

【契約書別紙】

指定介護老人福祉施設

天理市立特別養護老人ホーム ふるさと園

重 要 事 項 説 明 書

指定介護老人福祉施設
平成12年3月31日 指定
奈良県指定（第2970400137号）

当施設は、ご契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供します。
施設の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを
次のとおり説明します。

社会福祉法人 天理市社会福祉事業団

1. 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 天理市社会福祉事業団
法人所在地	奈良県天理市遠田町473番地
電話番号	0743-67-0161 (代表)
F A X	0743-67-0873
代表者氏名	理事長 並 河 健

2. ご利用施設

施設の種別	指定介護老人福祉施設 平成12年3月31日指定 奈良県指定(第2970400137号)
施設の名称	天理市立特別養護老人ホーム ふるさと園
施設長(管理者)	森川 愛美
入所定員	30人

3. 事業の目的

社会福祉法人天理市社会福祉事業団が開設する天理市立特別養護老人ホームふるさと園が行う指定介護老人福祉施設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、事業所の介護支援専門員、看護師及び介護福祉士等の介護職員が要介護状態にある高齢者に対し、適正な介護福祉施設サービスを提供する事を目的とする。

4. 運営の方針

- (1) 事業所職員は、利用者の心身の特性を十分に踏まえて、利用者が可能な限りその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事などの介護及びその他日常生活上の介護援助を行うことにより、利用者の心身機能の維持向上を支援し、再度居宅での生活が可能となるよう支援すると共に、利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図るものとする。
- (2) 事業の実施にあたっては、事業所職員は利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものと

する。

- (3) 事業の実施にあたっては、地域や家庭との結び付きを重視し、関係市町村、介護保険事業者等の保健・医療・福祉サービス事業者と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

5. 居室の概要

(1) 居室等の概要

定員 4 名：6 室 定員 1 名（個室）：6 室、
食 堂 ・ 浴 室 ・ 静養室

6. 職員の配置状況

- ・施設長（管理者） 兼務 1 名（指定基準 1 名）
事業所に勤務する職員の管理及び利用申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。
- ・介護職員 13 名（指定基準 11 名）
施設サービス計画書にもとづいて入浴・食事等の介助及び援助を行う。
- ・生活相談員 1 名（指定基準 1 名）
当事業者の利用申込みに係る調整、施設サービス計画等の作成、業務の実施状況の点検・把握及び家族との連絡調整をする。
- ・看護職員 1 名（指定基準 1 名）
利用者の健康状態の把握、保健衛生上の指導や看護等を行う。
- ・事務員 1 名（指定基準 1 名）
必要な事務を行う。
- ・介護支援専門員 兼務 1 名（指定基準 1 名）
- ・医師 嘱託 1 名
当事業利用者の医学的健康管理及び診察等の処置を行う。
- ・管理栄養士 兼務 1 名（指定基準 1 名）
利用者の嗜好と栄養に合致し、健康の維持増進と栄養管理及び生きがいのある食生活に資するための献立の作成及び給食調理の指導等を行う。

- ・調理員 2名（指定基準1名）

利用者の食生活の維持向上を図るための給食調理等全般を行う。

7. 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

利用料金の通常9割が、介護保険から給付されます。

(介護保険負担割合によって異なります)

<サービスの概要>

① 居室

- ・基本的には定員4名の居室となります。

② 食事

- ・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 … 7:45 ~ 8:10

昼食 … 11:45 ~ 12:30

夕食 … 18:00 ~ 18:30

③ 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・契約者の身体状態に応じた方法で入浴していただきます。

④ 排泄

- ・排泄の自立を促すため、契約者の心身の状況に応じて、適切な方法により必要な支援を行います。また、おむつを使用せざるを得ない場合は、排泄の自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えます。

⑤ 健康管理

《 嘱託医 天理市立メディカルセンター 医師 》

《 協力医療機関 社会医療法人 高清会 高井病院 》

- ・医師と看護師の連携をもとに、契約者の健康管理を行います。
- ・病院受診が必要と判断する場合、届けられた連絡先に事前に連絡を入れさせていただきますので必要時にご家族様の付添いをお願いします。ただし、緊急の場合や電話がつながらず連絡が取れなかった場合等は事後連絡となってしまう場合があります。ご了承ください。

- ・健康維持のため、インフルエンザ等の予防接種は、可能な限り受けていただきます。

⑥ 口腔衛生管理

《 協力歯科医療機関 医療法人 和光会 》

- ・歯科医師、歯科衛生士、介護職員及び関連職員の共同により、契約者の口腔状態に応じた口腔衛生管理を継続的に行います。
- ・歯科医師の検診により、治療が必要な場合は契約者、身元引受人の方の同意をいただきます。また、医療費の自己負担が別途必要になります。

