重要事項説明書

社会福祉法人知六会

特別養護老人ホーム　ききつ

重 要 事 項 説 明 書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

当施設のサービスをご利用いただくにあたり、重要事項をご説明いたします。

※ 当施設のご入居は、原則として要介護認定の結果「要介護 3～5」と認定された方が対象となります。

１．事業者の概要

指 定 事 業 者 番 号	４２９０４００２６８
事 業 者 の 名 称	特別養護老人ホーム　ききつ
事 業 者 の 所 在 地	長崎県諫早市多良見町化屋１８２９番地
代 表 者 名	理事長　松本　恵太
管 理 者	施設長　松本　章
入 居 定 員	29 名
電 話 番 号	0957-43-6116
Ｆ Ａ Ｘ 番 号	0957-43-8118

２．施設の概要

建 物	鉄筋コンクリート造　２階建（エレベータ設置）			
居 室	全 室 個 室			
1 部 屋 あ た り の 広 さ（㎡）				
１０．７０	１０．７５	１０．８２	１０．８３	１０．８８
１０．９０	１０．９２	１０．９６	１０．９８	１１．１９
１１．３１	１１．５４	１２．０８	１２．７１	１２．７８
１２．８０	１３．０９	１３．１０	１３．１９	１３．２８

共同生活室	トイレ	浴室(個室)
機械浴室	医務室	地域交流ホール

3. 職員体制

職種	常勤	非常勤	業務内容
施　設　長	1		統括責任者
医　師		2	日常的な医学的対応
生活相談員	1名以上		生活相談全般
介護支援専門員	1名以上		ケアプランの立案とその評価など
看護職員	1名以上	若干名	日常の健康管理
機能訓練指導員	1名以上		機能の改善・維持
介護職員	10名以上	若干名	日常の介護・介助
管理栄養士	1名以上		栄養管理・献立作成

主な職種の勤務体制

職　種	勤務体制
医　師	平日　9：00～18：00
介護職員 ※ 介護支援専門員兼務	標準的な勤務体制 早番　7：00～16：00 遅出　13：00～22：00 夜勤　22：00～7：00
看護職員	8：30～17：30
機能訓練指導員指導員	看護職員の勤務体制
生活相談員	日勤　8：30～17：30

※　介護職員は、三交替勤務

※　看護職員は、夜間帯はオンコール体制

4．その他の事業

短期入所生活介護事業 （併設型）	ショートステイサービス　　入所定員（10名） （平成30年4月1日開設）

５．事業の目的

社会福祉法人知六会（以下、「本会」という）が行う指定地域密着型介護老人福祉施設が行う施設介護サービス（以下、「施設」という）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の生活相談員、看護職員又は介護職員等の職員が、入居者の心身機能の維持並びに入居者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため、要介護者に対し、適切な施設介護サービスを提供することを目的とする。　（運営規程抜粋）

６．運営方針

施設は、施設サービス計画に基づき在宅復帰を目指し、入居者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、常に入居者の立場で、必要なところを支援するという考えのもと、各種サービス（入浴・排泄・食事・機能訓練・相談援助・健康管理等）の提供を行う。

事業の運営にあたっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村保険者、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、その他保健・医療・福祉サービスを提供するものとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。　（運営規程抜粋）

７．サービスの重要事項

1）住まい

・全室個室で 1 ユニット 9～10 名の 3 ユニットになります。
・ユニットに設定されたリビングを中心に、日々の暮らしを提供します。
・リビングでは可能な限り一般家庭と変わらない環境をご用意します。

2）食事

・栄養士の管理のもと、身体の状況に配慮したバランスのいい食事を提供します。
・咀嚼、飲み込みなどの状態に合わせて、食事形態を調整します。
・体調や持病に合わせて、主食の柔らかさの調整、糖尿病食・腎臓病食等を準備します。

3）入浴

・入浴は週に 2 回以上行います（体調に応じて清拭等でも対応します)。
・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

4）排泄

・排泄の自立を促すために、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

5）褥瘡

・褥瘡の予防のための体制を整備するとともに、介護職員が褥瘡に関する基礎知識を有し、日常的なケアにおいて配慮することにより、褥瘡発生の予防効果を向上させます。

6）機能訓練

・機能訓練指導員により、ご利用者の身体等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します

7）健康管理

・看護職員が日々健康管理を行います。また、必要に応じて医師より療養上の指導を行います。

8）その他自立への支援

・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。

・生活のリズムを整え、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。

9）余暇活動の援助

・レクリエーション（お花見や夏祭り、クリスマス会、お正月など季節を感じるイベントやデザートビュッフェ、敬老会、誕生会など年間を通して開催）や趣味活動など、様々な活動の支援及び援助を行います。

