

特別養護老人ホーム室生園 重要事項説明書

(令和6年8月1日改正)

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話：0745-93-2525（午前9時～午後6時）

担当者 生活相談員 川北、倉本、中西

2. 事業所の概要等

当事業所は、社会福祉事業法、老人福祉法、介護保険法により認可、指定を受けた施設です。

事業所名：特別養護老人ホーム 室生園

所在地：〒633-0422 奈良県宇陀市室生下田口 1216 番地

介護保険指定事業所番号：2972400028

※詳細は、運営規程、事業計画をご覧ください。

3. 事業の目的

社会福祉法人室生会が運営する介護老人福祉施設・特別養護老人ホーム室生園（以下「室生園」という）が行う指定介護老人福祉施設サービス（以下「施設サービス」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、室生園の従業者（以下「職員」という）が要介護状態にある高齢者に対し、適正なサービスを提供することを目的とします。

4. 運営の方針

- (1) 施設サービス計画等に基づき、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います。そのことによりご利用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に努めます。
- (2) ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ってサービスを提供するように努めます。
- (3) 明るく家庭的な雰囲気のもと、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、他の介護保険施設、保険・医療・福祉サービスの提供者等との密接な連携に努めます。

3. 施設サービスの概要

介護保険給付サービスとして、利用者3人に対して1人以上の介護・看護職員を揃え、機能訓練指導員として看護師を加配し、非常勤の嘱託医と契約してサービスを提供しています。尚、管理栄養士を配置し、献立作成、栄養管理や指導及び栄養マネジメント業務を行っています。又、食後の口腔ケアを計画的に行い、口腔衛生の管理を行います。

・入居定員：90名

・事業所の職員体制
 管理者：1名
 生活相談員：1名以上
 施設介護支援専門員：1名以上
 介護職員：31名以上
 看護職員：3名以上
 管理栄養士：1名以上
 機能訓練指導員：1名（兼務）

4. 利用料

(1) 介護保険給付対象サービス（契約書第3条関係）

1日当たりの基本料金は、ご利用者の要介護度や所得等に応じて決まります。

介護サービス費利用者負担額（加算後）＋食費＋居住費が基本料金となります。

介護サービス費利用者負担額は1単位＝10.14円（地域区分7級）で計算となります。

①介護福祉施設サービス費の利用者負担額

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として下記の介護サービス費（各種加算含む）の1割～3割（介護保険負担割合証に記載）の負担額となります。

◎介護福祉施設サービス費（Ⅰ）及び（Ⅱ）の単位数 ※（Ⅰ）従来型個室、（Ⅱ）多床室

| 利用者の要介護度 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------|------|------|------|------|------|
| 1日の負担額(単位) | 589 | 659 | 732 | 802 | 871 |

| 各種加算 | | 負担額（単位） |
|------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 全 員 対 象 | サービス提供強化加算（Ⅲ） | 6単位/日 |
| | 看護体制加算（Ⅰ） | 4単位/日 |
| | 看護体制加算（Ⅱ） | 8単位/月 |
| | 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） | 3単位/月 |
| | 科学的介護推進体制加算（Ⅱ） | 50単位/月 |
| | 生産性向上推進加算（Ⅱ） | 10単位/月 |
| | 協力医療機関連携加算 | 50単位（※令和6年度のみ100単位）/月 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） | 1月の基本報酬+加算の総計に13.6%加算 | |
| 対 象 者 | 初期加算 | 30単位/日※入所後及び30日以上入院からの退院後30日間に限る。 |
| | 外泊時費用加算 | 246単位/日※外泊（入院を含む）時、1ヶ月に6日を限度とする |
| | 経口維持加算（Ⅰ） | 400単位/月 |
| | 安全対策体制加算 | 20単位/入所月1回のみ |

| | | |
|--------|-----------------|---|
| の み | 看取り介護加算（Ⅰ） | 死亡日45日前～31日前 72単位 死亡日30日前～4日前 144単位 死亡日前々日、前日 680単位 死亡日 1280単位 |
| | 認知症チームケア推進加算（Ⅱ） | 120単位/月 |

※看取り介護加算は死亡月にまとめて算定します。入院先で死亡される等の場合も算定されますが、当園で直接介護を行った日数を算定しますので、入院等で当園に在所されていない状態で月を跨いだ場合は前月分の看取り介護加算に係る一部負担金の請求を死亡月に行う場合があります。

※対象者のみの加算については各加算の対象となられた際にご説明の上算定を行います。

②食費

保険給付の対象外となりますが、ご利用者の収入により減額の対象となる場合があります。

※食事につきましては1日単位でご請求いたします。1食当たりでは計算致しませんのでご注意ください。

| | |
|-------|----------|
| 第1段階 | 1日 300円 |
| 第2段階 | 1日 390円 |
| 第3段階① | 1日 650円 |
| 第3段階② | 1日 1360円 |
| 第4段階 | 1日 1650円 |

