事業を実施する施設

施 設 の 名 称	特別養護老人ホーム まごころの里 備中		
施 設 の 種 別	介護老人福祉施設		
施 設 の 所 在 地	高梁市落合町福地394		
施 設 長 名	鷺尾 良江		
介 護 保 険 指 定 番 号	3370900569		
電話番号	0866-42-5600	FAX番号	0866-42-5700

3 実施する事業

事業の種類		岡山県知事の事業者指定		利用定員
		指定年月日	指定番号	
施設	介護老人福祉施設	平成24年10月1日	3370900669	70人
居宅	(介護予防)短期入所生活介護	平成24年10月1日	3370900669	10人

4 事業の目的と運営方針

事業の目的	この社会福祉法人は、特別養護老人ホームとして要介護状態にある高齢者に対し、適切な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。
運営方針	当施設は、入居者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭において、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、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を支援します。 当施設は、地域や家庭との結びつ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、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) 敷地及び建物

敷 地		8,010.84㎡
建 物	構 造	木造
	延 床 面 積	3,698.25㎡
	利 用 定 員	70人、短期入所10人

(2) 居 室

居室の定員	部屋数	面 積
1人部屋	80室	15.24㎡

注)居室10室ユニット×8(内、1ユニットはショートステイ)を構成。全8ユニットで構成

(3) 主な設備

主 な 設 備	数	面 積	主 な 設 備	数	面 積
共 同 生 活 室	8	31.48㎡	地域交流スペース	1	104.03㎡
娛 楽 室	3	13.47㎡	相 談 室	1	21.0㎡
一 般 浴 室・脱 衣	6	15.22㎡	厨 房	1	144.37㎡
特 別 浴 室・脱 衣	2	25.2㎡	宿 直 室	1	11.34㎡
便 所・汚 物 処 理	8	6.60㎡	洗 濯 ス ペ ース	4	
医 務 室	1	11.15㎡	外 来・職 員 便 所	15	
事 務 室	1	34.80㎡	喫 茶 コ ー ナ ー 小 ホ ール	4	

注)洗面については、すべての居室内に設置

6 職員の体制

従業員の職種	員数	区 分				後常勤換算 の人員	指定事業者 の基準	保 有 資 格
		常 勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
施 設 長	1		1			1	1	介護福祉士等
介 護 支 援 専 門 員	1		1			1	1	介護支援専門員
生 活 相 談 員	2	2				2	1	社会福祉主事
事 務 員	1	1				1		介護福祉士
介 護 職 員	39	30		9		35.4	16	介護福祉士他
看 護 職 員	5	1	1	3		3.52	3	看護師、准看護師
機 能 訓 練 指 導 員			1				1	看護師等
医 師	1			1				医 師
管 理 栄 養 士	1	1				1	1	管理栄養士
調 理 員	6			6				調理師他

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制
施 設 長	8:30 ~ 17:30
介 護 支 援 専 門 員	
生 活 相 談 員	
管 理 栄 養 士	
介 護 職 員	早出 7:00 ~ 16:00 日勤 8:30 ~ 17:30 遅出 11:00 ~ 19:00 夜勤 16:00 ~ 9:00 ※夜間は、職員4名で介護にあたります。
看 護 職 員	日勤 8:30 ~ 17:30 遅出 9:00 ~ 18:00
医 師	週1日(木) 14:30 ~ ただし、緊急時は随時
調理員	早出 7:30 ~ 16:30 遅出 10:00 ~ 19:00

8 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
排 泄	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。
入 浴	一般浴、特殊入浴共に週2回以上行い、体調不良等にて入浴できない方については、清拭を行います。
健 康 管 理	嘱託医により、週1回診察日を設けて健康管理に努めます。また、緊急時等必要な場合には主治医あるいは協力病院等に責任を持って引き継ぎます。 入居者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできる限り配慮します。 (当施設の嘱託医) 医師氏名: 池田 洋 (病院名: 医療法人 池田医院) 診療科: 内科、歯科、人工透析科 診察日: 毎週木曜日 (協力病院) 病院名: 成 羽 病 院 0866-42-3111 高梁中央病院 0866-22-3636 大塚歯科医院 0866-42-2205
離 床 ・ 整 容	寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。
シ ー ツ 交 換	シーツ交換は週1回以上行います。
洗 濯	必要に応じて衣類の洗濯を行います。クリーニング希望の方はご相談ください。
相 談 及 び 援 助	当施設は、入居者及びその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に努めます。 相談窓口（生活相談員） 野上 英夫
社 会 生 活 上 宜	行政機関に対する手続きが必要な場合には、入居者及びそのご家族の状況によっては、代わりに行います。
金 銭 管 理	・金銭・貴重品の管理は、原則しておりません。必要な場合は、立て替えとし、翌月のご請求となります。 ・特段の事情により、印鑑・通帳・現金をお預かりする場合は、事務所内の金庫で保管いたします。 ・保管管理者: 施設長が責任をもって管理します。 ・上記保管についての料金は必要ありません。
立 替 金	入居者の日用品や医療費等の支払いは、施設にて立て替えさせていただき、毎月の利用料と一緒にご請求させていただきます。(施設より、入居者の要望や必要に応じた物品の購入を行いたい時は、適宜ご家族にご連絡のうえ、ご相談させていただきます。)

