

重要事項説明書

(令和6年9月1日 現在)

1 事業者の概要

事業者名称	社会福祉法人 茂木福寿会
代表者職氏名	理事長 加瀬 元彦
所在地	栃木県芳賀郡茂木町大字飯1694番地

2 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	特別養護老人ホーム ききょうの里
所在地	栃木県芳賀郡茂木町大字飯1694番地
代表者職氏名	施設長 永野 由美
介護保険指定番号	栃木県 0972700157

(2) 同施設の職員体制

施設長	1
生活相談員	2
介護支援専門員	2
機能訓練指導員 ※	2
栄養士	1
調理員	5
事務員	1
看護職員	5
介護職員	16
嘱託医	1

※機能訓練指導員は看護職員と兼務。

(3) 同施設の設備の概要

定員	50名
居室	4人部屋 2人部屋 個室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽が あります

静養室	1室2床
医務室	1室
食堂	1室
機能訓練室	1室
談話コーナー	1室

3 事業の目的及び方針

施設サービス計画に基づき、可能な限り在宅での生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。そのことにより、入所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ことを支援することを目的とします。

入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って、サービスを提供するよう努めます。

明るく家庭的な雰囲気の下、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市区町村、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、医療サービス、福祉サービスの提供者との密接な連携に努めます。

4 サービス内容

(1) 施設介護サービス計画の作成

専任の介護支援専門員がご本人様、ご家族様のご希望を取り入れながら個別の介護計画を作成いたします。また、介護計画の達成状況を定期的に評価、見直しいたします。

(2) 介護

施設介護サービス計画に沿って、下記の介護をおこないます。
(更衣、排泄、整容、食事、入浴、施設内の移動、
オムツ交換、体位交換、シーツ交換等)

(3) 入浴

週に最低2回身体の状態にあわせた方法で入浴して頂きます。ただし、状態に応じて清拭となる場合があります。

(4) 食事

食事時間は、朝食7:30~8:30、昼食11:30~12:30、
夕食17:30~18:30を基本としております。また、ご希望があれば時間を変更することも可能です。また、実費にてその他ご希望のものがあれば提供もいたしますので、詳しくは職員へお尋ね下さい。

(5) 機能訓練

訓練室やホールにて機能訓練をおこないます。

(6) 生活相談

常勤の生活相談員に、介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。

(7) 健康管理

当施設では、年2回健康診断をおこないます。8月と3月です。
また、毎週水、土曜日の午後は医務室において診察や健康相談サービスを受けることができます。

(8) レクリエーション

体を動かす軽い運動や、絵画やちぎり絵等のレクリエーションをご希望に応じておこないます。また、定期的に外出行事や、季節に応じた納涼祭、忘年会等の行事をおこないます。

(9) 理美容サービス

毎月第1火曜日は、理容組合による理容サービスがあります。(1回1700円)

隔月第4週には、訪問美容室による美容サービスがあります。(有料)

(10) 所持品の保管

居室のスペースに置くことのできない所持品を保管室にてお預かりいたします。

(11) 貴重品預かり金の管理

預かり金品の合意書を作成し、厳重に保管、管理いたします。

5 ご利用料金

(1) 施設利用料（1日あたりの1割の自己負担分）

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
589円	659円	732円	802円	871円

(2) 食費，居住費（1日あたりの自己負担額）
各所得段階に応じて次の通りです。

負担限度段階	資産要件	食費	居住費	
			個室	多床室
【第1段階】 ・世帯全員が市町民税非課税で老齢福祉年金受給者 ・生活保護受給者	・預貯金等が1,000万円以下の方(夫婦で2,000万円以下の方)	300円	380円	0円
【第2段階】 ・世帯全員が市町民税非課税の方でその他の合計所得金額と年金収入額の合計が80万円以下の方	・預貯金等が650万円以下の方(夫婦で1,650万円以下の方)	390円	480円	430円
【第3段階】 (1) ・世帯全員が市町民税非課税の方でその他の合計所得金額と年金収入額の合計が80万円超120万円以下の方	・預貯金等が550万円以下の方(夫婦で1,550万円以下の方)	650円	880円	430円
【第3段階】 (2) ・世帯全員が市町民税非課税の方でその他の合計所得金額と年金収入額の合計が120万円を超える方	・預貯金等が500万円以下の方(夫婦で1,500万円以下の方)	1,360円	1370円	430円
【第4段階】 ・本人が市町民税非課税で世帯員に市町民税課税者がいる方 ・本人が市町民税課税の方 ・配偶者が市町民税課税の方（世帯分離している配偶者を含む）	・利用者負担段階に応じた上記資産要件を満たさない方	1,445円	1,231円	915円