③居住費

保険給付の対象外となりますが、ご利用者の収入により減額の対象となる場合があります。

| | |
|-------|----------------|
| 第1段階 | 多床室 1日 0円 |
| | 従来型個室 1日 380円 |
| 第2段階 | 多床室 1日 430円 |
| | 従来型個室 1日 480円 |
| 第3段階① | 多床室 1日 430円 |
| | 従来型個室 1日 880円 |
| 第3段階② | 多床室 1日 430円 |
| | 従来型個室 1日 880円 |
| 第4段階 | 多床室 1日 915円 |
| | 従来型個室 1日 1231円 |

※ 平成17年9月30日時点で従来型個室をすでにご利用の方は、居住費について多床室の料金が適用されます。

(2) 介護保険給付対象外サービス（契約書第4条関係）

以下のサービスについては、利用料金の全額がご利用者のご負担となります。

【注1】 嘱託医の医院以外への受診介助と移送サービス費について

受診介助と移送サービスについては原則的に市内の医療機関に限ります。市外の医療機関への受診が必要な場合についてはご相談させていただきます。

【注2】 金銭管理費について

| | | |
|---------------------------------|------------------|-----------|
| 嘱託医の医院以外への受診介助と移送サービス費等 【注1】 | 宇陀市立病院・辻村病院 | 1500円／片道 |
| | 田口診療所・北山歯科診療所 | 800円／片道 |
| | 市外医療機関 | 100円／1km |
| | 本人非同行の検査結果及び受薬のみ | 1000円／片道 |
| | 救急搬送時の付き添い料金 | 5000円／1回 |
| 散髪代 | | 2200円／1回 |
| 金銭管理費 【注2】 | | 2000円／1月 |
| 喫茶及び水分補給時のお茶以外の飲料費 【注3】 | | 500円／1月 |
| 栄養補助食品等の特別な食事の費用 【注4】 | 特別食A | 100円／1日 |
| | 特別食B | 200円／1日 |
| | 特別食C | 300円／1日 |
| 買い物代行料金 | | 1000円／1回 |
| 各種日常生活品の費用 【注5】 | ティッシュペーパー | 100円／1箱 |
| | 口腔ケア用品 歯ブラシ | 200円／1本 |
| | 口腔ケア用品 義歯用歯ブラシ | 400円／1本 |
| | 口腔ケア用品 スポンジブラシ | 50円／1本 |
| | 口腔ケア用品 義歯洗浄剤 | 100円／1月 |
| | 口腔ケア用品 歯磨き粉 | 200円／1本 |
| インフルエンザ予防接種 | | 1500円／1回 |
| クラブ活動・レクリエーション費用 | | 通常無料 【注6】 |

- ・管理費は月単位で頂きます。日割り計算は行いませんのでご注意ください。
- ・お預かりできるもの…預貯金通帳（原則2種類）、健康保険証、介護保険証、印鑑、身体障害者手帳
 - ※旧措置の方については上記以外の物で年金証書、印鑑証明書、公生証書もお預かりさせていただきます。
- ・お預かりできないもの…通常の生活に不必要な多額の現金、多額の預金証書など（ご希望の場合は、別途ご相談下さい。）
- ・サービス内容…貴重品の保管、金銭の出納（自己負担金の支払を含む）出納金の管理
 - ※旧措置の方に限り、年金の管理、各保険料税金等の申告納付代行もさせていただきます。
 - ※介護認定の更新手続きはどなたに限らず無料でございます。

【注3】喫茶及び水分補給時のお茶以外の飲料費について

経管栄養の方等、経口摂取をされておられない方についてはご請求致しません。

【注4】栄養補助食品等の特別な食事の費用について

嘱託医の指示や管理栄養士のモニタリングにおいて必要と判断された場合等に、栄養補助プリン等を召し上がって頂いている方についてご負担頂きます。

目安としては、栄養補助プリン1日1個召し上がって頂く方が特別食A、2個の方がB、3個の方がCとなっております。栄養補助プリン以外の物ものが必要、又は希望される場合にはご相談させていただきます

【注5】各種日常生活品の費用

日常生活品については家人でお持ち頂いても構いません。又、都合により品目が増えることや変更することがございますがご了承ください。

【注6】クラブ活動・レクリエーション費用について

料金は無料となっておりますが、手芸品の材料費やお買い物、外食時の費用等についてはご自身でご負担頂きますのでご了承ください。

(3) 契約書第20条第2項の料金：1日につき10000円とします。

5. 利用料金のお支払い方法（契約書第5条関係）

入園時に本人様名義にて郵便局の通帳を作成し、使用させていただきます。

1ヶ月毎に計算し翌月の15日に引き落としさせていただきますのでそれまでにご入金をお願い致します。尚、通帳の口座番号等が不明な場合は、当園にお問い合わせ下さい。

6. 事故の対応について

当園におきましては、常日頃より施設サービスの提供による事故が起きないように防止に努めておりますが、事故が発生した場合には、速やかに関係市町村及び、関係するご家族等に連絡を行うと共に、事故内容を解析し改善策を職員に周知徹底することにより再発防止に努め、そのための必要な措置を講じます。また、施設の責任と認められる賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行ないます。これらの対応を適切に実施できるよう、事故防止のための指針及び担当者（安全対策担当者）を設置し、定期的に研修等を実施します。

