

重 要 事 項 説 明 書

(指定介護老人福祉施設サービス)

あなたに対する施設サービス提供開始にあたり、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 事業者主体

事業者の名称	社会福祉法人 三 重 福 祉 会
法人所在地	三重県四日市市西坂部町 1 1 2 7 番地
代表者氏名	理事長 伊 藤 忠 彦
電話番号	0 5 9 - 3 3 1 - 7 9 6 0

2 ご利用施設(事業者)

施設の名称	特別養護老人ホーム 陽光苑
施設の所在地	三重県四日市市西坂部町 1 1 2 7 番地
施設長名	黒 野 康
電話番号	0 5 9 - 3 3 1 - 5 1 8 3
ファクシミリ番号	0 5 9 - 3 3 1 - 5 1 8 4
メール	youkouen@miefukushikai.jp

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類 令和7年8月1日現在		三重県知事の事業者指定		利用定数
		指定年月日	指定番号	
施設	特別養護老人ホーム	平成 12 年 3 月 10 日	三重県 2470200417 号	80 人
居宅	通所介護	平成 12 年 3 月 10 日	三重県 2470200417 号	35 人
	短期入所生活介護	平成 12 年 3 月 10 日	三重県 2470200417 号	20 床
	介護予防短期入所生活介護	平成 18 年 4 月 1 日	三重県 2470200417 号	
	訪問介護	平成 12 年 3 月 10 日	三重県 2470200417 号	
居宅介護支援事業		平成 11 年 9 月 10 日	三重県 2470200235 号	

4 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷地	2,760.00 m ²
建物	構造 鉄筋コンクリート造 4 階建 (耐火建築)
	延べ床面積 4,917.66 m ²
	利用定員 80 名

(2) 居 室 (短期入所 20 床を含みます)

居室の種類	室 数	面 積	1 人あたり面積
従来型個室	16 室	221.6 m ²	13.85 m ²
2 人部屋	4 室	65.94 m ²	8.24 m ²
4 人部屋	19 室	556.4 m ²	7.32 m ²

(3) その他主な設備

設備の種類	数	面積	一人あたりの面積
食堂	2 室	103.44 m ²	1.3 m ²
機能訓練室	2 室	105.20 m ²	1.3 m ²
一般浴室	1 室	57.50 m ²	
機械浴室	特殊浴槽	3 台	
医務室	1 室	計 46.8 m ²	
デイルーム	1 箇所		

5 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	員数	区 分				保 有 資 格
		常 勤		非常勤		
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
施設長	1	1				社会福祉施設長資格認定 介護福祉士・介護支援専門員
生活相談員	1		1			介護福祉士・介護支援専門員
介護職員	22.7	19	1	2.7		介護福祉士 13.2 名
看護職員	4.5	3	1	0.5		看護師 4.5 名
機能訓練指導員	1		1			看護師 1 名
介護支援専門員	2		2			介護支援専門員
医 師	1				1	診療科 内科、外科
栄 養 士	1	1				管理栄養士

（注）上記の職員数は、常勤あるいは常勤換算をしたものです。

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	休 暇
施 設 長	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）常勤で勤務	４週８休
生活相談員	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）常勤で勤務	４週８休
介護職員	早番（７：３０～１６：３０）・日勤（８：３０～１７：３０） 遅番（９：００～１８：００）・夜勤（１６：００～９：００）	原則として ４週８休
看護職員	・早番（７：４５～１６：４５）・日勤（８：１５～１７：１５） ・遅番（９：００～１８：００）原則として２名体制で勤務します ・夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時連絡体制を備えています。	４週８休
機能訓練指導	看護職員が兼務しています。	
介護支援専門員	介護職員が兼務しています。	
医 師	毎週火曜日、金曜日 １３：００～１５：００まで勤務します。	
栄 養 士	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）常勤で勤務	４週８休