食費は、日割りで頂いています。

(そのうち、上記の、1日の負担限度額を上限として食費を頂いています。)

日常生活継続支援加算(Ⅰ) 36円/日

前6ヵ月又は1年のうちの新規入所者のうち要介護4・5の入所者70%以上又は認知症日常生活自立度がⅢ以上の者が65%以上の場合且つ介護福祉士資格を有する職員を一定の割合配置している場合に加算されます。

看護体制加算(Ⅱ)イ 13円/日

常勤の看護師を1名以上配置している場合に加算されます。

夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ 22円/日

夜間の人員基準よりも多くの介護職員等を配置し、安心して生活できる環境を構築している場合に加算されます。

生産性向上推進体制加算(Ⅰ) 100円/月

見守り機器などのテクノロジーを複数導入し、職員間での適切な役割分担を行っている場合に加算されます。

**科学的介護推進体制加算（Ⅰ） 40円/月**

利用者の状態やケアの計画・内容などを科学的介護情報システム(LIFE)へデータ提出することでフィードバックされる情報を活用し、介護サービスの質の向上に向けた取り組みを評価する加算です。

**口腔衛生管理加算（Ⅰ） 90円/月**

歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が施設の利用者に対して口腔ケアを実施することで評価される加算です。

**看取り介護加算（Ⅰ）**

看取り介護計画を作成し、ご家族の同意、計画に基づく適切な看取り介護を行うなどした場合に加算されます。

死亡日より45日～31日前 72円/日

死亡日より30日～4日前 144円/日

死亡日の前々日・前日 680円/日

死亡日 1,280円/日

**福祉施設初期加算**

入所後30日間は1日あたり30円が加算されます。また、30日以上入院後、再入所される場合も同様です。

**介護職員等処遇改善加算**

所定単位×140/1,000単位（令和6年6月から）

※現行の介護職員処遇改善加算と介護職員等特定処遇改善加算と介護職員等ベースアップ等支援加算を一本化されます。

**栄養管理基準減算 -14単位/日減算（令和6年4月から）****外泊・入院時費用**

病院等へ入院した場合、ご自宅等へ外泊された場合は、ご不在の間も居室を確保しているため、各負担限度額段階に応じて次の料金を頂きます。

負担限度額段階	6日目まで			7日目以降		
	外泊加算	個室料	多床室料	外泊加算	個室料	多床室料
【第1段階】	246円	380円	0円	0円	1,231円	430円
【第2段階】	246円	480円	430円	0円	1,231円	430円
【第3段階】	246円	880円	430円	0円	1,231円	430円
【第4段階】	246円	1,231円	915円	0円	1,231円	915円

※施設利用料及び加算においては、介護保険負担割合証に基づく1～3割の負担となります。

**金銭管理費 50円/日**

通帳や日常的に使用する小口現金等の管理にかかわる費用です。

**その他**

行事参加費（おでかけデイ、納涼祭、忘年会等）別途料金がかかります。

6 お支払方法

毎月20日頃までに前月分の利用料につきまして請求いたしますので、その月の月末までにお支払い下さい。お支払い頂きますと領収書を発行いたします。なお、施設にて通帳をお預かりしている方につきましては、基本的小さいお預かりしている通帳の口座から引き落としさせていただきます。お支払い方法の詳細につきましては契約時にご相談ください。

7 事故発生時の対応（サービス提供中）

(1) 緊急時における確認事項

- ①事故によりご契約者の身体に障害が発生した場合は、生命維持の為に可能な限りの応急処置を行います。
- ②医師、事業所の管理者に状況を正確に伝え指示を受け、診断、治療が必要な場合はスタッフ等と協力し適切敏速な対応に努めます。

(2) ご家族、関係機関への連絡

- ①身元引受人等の方へ事故の状況や内容を速やかに且つ正確にお伝えし、ご協力を仰ぎます。（緊急連絡先の変更がある場合は必ずお知らせ下さい）
- ②事故の程度状況に応じて、市町村介護保険係、警察署、県東健康福祉センター等に報告連絡します。