(2) 上記介護保険サービスの自己負担額(1日あたり)

介護保険負担割合証に記載されている負担割合により、負担割合が決まります。

区 分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担	670円	740円	815円	886円	955円
2割負担	1340円	1480円	1630円	1772円	1910円
3割負担	2010円	2220円	2445円	2658円	2865円

その他加算について

(30日あたり)

加 算 名		1割負担	2割負担	3割負担
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)		基本サービス費に各種加算を加えた 総単位数の13.6%相当する額		
初期加算 (新規に入所及び1ヵ月以上の入院後、 再び入所した場合に30日に限り加算)		900円/月	1,800円/月	2,700円/月
科学的介護推進加算(Ⅰ)		40円/月	80円/月	120円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		180円/月	360円/月	540円/月
看護体制加算(Ⅰ)		120円/月	240円/月	360円/月
療養食加算 (医師の指示にて糖尿病食や 腎臓食等が必要な方)		540円/月	1,080円/月	1,620円/月
外泊時費用加算 (自宅及び入院等により外泊した場合、 一月に6日を限度として算定)		246円/日	492円/日	738円/日
看取り加算(Ⅰ)	死亡45日前～31日	72円/日	144円/日	216円/日
	死亡4日～30日前	144円/日	288円/日	432円/日
	死亡日～前々日	680円/日	1,360円/日	2,040円/日
	死亡日	1,280円/日	2,560円/日	3,840円/日

※ おしめ代については、介護保険給付サービスの中に含まれております。

(ただし、当施設指定のものに限ります。)

おやつ代 1日 50円(実費)

(3) 介護保険給付以外のサービス(法定外給付サービス)

サービスの種類	内 容					
食 事	栄養士の立てる献立表により、入所者の身体状況に配慮した食事を提供します。できるだけ離床してユニット内の食堂で摂っていただけるように配慮いたします。 朝食 8:00 ~ (食事時間) 昼食 12:00 ~ 夕食 18:00 ~					
居 住 費	室料は、光熱水費、修繕費(程度による)が含まれております。 入院等施設外での起居の場合でも本料金は発生します。 介護保険負担限度額認定証による居住費の減額は適応外となり、第4段階の居住費を徴収する。また、当該居室の利用者の承諾を得て、ショートステイの室として利用を行った場合には、居住費は徴収いたしません。					
食費・居住費の額 (1日あたり)	食費		食 費(食材料費+調理費)内 訳			居住費
	段階別	1日分	朝食	昼食	夕食	1日分
	第2段階	390円				880円
	第3段階①	650円				1370円
	第3段階②	1360円				1370円
	第4段階	1445円	349円	574円	522円	2066円
理髪サービス	毎月1回外部業者による理髪サービスを利用していただけます。(外部業者によって料金が異なります。)				1回 1500円～	
通 院 ・ 入 院 及 び 予 防 接 種	当施設の医師による健康管理や栄養指導は、介護保険給付サービスに含まれておりますが、それ以外の医療につきましては、他の医療機関への入退院により対応し、医療保険適用により、別途自己負担をしていただきます。 ※インフルエンザの予防接種など				実 費	
日 常 生 活 品 ・ 嗜 好 品 の 購 入 代 行	衣類等ご希望があれば日用品の購入代行をさせていただきます。				購入代金実費	

※ 居住費について

外泊期間又は入院期間が7日間を超えた場合は、介護保険負担限度額認定証をお持ちの方でも、1日あたり2066円が必要となります。

9 高額介護サービス費については各市町村にお尋ねください。

10 利用料金のお支払い方法

利用料金のお支払い方法は、下記の方法から、選択することができます。

- 1 指定の金融機関から自動引き落としをする。
- 2 当施設が指定する金融機関に振込みをする。(振込料必要)

ご利用料金のお支払い時期

当月ご利用いただいた料金は、末日締めとし、翌月15日頃までに請求書を送付させていただきますので、請求書が届いた月の25日(休日の場合は翌営業日)までにお支払い下さい。

11 苦情申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や、疑問、苦情がございましたら、お気軽にご相談ください。責任を持って調査、改善させていただきます。

【相談担当者:生活相談員 野上 英夫 電話:0866-42-5600】
【岡山県国民保険団体連合会(電話086-223-8811)】
及び、
【高梁市保健福祉部健康長寿課(電話0866-21-0299)】
【総社市保健福祉部長寿介護課(電話0866-92-8369)】
【新見市福祉部介護保険課(電話0867-72-6111)】