7 施設サービスの概要 及び 利用料

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容	利用料
食 事	- 栄養士の立てる献立表により、栄養と利用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。 - 食事はできるだけ離床して食堂で食べ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 17:15～	四日市市地域区分: 6 級地 人件費割合 45 % 1 単位の単価 10.27 円 (Ⅰ) 従来型個室 (Ⅱ) 多 床 室 夜間勤務条件: 基準型 身体拘束未実施: 基準型 安全管理体制: 基準型 高齢者虐待防止措置実施:
排 泄	入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。	基準型 業務継続計画策定: 基準型
入 浴	- 年間を通じて週 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、機械を用いての入浴も可能です。	要介護 1 589 単位 要介護 2 659 単位 要介護 3 732 単位 要介護 4 802 単位 要介護 5 871 単位
離床、着替え 整容等	- 寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 - 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。 - 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をします。	- 看護体制加算(Ⅰ)ロ (4 単位/日) - 夜勤職員配置加算(Ⅲ)ロ (16 単位/日) - 精神科医師定期的療養指導加算 (5 単位/日)
健康管理	- 嘱託医師により、診察日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医療機関等に看護師が責任をもって引継ぎます。 - 入所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だけ配慮します。 (当施設の嘱託医師) 氏 名: 中 野 明 夫 診療科: 内科・外科 診察日: 毎週火曜日、金曜日 13:00～15:00	- ADL 維持加算 (Ⅰ) (30 単位/月) - 若年性認知症入所者受入加算 (120 単位/日) - 科学的介護推進体制加算 (40 単位/月) - サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)(22 単位/日) - 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) 【所定単位数の 1,000 分の 140】
機能訓練	機能訓練指導員による入所者の状況に適合した機能訓練を行い身体機能の低下を防止するようつとめます。	- 初期加算 (30 単位/日) - 入院外泊時費用 (246 単位/日) [1ヶ月6日を限度]

相談及び援助	当施設は、入所者およ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) 川 瀬 隆 史	[最大12日間] 法定代理受領の場合、上記介護報酬の告示上額の1割又は2割又は3割になります。 詳しくは介護保険負担割合証をご確認下さい。 法定代理受領でない場合、上記介護報酬の告示額となります。
社会生活上の便宜	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、適宜レクリエーション行事を企画します。	
経口摂取への移行及び維持	経管により食事を摂取する利用者について、経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく栄養管理が受けられます。	経口移行加算 (28 単位/日) 経口維持加算Ⅰ (400 単位/月) 経口維持加算Ⅱ (100 単位/月)
口腔ケア	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による口腔ケアが月 2 回以上受けられます。また、助言や指導も受けられます。	口腔衛生管理加算 (Ⅰ) (90 単位/月) 口腔衛生管理加算 (Ⅱ) (110 単位/月)
生活機能の向上	利用者ができる限り自立した生活を送れるように、リハビリ専門職が3ヶ月に1回利用者の動作や生活进行评估し、的確な助言や指導を受けることができ、生活の質の向上が期待できます。	生活機能向上連携加算Ⅱ (200 単位/月)
栄養管理	- 医療機関に入院し大きく異なる栄養管理が必要となった場合に、必要に応じて医療機関の管理栄養士と連携し、退院後の栄養管理を計画できます。 - 療養食には疾病治療の手段として医師の発行する食事箋が必要になりますので、ご相談ください。	再入所時栄養連携加算 (400 単位/回) 療養食加算 (6 単位/月)
在宅復帰支援		在宅復帰支援機能加算 (10 単位/日)
退 所 時 等 相 談 援 助	ご家族と連絡し合い、ご希望される居宅介護支援事業者に必要な情報提供、居宅サービスの利用調整が可能です。	退所前後訪問相談援助加算 (1 回につき)(460 単位/日) 退所時相談援助加算 (1 回限り)(400 単位/日) 退所前連携加算 (1 回限り)(500 単位/日)