7. 医療体制について

(1) 急変時の対応について

体調の変化や身体状況の異常が見られた場合、看護師に状況の説明をし、適切な処置を行います。必要であれば嘱託医（福井療院）または各医療機関に連絡を行い、受診などの指示を仰ぎます。さらに緊急を要する場合は、消防署へ連絡し、救急車の要請を行います。同時に相談員からご家族へ状態の報告や意向確認をさせていただきますが連絡がつかない場合、ご家族への意向確認無しに救急車の要請を行なうことがあります。又、救急搬送先は救急隊の判断と受け入れ先の病院の状況によって決定されますのでご意向に沿えない可能性があることもご了承ください。受診及び救急搬送の結

果、入院しての治療が必要となった場合、ご家族による入院手続きが必要となりますので速やかに病院にお越し頂きますようお願いいたします。受診前に入院となることが予想される場合は予めご家族の同伴をお願いいたしますのでご協力お願いいたします。尚、入院されている期間について、そのベッド及び居室をショートステイのご利用者に使用させて頂く場合がありますがご了承ください（入院中の居室料金のご負担は御座いません）。

（2）医療機関との連携

当園では福井療院、宇陀市立病院、土庫病院と協力医療機関としての契約を結び、入所者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を定期的に行います。その為、上記会議において入所者の病歴等の個人情報について協力医療機関と共有させて頂くと共に、入所時に『宇陀けあネット（宇陀地域医療・介護連携ネットワーク）』にご加入頂きます。

8. 個人情報の取り扱いについて

介護サービスを提供する上で、知り得たご利用者及びご家族に関する秘密は正当な理由なく第三者に漏洩致しません。

ただし、医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に心身等の情報を提供させて頂きます。

9. 非常災害対策について

火災等非常災害に備えて必要な設備を設け、防災、避難に関する計画を作成し、定期的に避難誘導訓練を実施します。又、火災等非常災害が発生時、迅速に対応、復旧できるよう、業務継続計画の整備を行い、関係機関及び地域との連携に努めます。

10. 感染症対策について

(1) 感染症発生及び蔓延に備え、委員会を開催して対策を協議し、指針とマニュアル、感染症発生時の業務継続計画の整備を行い、計画に基づき職員への研修と訓練を実施します。

(2) ご利用者に感染症の発症及び疑いを認めた場合は、感染拡大を防止する為、居室での隔離対応をさせて頂くと共にご面会を制限させて頂くことが御座います。

(3) 長期入所時、外泊からの帰園時は来園いただく前に検温をしていただき、その際 37.5℃以上の熱や呼吸器障害等の風邪症状を認める場合、又は同居のご家族等ご本人に接触のある方で上記の症状が見られる場合、新型コロナウイルス感染症の検査対象（濃厚接触者を含む）となっておられる方がおられる場合は、長期入所及び外泊からの帰園日の延期をお願いさせて頂くことがあります。

11. 虐待防止について

入所者の人権の擁護・虐待の発生又は防止の為の指針を整備します。又、担当者

を設置し、対策を検討する為の委員会を定期的開催すると共に、従業員に対して虐待の防止の為の研修を定期的実施します。

1 2. 身体拘束等原則禁止

- (1) 施設は指定介護老人福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等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の入所者の行動を制限する行為を行いません。
- (2) 施設は前項の身体的拘束等を行う場合には、次の手続きにより行います。
 - ①身体拘束廃止委員会及び身体拘束適正化検討委員会を設置します。
 - ②「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる態様及び時間その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録します。
 - ③入所者又はご家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討します。
- (3) 従業員に対して身体拘束等適正化の為の研修を定期的実施します。

1 3. 認知症対策について

施設は、全ての従業員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。

1 4. 苦情等申立先

- (1) 当事業所における苦情の受付担当者
特別養護老人ホーム 室生園
所在地 宇陀市室生下田口 1216 番地
電話番号 0745-93-2525 FAX 0745-93-2520
責任者 施設長 中野利一
担当者 生活相談員 川北雄樹、倉本哲也
尚、室生園には投書箱も設置しています。
- (2) 行政機関その他苦情受付窓口
 - ・奈良県国民健康保険団体連合会
所在地 奈良県橿原市大久保町 302 番地 1 電話番号 0744-29-8326
 - ・奈良県運営適正化委員会（奈良県社会福祉協議会内）
所在地 奈良県橿原市大久保町 320 番地 11 電話番号 0744-29-1212