⑦ 機能訓練

- ・月1回理学療法士の指導により、集団でリハビリを行います。
- ・日々、契約者の身体能力に応じて、随時行います。

⑧ その他

- ・ご家族との交流会（食事会・祭り・外出）、レクリエーション、クラブ活動、おやつ作り、ほか季節の行事

◆ 利用料金

I. 介護保険給付対象費用

下記の料金表によって、契約者の要介護度に応じたサービス利用料金（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度及び被保険者の所得区分に応じて異なります。）と食費・居住費をご負担いただきます。

① 施設介護サービス費

	単 位	1 割 負 担		2 割 負 担	
		1 日 当 り	30 日 当 り	1 日 当 り	30 日 当 り
要介護1の方	6 9 4	704 円	21,120 円	1,407 円	42,210 円
要介護2の方	7 6 2	773 円	23,190 円	1,545 円	46,350 円
要介護3の方	8 3 5	847 円	25,410 円	1,693 円	50,790 円
要介護4の方	9 0 3	916 円	27,480 円	1,831 円	54,930 円
要介護5の方	9 6 8	982 円	29,460 円	1,963 円	58,890 円

※ 天理市は、地域区分7級地であり、1単位当り、10.14円です。

② 加算費用（当施設の体制やご本人の状況等により加算）

加算項目	内 容	単 位
初期加算	入居された日から30日間加算。 30日以上入院後の再入居後も同様。	1日当り 30単位
看護体制加算	常勤の正看護師を1名以上配置していること	1日当り 4単位
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ) ①介護福祉士80%以上の配置 ②勤続10年以上の介護福祉士が35%以上 ①②のいずれかに該当すること (Ⅱ) 介護福祉士が介護人員総計の60%以上配置 (Ⅲ) ①介護福祉士50%以上の配置 ②常勤職員75%以上の配置 ③勤続7年以上30%以上 ①②③のいずれかに該当すること 介護職員の配置割合により(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)のいずれかを適用	(Ⅰ)1日当り 22単位 (Ⅱ)1日当り 18単位 (Ⅲ)1日当り 6単位
外泊時加算	入院、又は、外泊した場合。 (1カ月 6日が限度)	1日当り 246単位
栄養マネジメント強化加算	管理栄養士が入居者毎に栄養ケア計画を作成し、栄養管理を行っている場合	1日当り 11単位
科学的介護推進体制加算Ⅱ	入所者ごとの日常生活動作値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況に係る基本的な情報、疾病、服薬情報を厚生労働省に提供。評価された内容を介護計画等に反映し介護の質を高めることに役立てることを目的とした加算です。	1月当り 50単位
ADL維持等加算	日常生活に関する動作の情報を厚生労働省に提供。評価された内容を介護計画に反映させ自立支援・日常生活動作の重度化防止に向けた取り組みを支援することを目的とした加算です。 Ⅰ ADL利得の平均値が1以上 Ⅱ ADL利得の平均値が3以上	1月当り Ⅰ 30単位 Ⅱ 60単位
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことが出来るよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行う。 (Ⅱ) 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対し口腔衛生等の管理を月2回以上行う。	1月当り 110単位

	入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用する	
安全対策 体制加算	外部の研修を受けた担当者を配置し施設内に安全対策部門を設置し組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。	入所時1回限り 20単位
介護職員 等処遇改 善加算Ⅳ	介護職員の人材確保にむけ、基本的な待遇・賃金改善を行うための加算です。	所定単位数に 9.0%乗じた単 位数

※ 天理市は、地域区分7級地であり、1単位当り、10.14円です。

※ 評価により加算単位数は変更します。変更になりましたら適宜ご連絡いたします。

Ⅱ. 介護保険給付対象外費用

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

① 食 費（所得に応じて負担が軽減される制度があります。）

1日あたり3食 …… 1,445円
（1か月30日として …… 43,350円）

② 居住費（所得に応じて負担が軽減される制度があります。）

多床室1日あたり …… 915円
（1か月30日として …… 27,450円）

☆ 個室をご利用の方も費用は、多床室と同額ですので、利用室の指定はできません。

入所中に入院又は外泊等をされた場合も加算されます。

Ⅲ. その他

- ・ 預り金・事務管理費 …… 1日 110円
- ・ 家電使用料金 …… 個数毎に月500円
- ・ 理容・美容サービス …… 実 費
- ・ 行政手続き代行サービス（切手代等） …… 実 費
- ・ レクリエーションサービス …… 実 費

