

外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護

外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護

【重要事項説明書】

社会福祉法人 天理市社会福祉事業団

外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護事業所ふるさと園
外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所ふるさと園

平成18年9月30日 指定

奈良県指定（第2970400749号）

天理市立養護老人ホームふるさと園

1. ご利用事業所名及び連絡先

〈事業所名〉

外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護事業所ふるさと園
外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所ふるさと園

〈住 所〉

〒632-0055 天理市遠田町473番地

〈電話・FAX〉

電話 (0743) 67-0161

FAX (0743) 67-0873

2. サービス相談・苦情受付窓口

当外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護事業所又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所が提供するサービスについての相談・要望及び苦情等については下記窓口までお申し出ください。

電話 0743-67-0161

FAX 0743-67-0873

担当窓口 園長（兼務生活相談員） 森川愛美

受付時間 月曜日から金曜日

午前9時00分～午後5時00分

3. 居室等の概要 必要が義務づけされている施設・設備です。

居室・設備	室数	備考
個室（1人部屋）	50室	1階 22室
食堂	1か所	1階
トイレ・洗面	14か所	隣室と共用
談話室	1か所	1階
浴室	2か所	一般浴槽2、介護浴槽1
医務室	1か所	2階
静養室	1か所	2階

- * この施設・設備の利用にあたって、ご利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

4. 職員の配置状況

《主な職員の配置状況》

- ・ 管理者 1名 （併設特養、養護老人ホーム施設長兼務）
事業所に勤務する職員及び業務を一元的に管理する。
- ・ 生活相談員 1名 （養護老人ホーム兼務）
入所等の調整・業務の実施状況の点検把握及び家族との連絡調整。
- ・ 計画作成担当者 1名 （生活相談員兼務）
施設介護サービス計画等の作成。
- ・ サービス提供責任者 1名
訪問介護の利用に係る調整、訪問介護計画の作成、訪問介護員に対する技術指導、自らも訪問介護の提供にあたる。
- ・ 介護職員 9名 （内8名は、養護老人ホーム兼務）
入所者の自立支援及び日常生活全般の介護の提供

- * 夜間については夜勤者1名を配置しております。

5. サービスの内容

(1) 基本サービス

① 特定施設サービス計画の立案

利用者について、解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護サービス又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護サービスに係る目標及びサービス内容、サービスを提供する上での留意点を盛り込んだ特定施設サービス計画を作成します。

② 利用者の安否の確認

事業所の従業者により、利用者の日常の心身の状況、生活状況を常に配慮いたします。

③ 生活相談等

生活相談員をはじめ従業者が、日常生活に関すること等の相談に応じます。

(2) 受託居宅サービス

特定施設サービス計画に基づく、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話等のサービスについては、当事業所が委託する指定居宅サービス事業者により提供します。

指定訪問介護・指定介護予防訪問介護

天理市訪問介護事業所ふるさと園

天理市遠田町473番地

指定訪問看護・指定介護予防訪問看

訪問看護ステーションみみずく

天理市丹波市町302

指定通所介護・指定介護予防通所介護

デイサービスみやぎ

天理市守目堂町170

次の指定居宅サービスは、利用者の希望や心身の状況等に応じて

当事業所がその都度委託する事業者より提供します。

指定訪問入浴介護（指定介護予防訪問入浴介護）

指定訪問リハビリテーション（指定介護予防訪問リハビリテーション）

指定通所リハビリテーション（指定介護予防通所リハビリテーション）

指定福祉用具貸与（指定介護予防福祉用具貸与）

地域密着型認知症対応型通所介護（指定介護予防認知症対応型通所介護）

（３）設備の使用、手続き並びに介護サービス等

① 居室・洗面所・トイレ

居室は全室個室です。入所後、利用者の状況に応じて、ご使用いただく居室を変更することがあります。なお、洗面所及びトイレは隣室の方お二人との共用です。

② 食 事

提供時間	朝食	午前	8時00分～	8時30分
	昼食	午後	12時00分～	12時30分
	夕食	午後	6時00分～	6時30分

- ・ 管理栄養士(栄養士)の作成した献立に基づき、食事を提供します。
- ・ 食事はご利用者の摂取状況に合わせて調理します。
- ・ 食事介助は、特定施設サービス計画に沿って、サービスの提供を行います。