・宇陀市役所 介護福祉課
所在地 宇陀市榛原下井足 17 番地の 3 電話番号 0745-82-3675

・第三者委員 柘宇 英子 所在地 宇陀市室生下田口 1194
電話番号 0745-93-2092

佐小 岩雄 所在地 宇陀市室生下田口 1184 番地の 1
電話番号 0745-93-2758

私は、上記の重要事項説明書の内容について理解し承諾致します。

令和 年 月 日

契約者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

事業者住所 奈良県宇陀市室生下田口 1216 番地
事業者名 社会福祉法人 室生会
理事長 中野利一

指定（介護予防）短期入所生活介護重要事項説明書

（令和 6 年 8 月 1 日改訂）

1. 事業所の概要

(1) 短期入所生活介護事業者の指定番号及び提供地域

事業所名 特別養護老人ホーム室生園（短期入所生活介護）

事業所所在地 奈良県宇陀市室生下田口 1216 番地

電話番号 0745-93-2525

介護保険事業所番号 2972400028

施設長（管理者） 中野 利一

通常のコサービスを提供する地域 宇陀市室生全域

(2) 事業所の職員体制（特別養護老人ホームと一体で運用します）

管理者 1 名

生活相談員 1 名

介護職員 3 1 名以上

看護職員 3 名以上

管理栄養士 1 名

機能訓練指導員（兼務） 1 名

(3) 営業時間

午前 8 時 30 分から 17 時 30 分（休業日：土、日、年末年始）

TEL0745-93-2525 FAX0745-93-2520 ※緊急連絡は常時受付します。

(4) 福祉サービス第三者評価の受審の有無：無し

2. 事業の目的

社会福祉法人室生会が開設する特別養護老人ホーム室生園（以下「事業所」という。）が行う指定短期入所生活介護の事業（以下「事業」という。）の適正な運営をするために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な短期入所生活介護を提供することを目的とします。

3. 運営の方針

- (1) 事業所の従業者は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことによりご利用者の心身機能の維持並びにご家族の身体的及び精神的負担の軽減

を図るよう援助を行います。

- (2) 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 利用定員 : 10名

5. サービス内容

- ①短期入所生活介護計画の作成（4日以上継続して利用する場合）
- ②介護…食事・入浴・排泄・起居等一般
- ③食事の提供
- ④機能訓練
- ⑤健康管理
- ⑥相談及び援助
- ⑦教養娯楽などの提供
- ⑧緊急時の対応

6. 料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、保険者から交付される負担割合証に基づき、原則として基本料金の1割から3割です（平成30年8月1日より）。但し、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

〈基本料金〉

| <u>要介護・要支援度</u> | <u>多床室・従来型個室（1日）</u> |
|-----------------|----------------------|
| 要支援 1 | 451 単位 |
| 要支援 2 | 561 単位 |
| 要介護 1 | 603 単位 |
| 要介護 2 | 672 単位 |
| 要介護 3 | 745 単位 |
| 要介護 4 | 815 単位 |
| 要介護 5 | 884 単位 |

* サービス体制強化加算（Ⅲ）：6 単位/日

（介護・看護職員で常勤職員が占める割合が75%以上、又は、勤続7年

以上の職員の割合が 30%以上配置の場合)

*生産性向上推進体制加算(Ⅱ)：10 単位/月

*送迎体制加算：184 単位/回

※片道につき。但し室生区域外は実費として 1km 毎に 50 円を加算

*介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)：1 月の基本報酬と加算の総計に 13.6%加算

*緊急短期入所受入加算：90 単位/1 日

※利用者の状態や家族等の事情で緊急的に予定にない利用を行った場合に算定。

※入所日から 7 日(家族等の疾病等やむを得ない事情がある場合は最大 14 日)。

*地域区分(7 級)が設けられ、1 単位当たり 10.17 円で計算。

〈食費〉保険給付の対象外となりますが、ご利用者の収入等により減額の対象となる場合があります。(詳しくは市町村担当窓口でお尋ね下さい)

第 1 段階 1 日 300 円

第 2 段階 1 日 600 円(朝食のみの場合 300 円)

第 3 段階① 1 日 1000 円(朝食のみ 300 円、夕食のみ 600 円)

第 3 段階② 1 日 1300 円(朝食のみ 300 円、夕食のみ 600 円)

第 4 段階 1 日 1650 円(朝食 350 円、昼食 650 円、夕食 650 円)

〈滞在費〉保険給付の対象外となりますが、ご利用者の収入等により減額の対象となる場合があります。(詳しくは市町村担当窓口でお尋ね下さい)

| | <u>多床室(1日)</u> | <u>従来型個室(1日)</u> |
|---------|----------------|------------------|
| 第 1 段階 | 0 円 | 380 円 |
| 第 2 段階 | 430 円 | 480 円 |
| 第 3 段階① | 430 円 | 880 円 |
| 第 3 段階② | 430 円 | 880 円 |
| 第 4 段階 | 915 円 | 1231 円 |