※ 上記のサービス経費については、その都度お支払いいただきます。

※ 契約者及びその家族と事業者間において、協議のうえ、双方で合意

したサービスの経費については、別途定めます。

◆ **利用料金のお支払い方法**

当月分の利用料を1カ月ごとに計算し、請求書を翌月15日までに通知します。その後、その月内に以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- 一 窓口での現金払い
- 二 金融機関ご本人口座から引き落とし
ご利用できる金融機関 : 南都銀行

◆ **面会時間は原則として、午前9時～午後5時とします。**

- ・居室での面会は、原則1時間以内とし、それ以上になる場合は、居室外でお願いします。
- ・受付で面会カードを記入いただき、特別養護老人ホームの職員にお渡し下さい。

◆ **騒音等、他の利用者の迷惑になる行為は、ご遠慮ください。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようお願いします。**

◆ **施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。**

◆ **所持品の管理 施設内で使用する所持品は、自己の責任で管理するようお願いします。**

- ・現金等の管理 施設内で所持する現金等については、自己責任で管理するようお願いします。

◆ **提供するサービスの第三者評価の実施** 無し

8. 守秘義務

(1) 事業者及びその従事者は、正当な理由がない限り、業務上知り得た契約者及びその家族等の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

(2) 事業者は、契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約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、契約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。

9. 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。

10. 非常災害時の対策について

事業者は、防災計画に基づき非常災害時に備えるため、定期的に非難、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。

11. 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。

12. 事故発生時の対応について

(1) 入所者の処遇により事故が発生した場合は、速やかに市町村、県、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して取った処置を記録する事とします。

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

(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います。

(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

13. 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、虐待の発生また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

1 4. 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。

(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

1 5. 記録の整備について

特別養護老人ホームふるさと園に入所された日から利用者に関する諸記録について、5年間保存します。

1 6. 契約者が病院等に入院された場合の対応について

契約者が、病院等に入院された場合、90日以内に退院できる見込みがあれば、退院後も再び施設に入所できるものとします。

なお、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。

1 7. 身元引受人

- ・ 契約締結にあたり、身元引受人をたてることとします。ただし、契約者に身元引受人をたてることができないと考えられる事情がある場合には、この限りではありません。
- ・ 身元引受人には、これまで最も身近で契約者のお世話をされてきた家族や親族に就任していただくのが望ましいと考えておりますが、必ずしもこれらの方に限る趣旨ではありません。

- ・身元引受人は、本契約に基づく利用料金等の債務につき、契約者と連帯してその履行の責任を負うことになります。
- ・契約者が入居中に死亡された場合、ご遺体や遺留品等の引き取り等の処理についても、身元引受人がその責任で行っていただく必要があります。

18. 相談・要望・苦情等の窓口

当施設のサービスに関する相談、要望及び提供を受けたサービスの苦情については、下記窓口までお申し出ください。

《サービス相談・苦情受付窓口》	
電話番号	0743-67-0161
担当者職・氏名	生活相談員 <small>たかはし</small> 高橋 <small>ちかこ</small> 智香子
受付時間	月曜日から金曜日の午前9時00分～午後5時00分

当施設の相談窓口のほか、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などについて、伝えることができます。

- ① 市町村の介護保険担当窓口
天理市介護福祉課 0743-63-1001 (代表)
- ② 奈良県国保連合会介護サービス苦情・相談窓口
0120-21-6899

19. 緊急時の対応

利用者の体調の変化、及び緊急の場合は、下記に定める緊急連絡先にご連絡いたします。

いつでも必ず速やかに連絡が取れるように、時間帯によって連絡先の優先順位等があれば特記にご記入をお願いいたします。

【第1位緊急連絡先】

(ふりがな)

氏 名 _____ (続柄)

住 所 _____

電話番号 (自宅) _____

電話番号 (携帯) _____

電話番号 (職場等) _____

【第2位緊急連絡先】

(ふりがな)

氏 名 _____ (続柄)

住 所 _____

電話番号 (自宅) _____

電話番号 (携帯) _____

電話番号 (職場等) _____

※ 緊急時にご連絡できないことのないよう、連絡先に変更等が生じた場合は、速やかにお知らせください。

事 業 者

所在地 〒632-0055 奈良県天理市遠田町473

事業所名 天理市立特別養護老人ホーム ふるさと園

管理者名 森 川 愛 美 ⑩

上記の説明を受け、同意及び了承しました。

令和 年 月 日

契約者氏名 _____ ⑩

身元引受人氏名 _____ ⑩