

ユニット型特別養護老人ホーム 平城園

入園時重要事項説明書

1、経営主体

法人名	社会福祉法人 福 寿 会
法人所在地	奈良市秋篠町 1 5 6 7 番地
電話番号	0 7 4 2 - 4 5 - 9 5 8 8
代表者氏名	理事長 秋吉 美由紀
設立年月日	昭和 5 6 年 1 2 月 2 5 日

2、施設概要

施設の種類	(介護予防) 短期入所生活介護
施設の名称	ユニット型特別養護老人ホーム平城園
所在地	奈良市秋篠町 1 5 6 7 番地
連絡先	0 7 4 2 - 4 5 - 9 5 8 8
管理者の氏名	施設長 吉村 弥生
指定年月日	平成 3 1 年 1 月 1 6 日指定
指定番号	奈良市指定 第 2 9 7 0 1 0 8 0 8 6 号
サービス提供地域	奈良県・奈良市(都祁、月ヶ瀬地区を除く) 京都府・木津川市(旧木津町)、精華町

3、設備の概要

- 居室
 - 3 階 優 ユニット型個室 2 0 室
 - 5 階 雅 ユニット型個室 2 0 室
- 浴室
 - 3 階 (個浴) 5 階 (個浴)
- 機能訓練室 (1 室)、医務室 (1 室)、静養室 (1 室)
- その他 相談室・診療所・喫茶室・温冷配膳車

※各設備について、厚生労働省が定める基準に従って設置しています。

※ご希望に沿ったタイプの居室をご準備しますが、心身の状況の変化により居室を変更する場合があります。

4、利用定員 入所者の空床利用とする。

5、運営方針

利用者のニーズにあった介護を中心に、信頼と期待に応える施設として、以下1～3を基本理念とし、職員の資質向上と福祉(介護)サービスの充実に努めることを運営方針としています。

- 1) その人の人権を尊重する。
- 2) その人の自立を支援する。
- 3) その人の心を癒す。

6、従業者の種類・員数

職種	職務の内容	配置人数
管理者(施設長)	業務の一元的管理	1名
医師	健康管理及び療養上の指導	1名以上
生活相談員	生活相談及び指導	1名以上
看護師及び准看護師	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導 保健衛生管理	2名以上
介護職員	介護業務 24時間体制	14名以上
管理栄養士	食事の献立作成、栄養計算 栄養指導等	1名以上
機能訓練指導員	身体機能の向上 健康維持のための指導	1名以上
調理師、その他の従業者	調理に関する業務(委託業務)	6名以上

※特別養護老人ホームと兼務しています。

※夜勤勤務者基準の指定を受けています。

※夜勤以外に宿直管理員1名配置しています。

※利用者の医療ニーズ増大の対応のため、看護職員が24時間連絡体制をとっています。

7、サービスの内容

(1) 居室の提供

ユニット型個室

(2) 食 事

当施設では栄養士(管理栄養士)の作成した献立表により、栄養並びに身体の状態及び嗜好等を考慮した食事の提供をいたします。また、自立支援のため原則離床して食堂にて食べていただきます。

(食事時間)

朝 食 7:45～ 昼 食 12:00～ 夕 食 18:00～

(3) 入 浴

入浴は週2回です。入浴のない日は清拭を行います。状態に合わせ、座位姿勢が難しい方でも、特殊浴槽を使用して入浴していただけます。
(利用者の体調等により、入浴できない場合もあります。)

(4) 排 泄

身体能力を最大限に活用し、可能な限りトイレでの排泄が行えるように援助を行います。

(5) 機能訓練

日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

(6) 健康管理

医師・看護職員が健康管理を行います。

※インフルエンザ等予防接種は、利用者の費用負担で実施します。

(7) 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。また、生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えや、清潔で快適な生活が送れるよう援助します。

※個別ケアプランを作成し、介護を提供いたします。又、定期的に見直しを行い、生活の質の向上に努めます。

(8) その他のサービス

・レクリエーション・喫茶室の利用・駄菓子の販売・理美容

8、介護保険によるサービスの利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該（介護予防）短期入所生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。（別紙参照）

