

# 原爆被爆者特別養護ホームかめだけ

## 重要事項説明書

当施設は被爆者援護法に基づき、ご利用者に対して介護福祉施設サービスを提供します。  
施設の概要や提供されるサービスの内容にご注意いただきたいことを次の通り説明します。

### ☆☆ 目 次 ☆☆

1. 施設運営法人	2 頁
2. ご利用施設	2
3. 居室の概要	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	3
6. 施設の主な行事	6
7. 施設の入所費用	6
8. 入所費用のお支払方法	8
9. 入所中の医療の提供について	8
10. 施設を退所していただく場合	9
11. 残置物引取について	10
12. 苦情の受付について	10
13. 施設利用にあつたての留意事項	11
14. 事故発生時の対応について	11
15. 非常災害対策について	11
16. 同意書	14
17. 終末期医療に関する意思確認書	15

作成 令和6年8月1日

## 1. 施設運営法人

- (1) 法人名 公益財団法人被爆者福祉会  
(2) 法人所在地 長崎県西海市西彼町上岳郷 1663 番地 1  
(3) 電話番号 0959-27-1262  
(4) 代表者氏名 理事長 中村 勉  
(5) 設立年月 昭和 54 年 6 月 28 日

## 2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 原子爆弾被爆者特別養護ホーム  
(2) 施設の目的 この法人は、原子爆弾被爆者を援護し、その福祉の向上を図ることを目的とする。  
(3) 施設の名称 原爆被爆者特別養護ホームかめだけ  
(4) 施設の所在地 長崎県西海市西彼町上岳郷 1663 番地 1  
(5) 電話番号 0959-27-1262  
(6) 施設長（管理者） 内海 孝  
(7) 当施設の運営方針 被爆者で常時介護を必要とする方を対象とし、被爆者が自らの手で被爆者のお世話をするという理念のもとに、緑豊かな自然環境の中で、おひとりおひとりを尊重し、家庭的な雰囲気を与えるような「グループケア」を基本に置き、潤いと安らぎのある生活支援を行います。  
(8) 開設年月 昭和 55 年 7 月 21 日  
(9) 入所定員 55 人

## 3. 居室の概要

### (1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、利用者の心身の状況や居室の空き状況により決定されます。

なお、居室には洗面台、ベッド、床頭台、タンス、椅子、各ユニットにはテレビ、冷蔵庫が備えてあります。また必要に応じてポータブルトイレを用意します。テレビや家具などご家庭で使い慣れた物を持ち込まれる方については、ご相談ください。

居室・設備の種類	室数	備考
ユニット型個室	19室	
個室	2室	
2人部屋	3室	
3人部屋	9室	

4人部屋	1室	
合計	34室	
食堂	5ヵ所	可能なかぎり食堂において食事
機能訓練室	1ヵ所	
浴室	4室	機械浴・特殊浴槽、一般浴（大）（小）
医務室	1室	
談話室	11室	
理髪室	1室	

☆居室の変更：ご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況や施設の都合により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者やご家族へ連絡するものとします。

☆特記事項：施設内の喫煙場所以外での喫煙はできません。また、たばことライターは防災管理上、施設でお預かりさせていただきます。

#### 4. 職員の配置状況

職 種	配置人員	指定基準
1. 施設長（管理者）	1名	1名
2. 生活相談員	1名	1名
3. 事務員	1名	1名
4. 看護職員	3名	3名
5. 介護職員	16名	15名
6. 介助員	1名	1名
7. 医師（嘱託）	1名	1名
8. 栄養士	1名	1名
9. 厨房職員	4名	3名

#### 5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

〈サービスの概要〉

##### ① 食 事

- ・当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間）朝食：8：00～ 昼食：12：00～ 夕食：18：00～

## ② 入浴

- ・入浴は、プライバシーに十分配慮し、利用者の障害や健康状態に応じて週2回以上、特殊浴、一般浴により行います。入浴できない方には清拭を行います。
- ・自立入浴者は、管理上職員に申し出いただくと何時でも入浴できます。