〈その他〉

*理美容代 2200 円(カットのみ)※但し、月 1 回の理髪出張時に限ります。

*特別な手芸材料費：時価

*救急搬送・緊急的な受診の職員付添い・送迎料：5000 円(1 回)

※受診では医師からの説明や治療の判断や同意等、医療機関からご家族の同伴を求められるケースが増えておりますので、受診対応は原則ご家族でお願い致します。

*自宅以外への送迎の費用(介護保険対象外)

室生区域内は一律 1840 円とし、室生区域外は実費として 1km 毎に 5 0 円を頂きます。

7. 緊急時の対応について

事業者は現に事業の提供を行っている時にご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は事業者が定めた協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。又、緊急連絡先等に連絡いたします。

| | |
|----------|-----------|
| ご利用者の主治医 | 氏 名 |
| | 所属医療機関の名称 |
| | 所在地 |
| | 電話番号 |
| 緊急連絡先 | 氏 名 |
| | 住 所 |
| | 電話番号 |

8. 事故発生時の対応について

当園におきましては、常日頃より施設サービスの提供による事故が起きないように防止に努めておりますが、事故が発生した場合には、速やかに関係市町村及び、関係するご家族等に連絡を行うと共に、事故内容を解析し改善策を職員に周知徹底することにより再発防止に努め、そのための必要な措置を講じます。これらの対応を適切に実施できるよう、事故防止のための指針及び担当者（安全対策担当者）を設置し、定期的に研修等を実施します。

9. 個人情報の取り扱いについて

事業者、従業者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に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約が終了した後も継続します。事業者は予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議でご利用者及びご家族の個人情報を用いません。

10. 非常災害対策

火災等非常災害に備えて必要な設備を設け、防災、避難に関する計画を作成し、定期的に避難誘導訓練を実施します。又、火災等非常災害が発生時、迅速に対応、復旧できるよう、業務継続計画の整備を行い、関係機関及び

地域との連携に努めます。

11. 感染症対策

- (1) 感染症の発生及び蔓延に備え、委員会を開催して対策を協議し、指針とマニュアル、[感染症発生時の業務継続計画の整備](#)を行います。又、それに基づき職員への研修と訓練を実施します。
- (2) ご利用前の体調観察と利用当日の朝に自宅にて検温をお願いします。その際 37.5℃以上の熱や呼吸器障害等の風邪症状を認める場合、又は同居のご家族等ご本人に接触のある方で上記の症状が見られる場合、新型コロナウイルス感染症の検査対象（濃厚接触者を含む）となっておられる方がおられる場合はご利用を見合わせて頂きます。又、ご利用期間中にご本人に 37.5℃以上の熱や呼吸器障害等の風邪症状を認めた場合はご利用を中止しご自宅にお戻りいただきます（その際の送迎については受診等の対応が必要になる場合もございますので可能な限りご家族での対応をお願い致します。）。

12. 虐待の防止について

入所者の人権の擁護・虐待の発生又は防止の為の指針を整備します。又、担当者を設置し、対策を検討する為の委員会を定期的に開催すると共に、従業員に対して虐待の防止の為の研修を定期的実施します。

13. 身体的拘束等原則禁止

- (1) 施設は指定介護老人福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等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、身体拘束その他の入所者の行動を制限する行為を行いません。
- (2) 施設は前項の身体的拘束等を行う場合には、次の手続きにより行います。
 - ①身体拘束廃止委員会及び身体拘束適正化検討委員会を設置します。
 - ②「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録します。
 - ③入所者又は家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討します。
- (3) 従業員に対して身体拘束等適正化の為の研修を定期的実施します。

14. 認知症対策について

施設は、全ての従業員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。

15. 損害賠償

サービス提供に伴って事業者の明らかな過失によりご利用者の生命・身体・財物等を傷つけた場合、その損害を賠償致します。

16. 苦情等申立先

サービスに対する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

(1) 当事業所における苦情の受付担当者

特別養護老人ホーム 室生園

所在地 宇陀市室生下田口 1216 番地

電話番号 0745-93-2525 FAX 0745-93-2520

責任者 施設長 中野利一

担当者 生活相談員 川北 雄樹

※室生園には投書箱も設置しております。

(2) 行政機関その他苦情受付窓口

奈良県国民健康保険団体連合会

所在地 奈良県橿原市大久保町 302 番地 1 電話番号 0744-29-8326

奈良県運営適正化委員会（奈良県社会福祉協議会内）

所在地 奈良県橿原市大久保町 320 番地 11 電話番号 0744-29-1212

宇陀市役所 介護福祉課

所在地 宇陀市榛原下井足 17 番地の 3 電話番号 0745-82-3675

第三者委員 佐小 岩雄 所在地 宇陀市室生下田口 1184 番地の 1
電話番号 0745-93-2758

枡宇 英子 所在地 宇陀市室生下田口 1194 番地
電話番号 0745-93-2092

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護サービス提供の開始に際し、上記により重要事項を説明しました。