③ 入 浴

- ・ 週2回入浴または清拭を行います。
- ・ 入浴介助は、特定施設サービス計画に沿って、サービスの提供を行います。

④ その他の日常生活

日常生活上の更衣、排泄、体位変換、シーツ交換、施設内移動の付き添い等の介護は、利用者の状況に応じた適切な特定施設サービス計画に沿って、サービスの提供を行います。

⑤ 健康管理

健康状態を把握するため、協力病院の嘱託医師による内科診察を原則毎週1回受けることができます。また、必要に応じ、協力病院への外来受診をいたします。なお、協力病院及び嘱託医以外への受診については原則として、ご家族に行っていただきます。

協力医療機関

社会医療法人 高清会 高井病院

住所 天理市蔵之庄町461-2

電話番号 0743-65-0372

天理市立 メディカルセンター

住所 天理市富堂町300-11

電話番号 0743-63-1821

協力歯科医療機関

医療法人 近山歯科

住所 天理市柳本町702-1

電話番号 0743-66-3781

⑥ 機能訓練

日常生活動作の維持又は向上を日ごろの生活の中で実施します。必要に応じて、特定施設サービス計画に沿って、サービスの提供を行います。

※ご要望・ご不明点等ございましたら従業者へ相談してください。

(4) その他のサービス

① 理美容

② クラブ・レクリエーション

各種クラブ活動及びレクリエーション等の行事を行います。

③ 買い物

嗜好品等の買い物代行・販売を行っています。

6. 利用料金

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご利用者の負担額を変更します。

※被保険者の負担割合区分に応じ異なります。

(1) 保険が適用される基本料金

※天理市は、地域区分7級地であり、1単位当たり、10.14円です。

① 基本サービス利用料

一日あたりの料金	要介護の方	83 単位
	要支援の方	56 単位

② 各種加算料

・サービス提供体制強化加算 (I) (II) (III)

1日 (I): 22 単位 (II): 18 単位 (III): 6 単位

※介護福祉士の配置割合を評価するための加算。

・介護職員等処遇改善加算 (I) (II) (III) (IV)

月の所定単位数に各%乗じた単位数。

(I) 12.8% (II) 12.2% (III) 11.0% (IV) 8.8%

※介護職員の資質向上、雇用管理の改善、労働環境の改善

③ 受託居宅サービス利用料・受託介護予防サービス利用料

受託居宅サービス利用料

(ア) 「指定訪問介護」

・身体介護 (1サービス利用あたり)

15分 利用者負担額 96 単位

30分 利用者負担額 193 単位

- ・ 生活援助（1サービス利用あたり）

15分 利用者負担額 49単位

30分 利用者負担額 96単位

- ・ 通院等乗降介助

1回あたり 利用者負担額 86単位

- ・ その他の訪問・通所サービス

利用単位数の負担割合証区分に応じた額が利用者負担となります。

(イ)「指定介護予防訪問介護」(1ヶ月につき)

- ・ 週1回程度利用した場合

利用者負担額 1,057単位

- ・ 週2回程度利用した場合

利用者負担額 2,115単位

- ・ 週2回以上利用した場合

利用者負担額 3,355単位

- ・ その他の訪問・通所サービス

利用単位数の負担割合証区分に応じた額が利用者負担となります。

(2) その他保険外で全額利用者負担となる費用

① 特別な介護費用 : 実費

- ・ 排泄用品（おむつ等）の費用

② 理美容代金 : 実費

③ クラブ活動費 : 実費

④ 冷蔵庫・テレビ等使用電気代 : 1か月 500円(1件につき)