## ③ 排泄

- ・排泄介助はプライバシーに十分配慮し、自立に必要な援助を行います。
- ・おむつ使用の場合は、排尿・排便の間隔、量等を勘案し、一人ひとりに合った形態、介助方法により適時に行います。

## ④ 機能訓練

- ・ご利用者の心身の状態等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、またはその減退を防止するための機能訓練を行います。

## ⑤ 健康管理

イ) 当施設では、嘱託医師及び看護師が、日常の心身の健康管理を行い、必要に応じて健康保持のための適切な手当、援助を行います。

- ・診察日 毎週金曜日 (\*診察日の曜日変更もあります。)
- ・嘱託医師と利用者及びご家族とのご相談は適時応じます。
- ・外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについて出来る限り配慮します。

ロ) 年1回、胸部X線・血液検査・心電図等を含む定期健康診断を行います。

ハ) インフルエンザ予防接種を推奨しています。

二) 施設内での感染症予防及び発生した場合の対策として、感染症対策会議を開催し、情報収集、感染の拡大防止に努めます。

## ⑥ その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎ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。
- ・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。

## ⑦ 理美容サービス

- ・理美容サービスについては、ご希望により対応します。(個人負担)
- ・施設職員が調髪を行った場合は無料となります。

## ⑧ 行政手続等の代行

・税金、年金、医療費、保険料等及び施設サービス利用料等の手続き、受領及び支払いを代行いたします。但し、手続きにかかる実費は必要に応じてその都度お支払いいただきます。

⑨ 日常生活上必要となる諸費用

- ・日常生活を営むにあたって、個人的な日用品やしこう品、趣味活動費等は、自己負担となります。（一般的な行事関係経費、クラブ活動経費は施設経費となり、利用者のご負担はありません）
- ・日用品等の購入を本人またはご家族が行うことが困難な場合は、お申し出により購入を代行いたします。

ご家族持参または個人負担の例は下記のとおりです。

（イ）理美容 （ロ）歯ブラシ、歯磨粉、スリッパ、化粧品 （ハ）衣類、タオル等

（ニ）個人の趣味、しこう品 （ホ）個人の新聞、雑誌 （ヘ）ティッシュ等消耗品

※おむつ代は、ご負担の必要はありません。

※利用者の衣服等の洗濯代は、ご負担の必要はありません。但し、クリーニングが必要な場合は、実費となります。

⑩ 貴重品の保管及び管理

原則として、施設の保管及び管理となります。詳細は以下の通りです。

＜預金・年金・保険証等の管理＞

- 管理する金銭・年金等：預貯金、国民年金、厚生年金、健康管理手当等
- お預かりするもの：預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑
- 管理する書類：年金証書、健康保険証、原爆手帳、健康管理手当証書、身体障害者手帳、介護保険証等
- 保管管理者：施設長
- 出納方法：手続きの概要は以下のとおりです。
  - ・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。
  - ・保管管理者は届出の内容に従い、出入金記録を作成し、預金の預け入れ及び引き出しを行います。
  - ・その他、健康保険等の申告、確定申告、年金受領等に関する諸手続等を行います。

⑪ レクリエーション、クラブ活動

- ・ご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できます。（材料等は施設でご用意します）

⑫ 買い物代行

- ・ご利用者の希望により職員による買い物を代行して行います。（無料）

⑬ テレビの設置

- ・ご利用者の希望により居室に本人持参のテレビ設置ができます。（電気料金：無料）

## 6. 施設の主な行事

月	行 事	備 考
4月	花見会	施設外庭
5月	バスハイク、母の日	カーネーションプレゼント、
6月	花菖蒲見学、父の日、恵の丘原爆ホームとの交歓会	ばらプレゼント、
7月	七夕交流会	地元（白似田小学校）
8月	原爆忌、夏祭り	ご家族、地域住民参加
9月	敬老祝賀会、月見会	ご家族参加、
10月	秋の旅行（バスハイク）	変更あり
11月	文化祭	文化作品展示
12月	クリスマス会、忘年会	
1月	お正月、新年会、七草、	おせち料理、七草粥
2月	節分	豆まき
3月	ひな祭り	