事業者 事業所名 社会福祉法人 室生会
特別養護老人ホーム室生園
理事長 中野 利一

説明者 生活相談員

上記の内容について説明を受け同意しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

上記代理人 (代理人を選定した場合)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

居宅介護支援重要事項説明書

1. 事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号及び提供地域

事業所名 特別養護老人ホーム 室生園
〔室生園居宅介護支援センター〕
事業所所在地 奈良県宇陀市室生下田口 1216 番地
連絡先 TEL0745-93-2288 FAX 0745-93-2520
※緊急連絡は常時受付いたします。
介護保険事業所番号 2972400028
(奈良県指令高福第250号の105)
管理者 松田 弘

(2) 職員体制

主任介護支援専門員 1名

(3) 営業時間

午前8時30分から午後5時30分

(休業日：土、日、祝祭日、年末年始)

(4) 通常のコサービスを提供する地域：宇陀市室生全域

2. 事業の目的

社会福祉法人室生会が開設する、特別養護老人ホーム室生園〔室生園居宅介護支援センター〕(以下「事業所」という。)が行う指定居宅介護支援の事業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その他の従業者(以下「介護支援専門員等」という。)が、ご利用者が要介護状態にある場合において、指定居宅サービスその他日常生活を営むのに必要な保健・医療・福祉サービスが適切に提供されるよう計画・調整することを目的とします。

3. 運営の方針

(1) 事業所の介護支援専門員等は、ご利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、ご利用者等の選択に基づき、適切な各種サービスを総合的に提供します。

(2) ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ったサービスを提供します。

4. 居宅介護支援のお申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

(1) 契約の締結

担当者が説明に伺い、当事業所に居宅サービス計画作成についてご相談いただくことでご了解いただけましたら、契約書を取り交わします。

(2) 居宅サービス計画の作成

ご利用者・ご家族に面接し、解決すべき課題を明らかにします。課題を解決するために居宅サービス計画の原案を作成し、ご利用者ご家族の希望に応じ適正かつ公正中立にサービス事業者を複数紹介し選択していただきます。又ご希望により当該事業所を選択した理由をご説明致します。サービス担当者会議を開催し居宅サービス計画を作成致します。

(3) 居宅サービス計画に対するご利用者の同意

居宅サービス計画に対してご利用者より文書にて同意を得ます。

(4) モニタリング

毎月1度以上訪問し、ご利用者の状況やサービス利用状況等の把握に努め、サービス事業者からも実施状況を把握し、必要な連絡・調整を行います。状態の変化やご利用者のご希望に応じて居宅サービス計画の変更等の検討・実施を行います。

(5) 居宅サービス計画の変更

ご利用者が居宅サービス計画の変更を希望された場合や、当事業所がその必要性を判断した場合は、双方で話し合い、サービス担当者会議を開催し、ご了解の上居宅サービス計画を変更致します。

(6) 入院時における医療機関等との連携

ご利用者が入院される場合、担当介護支援専門員の氏名等を入院先医療機関にご連絡お願い致します。必要に応じて入院・入所時の情報を入院先に提供致します。また、退院前の状況把握に努め、在宅復帰に向けたご支援を致します。

(7) 施設入所への支援

ご利用者が居宅において日常生活を営むことが困難になったと判断した場合、またはご利用者が介護保険施設等への入院・入所を希望されるときは、施設の紹介等のご支援を致します。

(8) 介護認定申請の支援

ご利用者の介護認定更新申請や区分変更申請の代行等のご支援を致します。

(9) 給付管理

居宅サービス事業者より実施状況を把握し、それに基づいて毎月給付管理票を作成した後、国民健康保険団体連合会へ提出致します。

(10) 居宅介護支援の業務外の内容

介護支援専門員は居宅サービス計画の作成やサービス調整を行いますが、下記に示すような内容は業務範囲外となります。これらのご要望に対しては、必要に応じて他の専門職等を紹介致します。

- ・救急車への同乗
- ・入退院時の手続きや生活用品調達等の支援
- ・家事の代行業務

- ・直接の身体介護
- ・金銭管理

5. 料金

(1) 利用料

居宅サービス計画（ケアプラン）の作成費用は、要介護認定を受けられた方は、（介護保険料の滞納がない限り）介護保険から全額給付されるため、**自己負担はありません。**