８．利用料金

別紙、利用料金表一覧に記載のとおりです。

９．料金支払方法

支払方法	ご指定の口座（十八親和銀行）より毎月２７日（銀行休業日の場合は、翌営業日）に振替。 ※　口座名義人は、ご利用者以外の方でも可能です 十八親和銀行の口座をお持ちでない場合は、請求月の月末までに当施設指定の口座へお振込み下さい（振込手数料はご負担をお願い致します）。

10．施設医及び協力医療機関

医師	松本　卓郎	内科
	松本　恵太	呼吸器内科
協力医療機関	医療法人社団淳生会　慈恵病院 住所　諫早市多良見町化屋９９５　（TEL　０９５７－４３－２１１５）	
	かわい歯科クリニック 住所　諫早市多良見町化屋８０３－９　（TEL　０９５７－２８－５８２８）	

11．事故発生時の対応

1）事故発生時は究明を第一に考え、主治医の指示のもと必要な措置および医療機関への受診等早急な対応をします。またそれと同時にご家族、担当の居宅介護事業所、市町村への連絡等必要な措置を講じるとともに、事故の状況および事故に関して携わった措置を記録します。併せて事故発生の原因追及、再発防止の検討を行います。

2）賠償すべき事故が発生した場合は、賠償責任を速やかに行います。

12. 他事業所及び他機関への情報提供の同意

・下記に記載される事項に該当する場合は、ご利用者またはそのご家族へ文書による同意を得た上で他事業所及び他機関へ情報の提供をおこないます。ただし、緊急入院等のやむを得ない場合は口頭での同意を得、後日、文書による同意を得ることになります

① サービス担当者会議時

② 当事業所を退居し、他施設や医療機関等への入所（入院）時

③ 医療機関への入院時

13. 苦情処理及び相談窓口の体制・手順

1）施設内に苦情･相談専用の窓口を設置し、相談に訪問した入居者及びご家族のプライバシーと秘密の保持、迅速な対応と早急な解決をします。

2）苦情･相談窓口、受付担当者を選任し、当該担当者が苦情相談にあたります。

苦情・相談窓口　　生活相談員

苦情・相談受付担当者　　各ユニットリーダー

苦情解決責任者　　施設長

※苦情・相談は、24 時間受付

電話　（代）０９５７－４３－６１１６

※苦情に関しては、施設のほか公的機関へ直接相談する事もできます。

・諫早市役所　介護保険課　　電話　０９５７－２２－１５００

・長崎県国民健康保険団体連合会　　電話　０９５－８２６－１５９９

第三者委員　（上記以外でも受けつけます）

※　評議員　　石丸　佳祐　０９０－７３９２－５５８７

※　評議員　　日下　完治　０９０－５７３２－１７７６

3）苦情･相談窓口担当者が、入居者及びそのご家族からの苦情･相談を受付け、その内容を充分に聴き、内容を確認した上で、その段階で解決・返答できると判断されるものは、その場で解決・返答します。

4）窓口担当者で解決・返答が困難な場合は、処理を保留し、苦情解決責任者、苦情受付担当者及び苦情･相談の対象となっている部門の責任者と協議し解決・返答します。

5）苦情の場合、当該施設内で解決が困難な場合は、施設が選任した第三者委員の立ち会いのもと、当該苦情申し立て者との話し合いを行い解決します。

6）苦情･相談に関する、解決の経過及び結果については、解決･改善策を明確にし、入居者及びご家族へ報告します。

7）解決後においても様子観察と記録をおこない、経過を見守ります。

14. 非常災害時の対策

1)「 特別養護老人ホームききつ消防計画」に基づき、災害時には被害を最小限にとどめるよう適切な対応をします。

2) 安全対策を常日ごろから検討し、あらゆる事態を想定した防火及び避難誘導訓練を実施します。

3）消防訓練（消火、通報、避難）は年 2 回以上。うち 1 回は夜間を想定して実施します。

防災設備	非 常 階 段　　あり 自動火災報知機　　あり（諫早消防署へ直通） 防火扉・シャッター　　あり 消 火 器　　あり 非常通報装置　　あり スプリンクラー　　あり カーテン等寝具については難燃性のものを使用しております。
防火管理者	松本 章