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容
食 費	1, 4 4 5 円／日
居住費	居室形態：多床室 9 1 5 円／日：従来型個室 1, 2 3 1 円／日
日常生活品の購入代行	・利用者及びご家族が自ら購入が困難である場合は、施設の購入代行サービスをご利用いただけます。（実費）ご利用いただく場合は、担当者にお申出下さい。
金銭管理	・金銭管理については、金銭管理サービスをご利用いただけます。詳細は、次のとおりです。 管理する金銭等の形態：指定する金融機関の預金通帳に預け入れているものを施設で管理します。キャッシュカードは作れません。 お預かりするもの：上記預金通帳と通帳印（原則として1つ） 保 管 場 所：通帳は、個人用保管庫印鑑は、事務室小金庫 保 管 管 理 者：施設長が責任をもって管理します。 出 納 方 法：事務職員が責任をもって実施します。 利用手数料：一ヶ月当たり 1,0 0 0 円。手続きは、別途預かり金に関する契約をしていただきます。 <u>*利用者通帳へのご入金について</u> ・入金のお申し出を所定の帳票にて行って下さい。 ・預金預かり証の発行を受けて下さい（お預け入れの証明証になります。再発行はできませんので大切に保管して下さい。） <u>*利用者通帳からのご出金については行えませんが、あらかじめご了承ください。</u>
理・美容サービス	・実 費
そ の 他	・レクレーション等の材料代（実費） ・貸切バス利用料（300 円） ・娯楽施設等の入場料（実費） ・外食代（実費） ・予防注射代（実費） ・特別献立費（500 円）

8 苦情等申立先

当施設ご利用相談室	窓口担当者 川瀬 隆史 苦情解決責任者 黒野 康 ご利用時間 毎日午前9時～午後5時 電話 059-331-5183 面 接 ご利用時間内に当施設へお越しください
四日市市 介護保険課	所 在 地 四日市市諏訪町1番5号 電 話 059-354-8190 受付時間 8:30～17:00
三重県 国民保険団体連合会	所 在 地 津市桜橋2丁目96 三重県自治会館内 電 話 059-222-4165 受付時間 8:30～17:00
三重県医療保険部 長寿介護課 施設サービス班	所 在 地 津市広明町13番地 電 話 059-224-2235 受付時間 8:30～17:00

9 協力医療機関

医療機関の名称	小野外科内科
院長名	中 野 明 夫
所在地	三重県四日市市智積町 6 3 3 3
電話番号	0 5 9 - 3 2 6 - 1 1 5 1
診療科	内科、外科

医療機関の名称	市立四日市病院 四日市市芝田 2-2-37	059-354-1111
	菰野厚生病院 三重郡菰野町福村 75	059-393-1212

10 協力歯科医療機関

名称	デンタルクリニック フクオカ
院長名	福岡 進恒
所在地	四日市市鷺の森 1-10-18
電話番号	059-353-6800

11 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、必ずその都度届出てください。 ・発熱・風邪症状・息苦しさ・倦怠感など感染症が疑われる症状がある場合は面会をご遠慮いただく場合がございます。 ・オンラインでの面会も行っておりますので、ご希望の場合は事務所へご相談ください。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を所定の用紙に記入・提出後、職員に申出てください。
嘱託医師以外の医療機関への受診	病状の急変等、入院の事態が生じた場合には責任を持って協力機関等に引継ぎます。
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、賠償していただく場合がございます。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒はできません
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください
現金等の管理	事務職員が責任をもって管理します。
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ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

12 事故発生時の対応

- 1 契約者に対するサービスの提供により事故が発生した場合
当事業所の事故マニュアルに従い必要な応急処置を行うとともに、家族への連絡が必要と判断した時は、速やかに連絡を行います。
- 2 事業者の責任により契約者について賠償すべき事故が発生した場合
速やかに保険等損害賠償の手続きを行います。ただし、その事故について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時は、事業者の損害賠償責任を減ずる場合があります。

13 感染症集団感染予防の対応

インフルエンザ等の感染症の集団感染による利用者の死亡事故を未然に防ぐ観点から、流行初期より面会制限を実施いたします。平常時は居室での面会が行えますが、流行初期には5分程度の短時間ロビーでの面会としますが、流行期には面会をお断りする期間を設けます。予めご了承ください。

私は、本書面に基づいて事業者の職員（職名_____氏名_____）から重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和_____年_____月_____日

利用者 住所_____

氏名_____

署名代行者 住所_____

氏名_____

続柄_____