## 7. 施設の入所費用

入所費用は居住費、食費の合計額で、各々下表のとおりとなります。

但し、入所費用負担額（居住費及び食費）の費用負担額減額認定を受けられる方は、「費用負担額減額認定申請書」の提出が必要となります。（費用負担額減額認定申請書については、長崎県・長崎市へ毎年7月に提出が必要となります）

（参考 利用者負担額）

（日 額）

対 象 者		利用者負担区分	居住費	食 費	合 計
市町民税世帯非課税者	世帯の全員（世帯を分離している配偶者も含む）が市区町村民税を課税されていない方で高齢福祉年金受給の方・生活保護受給の方	第1段階	0	300円	300円
	世帯の全員（世帯を分離している配偶者も含む）が市区町村民税を課税されていない方で合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間80万円以下、かつ、預貯金等の合計が650万円（夫婦1,650万円）以下の方	第2段階	430円	390円	820円
	世帯の全員（世帯を分離している配偶者も含む）が市区町村民税を課税されていない方で合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間80万円を超え、120万円以下、かつ、預貯金等の合計が550万円（夫婦1,550万円）以下の方	第3-①段階	430円	650円	1,080円

世帯の全員（世帯を分離している配偶者も含む）が市区町村民税を課税されていない方で合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間120万円を超え、かつ、預貯金等の合計が500万円（夫婦1,500万円）以下の方	第3-②段階	430円	1,360円	1,790円
上記以外の方（市町村民税の課税の方） （減額はありません）	第4段階	915円	1,445円	2,360円

【認定要件】

- 別世帯に配偶者（内縁含）がいる場合は、配偶者も市・県民税非課税であること。
- 預貯金等の合計が単身の場合及び夫婦の場合で、区分段階ごとに異なりますのでご注意ください。（別世帯の配偶者の預貯金等についても対象となります）
- 『非課税年金（障害年金・遺族年金等）も収入』として算定されます。

① 食費

利用者に提供する食事の材料及び調理にかかる費用です。但し、費用負担額減額認定を受けられている方は、その認定額の負担となります。

食費の内訳は下表のとおりです。

食費負担区分 費用（1日あたり）	朝 食	昼 食	夕 食
第1段階 (300円)	(60円)	(120円)	(120円)
第2段階 (390円)	(90円)	(150円)	(150円)
第3-①段階 (650円)	(130円)	(260円)	(260円)
第3-②段階 (1,360円)	(280円)	(540円)	(540円)
第4段階 (1,445円)	(305円)	(570円)	(570円)

☆ご利用者が入院または外泊をされた場合、その期間の食費の負担はありません。

## ② 居住費

当施設及び設備を利用し、居住されるにあたり頂く室料です。

料 金：利用者負担額区分表をご確認下さい。(6 ページ)

※ご利用者の心身の状況や施設の都合により居室を決定しますので、利用料金は同額となります。

※ご利用者が入院または外泊をされた場合においても、居住費の負担は必要となります。

## 8. 入所費用のお支払い方法

入所費用（食費・居住費）は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 15 日に預金口座より自動引落としとなります。(土、日、祝日の場合はその翌日)

※入所費用は、利用日数に基づいて計算した金額となります。

ア. 施設にお預かりしている本人名義の通帳からの自動引落とし。

イ. 通帳をお預かりしていない方については、請求書を利用者または身元引受人へ郵送しますので、当施設指定の金融機関にてお振込み下さるかご持参下さい。

※ご希望がない限り、原則アの支払い方法とさせていただきます。

## 9. 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者及び身元引受人様のご希望により、下記医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

☆ ご利用者の症状の急変及びその他の緊急事態が生じたときは、速やかに嘱託医への連絡、協力医療機関への連絡、搬送等の必要な措置を講じるとともに身元引受人へ連絡をいたします。