15. 身体拘束の防止

・サービス提供にあたり、ご利用者または他の利用者の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行いません。
ただし、緊急やむを得ない場合は、施設の身体拘束防止対策委員会で検討した上で、ご利用者またはご家族への説明し、同意を得て設置要綱に沿って実施するものとします。

16. 高齢者虐待の防止

・高齢者虐待の防止指針の整備や委員会の設置、定期的な職員研修を行い、ご利用者およびその家族からの苦情に対する処理体制の整備その他の職員による高齢者虐待の防止等のための措置を講ずるとともに、職員は、事業所において業務に従事する職員による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

17. 施設サービス計画

1）担当介護支援専門員は、入居者および家族の意向・要望、入居者の有する能力、置かれている環境等の評価に基づき入居者が自立した生活を営む事ができるように支援する上で、解決すべき課題を把握し、関係職員と協議した上で以下の事柄を記載したサービス計画原案を作成します。

・課題に対する目標（長期目標、短期目標）
・目標の達成（評価）時期
・サービスの内容
・サービス提供上の留意事項

2）担当介護支援専門員は、サービス計画案の内容等を入居者もしくはご家族へ説明し文書による同意を得ます。その際、入居者・ご家族はサービス内容の変更を申し出る事ができ、担当介護支援専門員は施設介護の趣旨に反しない範囲で計画の変更をします。

3）担当介護支援専門員は、計画の実施状況を把握し介護職員等への指導をします。

18. その他の留意事項

施設内の設備・器具備品の利用	施設内の設備・器具備品は、本来の使用方法をお守りください。ご利用者が故意に破損された場合、賠償していただくこともございます。なお、器具によっては、ご使用の際、職員の立会いが必要なものもございますのでお申し付けください。

19. カスタマーハラスメントに関する当施設の考え方

・当施設では、すべてのご利用者に安心して介護サービスをご利用いただくとともに、職員が安全で働きやすい環境を確保することを大切にしています。そのために、ご利用者またはご家族等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超え、職員の就業環境を害するおそれのある行為については、カスタマーハラスメントに該当する場合があります。

具体的には、次のような行為が該当することがあります。

1）大声での叱責や威圧的な言動

2）人格を否定する発言や差別的な言動

3）業務の範囲を超えた過度な要求

4）長時間にわたる執拗な要望やクレーム

これらの行為が認められた場合には、複数名での対応や、サービス提供方法の見直しについて、ご相談させていただくことがあります。なお、介護サービスに関する正当なご意見・ご要望・苦情につきましては、これまでどおり誠意をもって対応いたしますので、遠慮なくお申し出ください。

20. 入居時リスク確認（ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします）

・当施設では、入居者様が快適な生活を送られますように、安全な環境づくりに努めておりますが、入居者様の身体状況や病気により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