(3) 事故、再発防止対策

- ①事故防止対策委員会や感染防止対策委員会の活動を基に、対応マニュアルを作成し、職員一同で事故防止に努めています。
- ②事故、ニアミス発生時には、そのつど報告書や防止策を検討、作成し、再発防止に努めていきます。

(4) 損害賠償

当事業者は損害賠償保険に加入しており、ご契約者に対して賠償すべきことが発生した場合は、保険の適用範囲内で契約書本文第12条及び第13条に基づき賠償いたします。

8 非常災害時の対応

当施設が定める「消防防災計画」及び「事業継続計画（BCP）」に基づき対応を行います。ご利用者様の安全を確保する為の必要かつ適切な措置を講じます。

平常時の訓練等として、施設が定める消防防災計画に基づき、昼間及び夜間を想定した防災訓練をご利用者も参加して行います。

9 虐待防止について

ご利用者に対する虐待防止の為に、以下の取り組みを講じています。

- (1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上、知識や技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画の作成により、適切な支援の実施に努めます。
- (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整える他、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

10 感染防止について

- (1) 当施設内に於いて、感染症が発生した場合には感染症マニュアルに沿って蔓延しない様、ご利用者の安全を確保する為の必要かつ適切な措置を講じます。
- (2) 従業者の知識及び技術の向上の為、感染防止対策委員会を設置し研修や訓練を定期的に行います。

11 個人情報の保護と使用について

事業者及び従業員は、サービスを提供する上で知り得たご利用者及びご家族の個人情報を、正当な理由無く、第三者に漏らしません。また、この個人情報保護義務は、サービス提供契約が終了した後も継続します。サービス担当者会議等において個人情報を使用するに当たり、予め別紙「個人情報使用同意書」にて同意を頂いています。

12 身体拘束について

サービス提供にあたり、原則として、身体拘束は行いません。しかし、ご利用者、ご家族に同意を得た上で、次に示すような条件が全て満たされた場合、必要最低限の範囲で身体拘束を行うことがあります。

(1) 切迫性

直ちに身体拘束を行わなければ、ご利用者本人又は他者の生命、身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。

(2) 非代替性

身体拘束以外に、ご利用者又は他者の生命、身体に対し危険が及ぶことを防止できない場合に限りです。

(3) 一時性

身体拘束を行う必要性がなくなった場合は直ちに身体拘束を解きます。

身体拘束を行う場合は、行った日時、理由及び様態等についての記録を行います。

13 見守り対策について

当施設では、ご利用者の安全と事故予防、事故発生時の早期発見を目的とした見守り対策に関する人感センサーマット・機器を使用する場合があります。

人感センサーマット・機器につきましては画像や音声記録は残りません。

14 ハラスメント対策について

(1) 当施設では、ハラスメント予防の為の取り組み、発生した場合の対応や対策をしっかり講じます。従業員がご利用者・ご利用者の家族等からハラスメントを受け、相当と認められる場合や、ご利用者・ご利用者の家族等が施設の指示に従わない場合は、サービスの提供を制限する事が出来ます。

(2) ハラスメントの予防・対策に関連する事象の研修を定期的実施します。

15 第三者評価の実施状況

当施設では第三者評価は実施しておりません。

16 協力医療機関

○高安医院 益子町七井2493-2	0285-72-7231
----------------------	--------------

○及川歯科医院 益子町益子2056	0285-72-2234
----------------------	--------------

17 苦情の受付について

(1) 苦情受付担当者

当事業所に対する苦情やご相談は以下の窓口で受けつけ、速やかに対応いたします。

【苦情受付担当者】	生活相談員 渡邊 沙織 吉原 信明
【電話番号】	0285-65-0811
【受付時間】	午前8時30分～午後5時30分

(2) その他の苦情受付窓口

【名称】	茂木町役場 保健福祉課 高齢介護係
【所在地】	栃木県芳賀郡茂木町大字茂木155
【電話番号】	0285-63-5603
【FAX】	0285-63-5600
【名称】	栃木県国民健康保険団体連合会
【所在地】	栃木県宇都宮市本町3番9号合同ビル6階
【電話番号】	028-622-7242
【FAX】	028-622-7281

《事業所名》 介護老人福祉施設ききょうの里
(栃木県指定番号0972700157)

《住所》 栃木県芳賀郡茂木町大字飯1694番地

《代表者名》 施設長 永野 由美 印

上記重要事項について説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

身元引受人氏名 _____ 印