でも苦情を受け付けております。

※円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制、手順

- 1) 担当者は直ちに利用者側と連絡を取り、直接利用者宅に行くなどして事情を聞き、苦情内容の詳細を確認する。
- 2) 担当者は苦情の内容を管理者に報告し、管理者は担当者を含む全職員を招集、苦情処理に向けた検討会議を開催する。
- 3) 検討会議の結果を基に処理結果をまとめ、管理者は早急に具体的な対応を指示する。
- 4) 担当者は、利用者宅を訪問し謝罪するとともに、検討結果を説明する。また、関係事業所(関係機関)も顛末を報告する。
- 5) 担当者は、苦情処理結果記録を台帳に記載、整理する。管理者は再発防止に努めるよう全職員に徹底する。

※該当ユニット職員から苦情内容の聞き取りをしたうえで相談担当者が対応することもありますのでご了承ください。

12 事故発生時等の対応

サービス提供により事故が発生した場合、速やかに市町村、ご家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また、サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、施設の責に帰さない事由による場合は、この限りではありません。また、入所者(入居者)又は他の入所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に限り身体拘束等を行います。つきましては、ご家族様にご説明の上、同意書に署名捺印をいただくようになります。

13 非常災害時の対応

災 害 時 の 対 応	別途定める「特別養護老人ホーム まごころの里 備中 消防計画」にのっとり対応を行います。			
近 隣 と の 協 力 関 係	近隣住民、地区消防団等と協力体制を取り非常時の応援をお願いしています。			
平 常 時 の 訓 練	別途定める「特別養護老人ホーム まごころの里 備中 消防計画」にのっとり年2回以上の夜間及び昼間を想定した避難訓練を利用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	防火扉・シャッター	あり
	非常階段	6ヶ所	誘導灯	36ヶ所
	自動火災報知器	あり	非常通知装置	あり
	屋内消火栓	あり	自家発電器	あり
	漏電火災報知器	あり		
	カーテン布団等は、防火性のあるものを使用しています。			
防 火 計 画 等	消防署への提出日：令和6年5月2日			
	防火管理者：野上 英夫			

14 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来 訪 ・ 面 会	面会時間：8:30～17:30 来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。 来訪者が宿泊される場合には、必ず事前に許可を得てください。 なお、緊急やむを得ない場合は、ご相談ください。
外 出 ・ 外 泊	外出・外泊の際には、必ず行き先と帰所時間を職員に申し出てください。 外泊につきましては、1ヶ月7泊8日までとさせていただきます。
居 室 ・ 設 備 ・ 器 具 の 利 用	施設の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。 また、入居者の状態や施設側の都合により、ユニットや居室の変更をお願いする場合があります。
喫 煙	喫煙は、決められた場所で行います。
飲 酒	飲酒については、ご相談ください。
迷 惑 行 為	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入らないでください。
撮 影	面会者が写真(ビデオ)撮影をすることは個人情報及びコンプライアンスの観点からご遠慮ください。
所 持 品 の 管 理	原則として、職員にお任せください。
現 金 等 の 管 理	原則として、本人管理はご遠慮ください。 入居者保管の場合、施設としては責任をとりかねます。
宗 教 活 動	施設内での他の入居者に対する宗教活動及び政治活動についてはご遠慮ください。

物 品 の 販 売	施設内での物品の販売はご遠慮ください。		
動 物 飼 育	原則として、施設内へのペットの持込み及び飼育はお断りします。 ただし、必要と認めた場合はこの限りではありません。		
キャンセル料	入居者が外泊・外出で食事を止める場合、下記の条件で次のキャンセル料が発生します。ただし入院や死亡の場合についてはこの限りではありません。		
	朝食を止める場合	前日16:00以降の連絡	キャンセル料 332円
	昼食を止める場合	10:00以降の連絡	キャンセル料 555円
	夕食を止める場合	14:00以降の連絡	キャンセル料 505円
	介護保険負担限度額認定証に関係なく上記の食事代をキャンセル料としていただきます。		
入 院 時 に お け る 契 約 終 了	入居者が医療機関に入院する必要がある場合、入院後3ヶ月経過時点で契約を終了させていただきます。ただし、医療機関の医師が3ヶ月以内の退院が難しいと判断された場合には、ご家族との話し合いにより契約終了を早めることもあります。 入院中の居室については、ご家族の了解をいただいた上で短期入所生活介護用の居室として利用させていただく場合もあります。		

私は本書面に基づいて、特別養護老人ホーム まごころ里 備中の職員（職名：生活相談員 氏名：野上 英夫）から上記重要事項の説明を受け、同意しました。

なお、居宅介護支援事業者等に対して必要が生じた場合については、情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

入 居 者 本 人

住所 _____

氏名 _____ 印

代 筆 の 場 合
入居者の家族等 （代筆理由： _____ ）

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

※施設利用契約書における、施設利用の際の留意事項を含む。