□ 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による事故、怪我の恐れがあります。

□ 当施設では原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。

□ 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。

□ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。

□ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。

□ 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。

□ 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。

□ 本人の全身状態が急に悪化した場合、施設医の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

□ 当施設では時間帯によっては 20 人の入居者様に対し職員が 1 人で対応する時間帯があり、転倒・転落等の事故や急変への対応が遅くなる場合があります。

□ 施設内でインフルエンザ感染症や新型コロナウイルス感染症等の感染症が発生し、伝播により感染する可能性があります。

【説明確認】

以上、施設介護サービスの提供開始にあたり重要事項をご説明いたしました。これを証明するため本書２通を作成し、署名押印の上、各自１通ずつ所持するものとします。

ご説明日　　年　　月　　日

＜施設名＞　特別養護老人ホーム　ききつ

＜所 在 地＞　諫早市多良見町化屋 1829 番地

＜代表者名＞　理事長　松本　恵太

＜説 明 者＞

（入　居　者）

私は、重要事項説明書について説明を受け、その内容を確認し同意します。

＜住　所＞

＜氏　名＞

（代　筆　者）

＜住　所＞

☎

＜氏　名＞

＜続柄＞

（身元引受人）

＜住　所＞

☎

＜氏　名＞

＜続柄＞

別　紙

利用料金表一覧

ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費（Ⅰ） 【定員 29 人以下：ユニット型個室】 1 単位：10 円			入居者様一日ご負担分	入居者様月額（30 日）ご負担分		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
施設介護サービス費	基本	要介護　1 （６８２単位）	６８２円	(20,460 円)	(40,920 円)	(61,380 円)
		要介護　2 （７５３単位）	７５３円	(22,590 円)	(45,180 円)	(67,770 円)
		要介護　3 （８２８単位）	８２８円	(24,840 円)	(49,680 円)	(74,520 円)
		要介護　4 （９０１単位）	９０１円	(27,030 円)	(54,060 円)	(81,090 円)
		要介護　5 （９７１単位）	９７１円	(29,130 円)	(58,260 円)	(87,390 円)
	加算	看護体制加算(Ⅰ)(Ⅱ) (Ⅰ)12 単位/日 (Ⅱ)23 単位/日	３５円	(1,050 円)	(2,100 円)	(3,150 円)
		日常生活継続支援加算(Ⅱ) （４６単位/日）	４６円	(1,380 円)	(2,760 円)	(4,140 円)
		栄養マネジメント強化加算 （１１単位/日）	１１円	(330 円)	(660 円)	(990 円)
		夜勤職員配置加算(Ⅱ) （４６単位/日）	４６円	(1,380 円)	(2,760 円)	(4,140 円)
		科学的介護推進体制加算(Ⅰ) （４０単位/月）	４０円（月に）	(40 円)	(80 円)	(120 円)
		高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）　(5 単位/月)	5 円（月に）	(5 円)	(10 円)	(15 円)
		生産性向上推進体制加算（Ⅱ） (10 単位/月)	１０円（月に）	(10 円)	(20 円)	(30 円)
		介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数に１７．６％を乗じた単位数を加算し、負担割合に応じた額を負担 ※所定単位数とは、基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数。			
		初期加算 ※入居又は 30 日を越える入院をし、退院した時に算定する（30 単位）	３０円	1 割負担	2 割負担	3 割負担
				(900 円)	(1,800 円)	(2,700 円)
		個別機能訓練加算(Ⅰ) (12 単位/日)	１２円	(360 円)	(720 円)	(1,080 円)
		個別機能訓練加算(Ⅱ)(Ⅲ) (Ⅱ)20 単位/月　(Ⅲ)20 単位/月	４０円（月に）	(40 円)	(80 円)	(120 円)
		認知症チームケア推進加算（Ⅱ）　(120 単位/月)	１２０円 (月に)	(120 円)	(240 円)	(360 円)
		入院・外泊時の費用 入院及び外泊の場合は、月 6 日を限度として所定単位数に代えて算定（246 単位/日）		246 円/日 6 日まで	492 円/日 6 日まで	738 円/日 6 日まで

		療養食加算 （6 単位/回）	540 円 （※1 日 3 食として）	1,080 円 （※1 日 3 食として）	1.620 円 （※1 日 3 食として）
		口腔衛生管理加算（Ⅱ） （110 単位/月）	110 円	220 円	330 円
		安全対策体制加算（20 単位） ※入所時に 1 回を限度として算定する。	20 円/回	40 円/回	60 円/回
		看取り介護加算 a.死亡日(1,280 単位/日) b.死亡日前日及び前々日(680 単位/日) c.死亡日以前 4 日以上 30 日以下(144 単位/日) d.死亡日以前 31 日以上 45 日以下（72 単位/日）	a.1,280 円/日 b.680 円/日 c.144 円/日 d.72 円/日	a.2,560 円/日 b.1,360 円/日 c.288 円/日 d.144/円/日	a.3,840 円/日 b.2,040 円/日 c.432 円/日 d.216 円/日
		認知症チームケア推進加算（Ⅱ） （120 単位/月）	120 円	240 円	360 円
介護保険外のサービス	食　費（材料費や調理の為の調理用品費人件費等、食事に関する費用）	（注１） １，５４５円／日	（注１） （４６，３５０円）／月		
	居住費（室料及び光熱水費相当）	（注１） ２，０６６円／日	（注１） （６１，９８０円）／月		
	居室確保料（入院・外泊時）	※入居者が入院及び外泊等による不在時も引き続き居室の確保を希望された場合は、居室確保料として負担限度の支払いを行うものとします。			
	理美容サービス費		実費相当額		
	①医療費、個人の嗜好による物品の購入にかかる費用等、実費負担が妥当と判断するもの。 ②屋外行事時の諸施設利用料、飲食代等実費負担が妥当と判断するもの		実費相当額		

（注１）介護保険負担限度額認定を受けている方につきましては、その認定証に記載された食事・居住費の金額となります。

※　介護保険からの給付額に変更のあった場合、変更された額に合わせて、入居者の負担額を変更いたします。上記金額は、目安としてご参照下さい。

※　入居者ご負担分の（　　）内は３０日分として計算しています。

※　お支払方法につきましては、「９．料金支払方法」をご参照ください。