☆ 医療機関に入院となった場合の手続き・衣類等の洗濯・おむつ等の生活用品の提供は、原則として、ご家族の対応となります。

### ① 協力医療機関（嘱託医）

医療機関の名称	ニュー琴海病院
所在地	長崎県長崎市琴海形上町 1849 番地 7
診療科	内科、消化器内科、循環器内科、心療内科、精神科、外科 整形外科、泌尿器科（人工透析）、眼科、皮膚科、呼吸器内科 血管外科、リハビリテーション科

### ② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	小山歯科
所在地	長崎県長崎市琴海戸根町 2694-15

## 10. 施設を退所していただく場合（入所委託の終了について）

当施設では、入所委託が終了する期間は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との入所委託は終了し、ご利用者に退所していただくこととなります。

- ① 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ② 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ③ 当施設が原爆被爆者特別養護ホームの指定を取り消された場合、又は指定を辞退した場合
- ④ ご利用者及び身元引受人から退所の申し出があった場合  
（詳細は以下をご参照下さい）
- ⑤ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい）

### （1）ご利用者又は身元引受人からの退所の申し出

入所委託有効期間であっても、当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の 7 日前までに申し出てください。但し、下記の場合には、即時に入所委託を終了し施設を退所することができます。

- ① 施設サービス利用料金の変更に同意できない場合
- ② 利用者が長期入院された場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく入所委託に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他入所委託を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

## (2) 事業者からの申し出により退所していただく場合

- ① ご利用者又は身元引受人が入所委託時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果入所委託を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご利用者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、入所委託を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご利用者が連続して3か月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合

### 3か月以内の退院が見込まれない場合

入院その他の事由により養護ホーム以外の場所で生活する期間が3か月以上にわたることが明らかに予想されるとき、又は3か月を超えるに至ったときは、入所委託の廃止となります。

## (3) 円滑な退所のための援助

ご利用者が当施設を退所する場合には、ご利用者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を速やかに行います。

## 11. 残置物引取について

入所委託が終了した後、当施設に残されたご利用者の所持品（残置物）をご利用者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。また、引渡しにかかる費用が発生した場合は、ご利用者又は残置物引取人にご負担いただきます。

## 12. 苦情の受付について

### (1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口：(担当者) 生活相談員 杉本 苦情解決責任者：施設長 内海 孝  
受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30

## (2) 行政機関その他苦情受付機関

長崎県原爆被爆者援護課 被爆者援護班	所在地 長崎市尾上町3番1号 電話番号 095-895-2471 FAX 095-895-2578 受付時間 9:00 ~ 17:00
長崎市原爆被爆対策部 援護課	所在地 長崎市桜町2-22 電話番号 095-822-8888 095-829-1149 FAX 095-829-1148 受付時間 9:00 ~ 17:00
長崎県社会福祉協議会	所在地 長崎市茂里町3-24 電話番号 095-846-8600 FAX 095-844-5948 受付時間 9:00 ~ 17:00

## 13. 施設利用にあたっての留意事項

### ① 面会

面会の際は、事務所前面会者名簿にご記入下さい。特に面会場所が必要な場合は、あらかじめお申し出ください。また、ご来所の際は、施設からの掲示周知文にご注意ください。なお、食べ物等の持ち込みは職員に相談下さい。

### ② 外出・外泊

ご利用者が外出、外泊される場合は、その都度、外出・外泊先、用件、帰着予定日時等を備え付けの「外出・外泊許可願書」にて届け出て下さい。なお、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、食費は徴収致しません。

### ③ 設備・器具の利用

ご利用者に用意された設備、備品等については、無断で施設の外に持ち出さないでください。

### ④ 政治活動・営利活動

施設内での政治活動・営利活動は行えません。

### ⑤ ペット

犬、猫等の施設内への持ち込み、飼育はできません。面会時の持ち込みもご遠慮下さい。

## 14. 事故発生時の対応について

当施設は、ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに身元引受人に対して連絡を行うと共に、事故発生防止の改善工夫を行います。