(1) サービス利用料金表

介護サービス費・介護予防サービス費・送迎サービス費

(2) サービス利用料金

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から、介護保険給付費額を除いた金額（介護費自己負担額）をお支払いいただきます。

9、介護保険の給付対象にならないサービス料金

(1) 居住費※ 1日 ユニット型個室 2,066円（光熱水費、減価償却費含む）

(2) 食 費※ 1日 1,750円（食材料費、調理費、おやつ代含む）

（朝食340円、昼食820円、夕食590円）

※居住費、食費については、介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は別途利用料金表にてご案内いたします。

(3) 口座引落手数料 100 円/回 ※指定口座が南都銀行の場合は無料です。

(4) その他の費用

理美容サービス・個人が参加する各種クラブ活動・利用者個人の嗜好品・教養
娯楽費 150 円・私用電気料 (TV・電気毛布等)・選択外出 (交通費等)・個人
の使用する日用品費等

10、利用料金の支払方法

介護保険による費用及び給付対象外の費用は、毎月末締めで計算し請求をします。指定の金融機関の銀行口座より毎月 27 日に引き落としさせていただきますので、引き落とし日前日までにご入金ください。

11、協力医療機関等

医療を必要とする利用者には、併設診療所の医師が診断治療いたします。

施設外 (近隣) の診療科へ受診も可能です。ご相談必要に応じて送迎を含め、利用者及び家族等にて医療機関への受診をお願いする場合がございます。

入院を必要とするときは、希望の医療機関がなければ当施設の協力病院へご紹介します。

【当施設協力病院】

● 沢井病院	奈良市船橋町 8
● 奈良春日病院	奈良市鹿野園町 1212-1
● 福岡歯科学園前診療所	奈良市学園大和町 5-1 堀ビル 2 階
● 白庭病院	生駒市白庭台 6 丁 10 番 1 号
● 高の原中央病院	奈良市右京 1 丁目 3-3
● ゆめはんな歯科クリニック	奈良市右京 1 丁目 1-6-1 イオンモール高の原 3 階

12、施設の利用に当たっての留意事項

利用者は、介護サービスの提供を受ける際には、当該施設の規律を守り、職員の指示に協力する等サービス利用に当たって次の留意事項をお守り下さい。

- (1) 家族等の状況に変化があったときは、直ちに施設長に届けて下さい。
- (2) 火気の取扱は禁止で、全館禁煙です。
- (3) 他の利用者の迷惑となる様な粗暴な言動をしないようにして下さい。
- (4) 故意に器物及び設備を破損し、又は許可無く施設外に持ち出さない

ようにして下さい。

(5) 規律ある生活をお送り下さい。

(6) その他風紀を乱し他人に迷惑を及ぼすことのないよう常に秩序ある生活を営むようにして下さい。

1 3、施設を退園していただく場合(契約の終了)

(1) 施設がやむを得ない事情により閉鎖又は縮小した場合。

(2) 他の介護保険施設又は、療養型医療施設等に入所又は入院された場合。

(3) 利用者から退園の申し出があった場合。

(4) 施設から退園の申し出を行った場合。

(5) 利用料金の滞納が3ヶ月以上の場合。

(6) 利用者が病院等に入院し長期にわたる場合。

(7) 利用者が施設での共同生活に支障をきたすと認められる場合。

1 4、残置物引取りについて

契約が終了した後、当施設に残された利用者の残置物（所持品）は、速やかに引き取っていただきます。残置物の引き取りがない場合は、事業者が処分します。処分にかかる費用については、利用者に請求します。

1 5、緊急時における対応

事業者は、事業サービスの提供中に、利用者の症状に急変その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医あるいは協力医療機関に連絡し、適切な措置を講じます。看護師は24時間オンコール体制による対応を行います。

1 6、事故予防と事故発生時対応

事業者は、事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、主治医、市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事故の発生又はその再発を防止するための委員会及び職員に対する研修を定期的に行い、それを適切に実施するための担当者を配置しています。

また、利用者に対する（介護予防）短期入所生活介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかにその損害を賠償いたします。