*基本単位

○居宅介護支援費（Ⅰ）要介護 1・2：1086 単位 要介護 3～5：1411 単位

*加算

○初回加算：300 単位 新規及び要支援者が要介護認定を受けた場合、または要介護状態が2段階以上変更の場合にサービス計画を作成した場合。

○入院時情報連携加算Ⅰ：250 単位 病院もしくは診療所に入院の前日まで又は当日に利用者に係る必要な情報を提供した場合。

○入院時情報連携加算Ⅱ：200 単位 病院もしくは診療所に入院翌日又は翌々日に当該利用者に係る必要な情報を提供した場合。

○退院・退所加算

医療機関や介護保険施設等に入院入所の利用者が退院・退所に医療機関等の職員と面談或いはカンファレンスに参加して利用者に関する必要な情報を得た上でサービス計画を作成し居宅サービスの調整を行った場合。

関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービスまたは地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合。

（Ⅰ）イ：450 単位 医療機関・介護保険施設職員と1回の面談による場合

（Ⅱ）イ：600 単位 医療機関・介護保険施設職員と2回以上面談による場合

（Ⅰ）ロ：600 単位 医療機関・介護保険施設職員と1回のカンファレンスによる場合

（Ⅱ）ロ：750 単位 医療機関・介護保険施設職員と1回の面談、1回のカンファレンスによる場合

（Ⅲ）：900 単位 医療機関・介護保険施設職員と3回以上の情報提供のうち、1回以上のカンファレンスによる場合

○通院時情報連携加算：50 単位 診察に同席し医師又は歯科医師等に心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い医師又は歯科医師等から情報提供を受けた場合。

○緊急時等居宅カンファレンス加算：200 単位

病院もしくは診療所の求めにより、当該病院・診療所の医師または看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、当該利用

者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合（1月に2回を限度として）。

○ターミナルケアマネジメント加算：400 単位

在宅で死亡した利用者に対して、ターミナルケアマネジメント（利用者が死亡日又はそれに最も近い日に利用した指定居宅サービスを位置づけた居宅サービス計画を作成し、主治医及び居宅サービス計画に位置付けた事業者等との連絡調整に関する記録を作成する）を受けることに同意した利用者・家族について、及びこれらに対して24時間連絡できる体制を確保しており、かつ必要に応じて指定居宅介護支援を行った場合

*減算

○運営基準減算 所定単位数の 50% 基本的業務を適切に実施していない場合。2ヶ月以上継続して該当する場合は算定しません。

○特定事業所集中減算 1月につき 200 単位減算 前6ヶ月に作成したケアプランに位置付けた訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の提供回数のうち同一事業所によって提供されたものの割合が 80%以上（※当事業所は特別地域加算が適用されているので減算は免除）。

※上記利用割合について、下記の様式で別紙にて報告致します。

| | | | |
|---|-----|---|-------------|
| 別紙 | | | |
| ① 前6カ月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合 | | | |
| 訪問介護 | % | | |
| 通所介護 | % | | |
| 地域密着型通所介護 | % | | |
| 福祉用具貸与 | % | | |
| ② 前6カ月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合 | | | |
| 訪問介護 | 事業所 | % | 事業所 % 事業所 % |
| 通所介護 | 事業所 | % | 事業所 % 事業所 % |
| 地域密着型通所介護 | 事業所 | % | 事業所 % 事業所 % |
| 福祉用具貸与 | 事業所 | % | 事業所 % 事業所 % |

※特別地域居宅介護支援加算 上記基本料金に 15%加算。

※地域区分（7級）により、1単位当たり 10.21 円で計算されます。

(2) 交通費

サービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

6. 緊急時の対応について

訪問中にご利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医、ご家族等に連絡を取る等必要な措置を講じます。

ご利用者の主治医 氏名
所属医療機関の名称
所在地
電話番号

緊急連絡先 氏名
住所
電話番号

7. 虐待の防止について

事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備する。
- (3) 職員に対して虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的を実施します。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を下記の者に設置します。

| | |
|-------------|----------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者 松田 弘 |
|-------------|----------|

- (5) サービス提供中に当該事業所職員又はご家族等による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかにこれを市等関係機関に通報します。

8. 身体拘束の原則禁止

利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護する為緊急やむを得ない場合を除き身体拘束を行いません。身体的拘束を行う場合には、その状態及び時間、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。

9. 非常災害対策について

事業所は、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から火災・風水害・地震等の自然災害ならびに新型コロナウイルスなどの感染症に対処するため事業継続に向けた計画（BCP）等の策定、研修の実施、訓練（シュミレーション）を年2回以上実施します。

10. 個人情報の保護について

事業所、介護支援専門員等は業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約が終了した後も継続します。事業者は予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等でご利用者及びご家族の個人情報を用いません。

11. 事故発生時の対応について

(1) 事故が発生した場合は、ご利用者に対して、応急処置、医療機関への搬送等必要な措置を講じるとともに、速やかにご家族、関係諸機関に事故発生状況及び今後の対応について報告致します。