## 15. 非常災害対策について

非常時の対応	別途定める「原爆被爆者特別養護ホームかめだけ消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防火訓練	別途定める「原爆被爆者特別養護ホームかめだけ消防計画」にのっとり、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行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	屋内消火栓	1箇所
	非常用放送設備	あり	防火扉	2箇所
	火災通報装置	あり	排煙装置	あり
	誘導灯	あり	非常用発電機	あり
	カーテン等は防炎性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	佐世保市東消防署への届出日：令和5年9月1日 防火管理者： 施設長 内海 孝			

令和 年 月 日

原爆被爆者特別養護ホーム施設サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

原爆被爆者特別養護ホームかめだけ

説明者 職名

氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、原爆被爆者特別養護ホーム施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者 氏名

印

身元引受人 氏名

印

# 残置物引受書

利用者名

住 所

氏 名

生年月日

上記、利用者にかかる原爆被爆者特別養護ホームかめだけの利用にあたり、入所契約が終了した後の上記利用者の所持品（残置物）につきましては、私が引き受けることを誓います。

令和 年 月 日

原爆被爆者特別養護老人ホームかめだけ  
施設長 内海 孝 様

住 所

氏 名

印

続 柄 (            )

## 同意書

特別養護ホームには常勤する医師の配置が義務付けられていないため、入所者の急変時には、嘱託医が入所者様の病状を電話で連絡を受け、必要な指示や往診を行います。肺炎などの場合施設内で経過をみることで病状が悪化する可能性もあります。

病状が末期の患者様には必要に応じて、ご家族または本人と事前に十分な話し合いをさせていただいた上で、積極的な治療をせず、なるべく苦痛を取り除き、施設内で看取ることにも協力しております。

以上のことを踏まえて、今後入所者様の病状が急変した場合、どのような対処を望まれるかを下記項目から選んで番号を○で囲み、署名、捺印をお願いいたします。

1. 基本的にいかなる症状においても救急搬送、緊急受診を優先してほしい。  
(受診の際にはご家族様にもご協力をいただきます)
2. 状況に応じた嘱託医の判断に一任する。
3. 基本的には病院への受診はせず施設内で可能な対処をしてもらいたい。  
(状況に応じて救急搬送することもあります)

入所者 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人 \_\_\_\_\_ 印

施設代表者 \_\_\_\_\_ 印

令和 年 月 日

## 終末期医療に関する意思確認書

1. 急変時に人工呼吸・心臓マッサージなどの延命治療を希望しますか
  - 延命治療は何もせず、自然のままを希望する
  - 最大限の医療的処置・治療を受け、長く生きることの優先を希望する
  - 苦痛を軽減するための治療や負担のない治療を希望する
    - ※必要があれば、苦痛を取るために抗生剤や水分補給の点滴、酸素吸入をする
  - わからない・決められない
2. 水分・栄養補給の方法について、口から食べることが困難になった場合、どのような対応を希望しますか
  - 食べられなくなったら何もせず、自然のままを希望する
  - 原因を精査するための検査を希望する
  - 胃瘻的処置（胃ろう・腸ろうの造設）を行い、水分や栄養補給を希望する
  - 施設において苦痛を軽減するための治療や負担のない治療を希望する
  - ここにチェックした場合、希望する栄養補給の方法に○をつけて下さい
    - ・経鼻経管栄養（鼻腔から胃に細いチューブを挿入・留置して栄養補給）
    - ・末梢点滴（手足の血管からの点滴）
  - 分からない・決められない
3. 入院をした場合、どのような対応を望みますか
  - できる限りの治療をして欲しい
  - 痛みや苦しみをできるだけ抑える対症療法で最後まで治療してほしい
  - 分からない・決められない
4. 救急受診をした場合、医療機関に意思確認書の情報提供について同意しますか
  - 同意する
  - 同意しない

上記のとおり希望します。

令和 年 月 日

説明者 原爆ホームかめだけ

本人氏名 \_\_\_\_\_

身元引受人 \_\_\_\_\_

本人の意思確認が困難な場合、身元引受人が本人に代わり上記のとおり希望します。  
※この内容は現時点での意思の確認であり、状態の変化に等に応じ、いつでも見直しや変更ができます。その都度、話し合いの機会を持たせて頂きますので、いつでもご相談下さい。