1 7、非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態（新たな感染症の発生等）に備

え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関との連絡を密にし、とるべき措置について防災計画、地震・風水害・土砂災害計画・事業継続計画（BCP）を作成し、計画に基づき、年２回（内１回夜間想定）の避難訓練、年１回の風水害・土砂災害の避難訓練を行います。

18、衛生管理等について

利用者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を講じ医薬品及び医療機器の管理を適切に行います。

施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう、感染症の予防及び蔓延の防止のための対策を検討する委員会を６ヶ月に１回以上開催するとともにその結果について職員に周知徹底を図ります。職員に対しては、研修及び訓練を定期的実施します。

19、業務継続計画の策定等について

施設は、感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する（介護予防）短期入所生活介護サービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。職員に対し業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施いたします。

20、利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業員教育を行います。

21、身体的拘束について

原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、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には、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を記載した説明書、経過観察記録、検討記録等記録の整備や適正な手続きにより身体等の拘束を行います。

身体拘束等の適正化を図るための対策を検討する委員会を３ヶ月に１回以上開催するとともに、介護職員その他の職員に対し身体拘束の適正

化のための研修を定期的に実施します。

2 2、虐待防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために必要な措置を講じます。

虐待防止のための指針を整備し、虐待防止対策を検討する委員会を定期的に開催するとともにその結果について職員に周知徹底を図ります。

また、虐待を防止するための定期的な研修の実施と、虐待防止を適切に実施するための担当者を設置いたします。

サービス提供中に、当該施設職員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報いたします。

2 3、個人情報について

ご利用に伴う業務上知り得た利用者及びご家族の秘密、個人情報は契約中及び、契約終了後も第三者に漏らすことはありません。

但し、緊急やむを得ない場合は、利用者及び家族の同意を得たうえで医療機関等に必要に応じ個人情報を提供します。

2 4、苦情相談窓口

（1）苦情解決の概要

当施設のサービスに関する相談、要望、苦情は施設の各担当者までお申し出ください。

苦情の解決については、苦情相談窓口を設置しています。

電話番号 0742-45-9588 ファックス 0742-44-6567

（2）円滑迅速に苦情解決を行うための体制

把握した状況に基づき、関係者への連絡調整、注意指導を行うとともに、苦情申出人には必ず結果報告を行います。

苦情受付担当者 生活相談員 田中利明 田村武司

苦情解決責任者 施設長 吉村弥生

（3）第三者委員会の設置

苦情申出者が希望した場合、匿名での苦情、及び文書による重大な指摘があった場合は、速やかに第三者委員に報告し必要な対応を行います。

第三者委員会に報告した場合は、必ず返答をもらい苦情申出人に結果報告を行います。

第三者委員

中本 勝 (法人弁護士) 電話 0742-22-4301
 福岡 道郎 (評議員) 電話 0742-43-7223
 森田 昭子 (評議員) 電話 0742-44-4639
 名古 千尋 (評議員) 電話 075-561-8002

当施設以外、下記の公的機関窓口で苦情相談等を受付けています。

奈良県社会福祉協議会内 奈良県運営適正化委員会	所在地 橿原市大久保町320番11 電話番号 0744-29-1212 Fax 番号 同 上 対応時間 9:00～17:00
奈良県国民健康保険団体連合会 介護保険課指導相談係	所在地 橿原市大久保町302番1 奈良県市町村会館内 フリーダイヤル 0120-21-6899 利用時間 9:00～17:00
奈良市介護福祉課	所在地 奈良市二条大路南1丁目1-1 電話番号 0742-34-5422 Fax 番号 0742-34-2621 利用時間 9:00～17:00

25、損害賠償について

事業者は、当施設内において、その責任により利用者に損害が生じた場合は、速やかにこれを賠償します。

ただし、損害の発生について、利用者の故意又は過失並びに心身の状況等を斟酌し相当と認められる場合には、損害賠償責任を減じるものとします。

26、第三者評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示状況	
	② なし		

説明者 ユニット型特別養護老人ホーム平城園
役職
氏名

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定（介護予防）短期入所生活
介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

説明日

利用者
氏 名

（署名代行者）

私は甲の意思を確認したうえ、署名を代行しました。

（利用者との続柄
氏 名

利用者代理人（選任した場合）

氏 名