※入院された月のテレビ使用電気代は1日17円の日割り計算にて徴収となります。

(3) 利用料金等の支払い

ご利用者は、当月請求額を毎翌月末日までお支払いいただきます。

7. サービス内容に関する相談・苦情

サービス内容に関する相談及び苦情等については、当施設の相談窓口の他、下記の窓口においてもサービス内容に関する相談及び苦情等について伝えることができます。

① 市町村の介護保険担当窓口

電話番号 0743-63-1001

② 奈良県国保連合会相談窓口

電話番号 0744-29-8311

③ 奈良県介護保険担当窓口

電話番号 0742-22-1101

8. 事故発生時の対応について

(1) サービスの提供により事故が発生した場合は、すみやかに市町村、利用者及びその利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じさせていただきます。また、事故の状況及び事故に際してとった処置を記録することとします。

(2) 事故が発生した際には、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じることとします。

(3) サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償等速やかに行う。

(4) 事業所は、事故防止のため、次の措置を講じています。

① 事故防止対策委員会の設置と委員会の開催。

② 事故防止対策のための体制の整備。

③ 事故防止対策のための定期的な研修の実施。

9. 人権擁護と虐待防止について

事業所は利用者の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じています。

- ①虐待防止委員会の設置と責任者及び担当者の選任及び委員会の設置。
- ②苦情解決体制の整備。
- ③従業者に対し、虐待防止の啓発・普及するための研修の実施。

10. 身体拘束廃止について

(1) 事業者は、当該利用者又は、他の利用者の生命又は、身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束及びその他利用者の行動を制限する行為を行いません。

やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

(2) 身体拘束等の適正化に関する取り組みとして次の措置を講じています。

- ①身体拘束廃止検討委員会の設置と委員会の開催。
- ②身体拘束廃止のための体制の整備。
- ③従業者に対し、身体拘束廃止等の適正化のための研修の実施。

11. 記録の整備について

外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護を提供した日から市利用者に関する諸記録について、5年間保存します。

12. 感染予防について

事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努め、事業所において食中毒及び、感染症の発生、又はまん延しないよう措置を講じています。

1 3. 非常災害時の対策について

事業所は、防災計画に基づき非常災害時に備えるため、定期的に避難、救出等の必要な訓練を行い、利用者の生命等の安全確保に努めています。

1 4. 感染症及び災害時における業務継続計画（BCP）の策定について

事業所は、感染症または非常災害の発生において、サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常事態の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定しています。

1 5. 守秘義務について

(1) 事業者及び従業員は、正当な理由がない限り、業務上知り得た利用者及びその家族等の個人情報等を第三者に漏らしません。この守秘義務については、本契約が終了した後も継続します。

(2) 事業者は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身の状況を提供できるものとします。

(3) 事業者は、利用者及びその家族等の個人情報を用いる場合は、事前に各関連する者の同意を得ることとします。

1 6. その他サービスにおける留意事項について

(1) 面会時間 午前9時から午後5時

尚、時間外についてはご相談ください。

- ・咳・発熱などの体調不良の場合は、面会をお断りする場合があります。
- ・感染症流行時など、面会場所・時間・方法にご配慮いただく場合があります。

(2) 外出・外泊

所定の用紙にご記入の上、職員に届けてください。

(3) 貴重品の持ち込みについて

金銭及び貴重品の管理については、自己管理を基本とし、多額及び高額及び貴重な金品については施設に持ち込まないでください。

(4) 食べ物の持ち込みについて

衛生管理上、職員に持ち込みのお声掛けをお願いします。また、本人様が食べきれぬ量でお願いします。

(5) その他

- ①騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
- ②むやみに他の利用者の居室に立ちいらぬようお願いします。
- ③施設内での金銭及び食べ物のやり取りはご遠慮ください。

※提供するサービスの第三者評価の実施 無し

令和 年 月 日

当事業所の外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護にあたり、利用者に対して契約書並びに本書面に基つき、重要な事項について説明を致しました。

事業者 所在地 奈良県天理市遠田町473番地

事業所名 外部サービス利用型指定特定施設
入居者生活介護事業所ふるさと園

管理者 森川 愛美 ㊟

説明者（職） (氏名)

利用者並びに保証人は、契約書並びに本書面に基つき、事業者から外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護についての重要な事項について説明を受けました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____㊟

身元引受人 住 所 _____

氏 名 _____㊟