(2) サービスの提供に伴って事業者の明らかな過失によりご利用者の生命・身体、財物を傷つけた場合、その損害を賠償致します。

12. 苦情申立先

サービスに対する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

(1) 当事業所における苦情の受付担当者

特別養護老人ホーム 室生園

担当責任者 松田 弘

電話番号 0745-93-2288 FAX 0745-93-2520

室生園には投書箱も設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付窓口

奈良県国民健康保険団体連合会 所在地 橿原市大久保町 302 番地 1

電話番号 0744-29-8326 FAX 0744-29-8322

奈良県運営適正化委員会（奈良県社会福祉協議会内）

所在地 橿原市大久保町 320 番地 11

電話番号 0744-29-1212 FAX 0744-29-1212

宇陀市役所 介護福祉課 所在地 宇陀市榛原下井足 17 番地の 3

電話番号 0745-82-3675 FAX 0745-82-7234

宇陀市医療介護あんしんセンター 所在地 宇陀市榛原福地 28 番地の 1

電話番号 0745-85-2500 FAX 0745-85-2501

第三者委員 佐小 岩雄 所在地 宇陀市室生下田口 1184 番地の 1

電話番号 0745-93-2758

枡宇 英子 所在地 宇陀市室生下田口 1193 番地の 1

電話番号 0745-93-2092

令和 年 月 日

居宅介護支援契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 事業者名 奈良県宇陀市室生下田口 1216 番地
社会福祉法人 室生会
特別養護老人ホーム 室生園
(室生園居宅介護支援センター) 印
管理者 松田 弘

上記の内容について説明を受け同意しました。

利用者

住 所

氏 名

印

上記代理人(代理人を選定した場合)

住 所

氏 名

印

指定通所介護サービス重要事項説明書

(令和 6 年 6 月改定)

1. 事業所の概要

(1) 通所介護事業者の指定番号及び提供地域

事業所名 室生園デイサービスセンター
事業所所在地 奈良県宇陀市室生下田口 1216 番地
電話番号 0745-93-2288
介護保険事業所番号 2972400028
管理者 奥田 太一郎
通常のサービスを提供する地域 宇陀市室生全域

(2) 事業所の職員体制 (業務内容)

管理者 1 名 (介護・運營業務管理など)
生活相談員 1 名 (サービス・利用者相談業務)
看護職員 1 名 (利用者の健康・服薬管理 応急対応)
介護職員 4 名 (食事・排泄・入浴介助 レクリエーション活動)

(3) 営業時間 午前 8 時 15 分から午後 5 時 15 分

(休業日：土、日、年末年始)

緊急連絡は常時受付いたします。

Tel0745-93-2288

(4) 提供時間 午前 9 時 30 分から午後 3 時 35 分

(5) 福祉サービス第三者評価の受審の有無 無し

2. 事業の目的

社会福祉法人室生会が開設する室生園デイサービスセンター（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護の事業（以下「事業」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、事業所の従業者が要介護状態にある高齢者に対し、その有する能力に応じ可能な限り自立した生活が営むことができるよう支援することを目的とします。

3. 運営の方針

(1) 事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、自立した日常

生活を営むことができるよう、入浴サービスなど各種サービスの提供により、社会的孤立感の解消や心身機能の維持向上と合わせて、家族介護の身体的・精神的負担の軽減を図り居宅での生活を継続できるように支援します。

(2) 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 利用定員 35名

5. サービス内容

- ①入浴サービス
- ②給食サービス
- ③送迎サービス
- ④日常動作訓練
- ⑤健康状態の確認
- ⑥介護サービス…移動や食事、排泄の介助、見守り
- ⑦生活指導…相談援助等

6. 料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、保険者から交付される負担割合証に基づき、原則として下記の基本報酬の1割負担から3割負担となります。但し、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

【基本報酬：要介護】 1日あたり6～7時間利用（1割負担の場合）

| | |
|------|----------|
| 要介護1 | 584単位/日 |
| 要介護2 | 689単位/日 |
| 要介護3 | 796単位/日 |
| 要介護4 | 901単位/日 |
| 要介護5 | 1008単位/日 |

【加算】

| | |
|----------------------------------|-------------------|
| 入浴介助加算（Ⅰ） | 40単位/日 |
| 入浴介助加算（Ⅱ） | 55単位/日*（ⅠとⅡは併用不可） |
| *入浴に関する基礎知識を習得するための研修を年1回以上行います。 | |
| 科学的介護推進体制加算 | 40単位/月 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 22単位/日 |

介護職員等処遇改善加算Ⅰ 利用単位数に9.2%加算

*介護職員の人材確保をさらに進めるため介護現場で働く方に介護職員処遇改善加算Ⅰ・介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ・介護職員等ベースアップ等支援加算の一本化と加算率の引き上げを行います。

送迎減算：ご家族等で送迎される場合、（一）47単位/片道

：自宅以外に送迎した場合、（一）47単位/片道

*原則、自宅玄関からデイサービスまでの送迎となります。

※地域区分（7級）が設けられ、基本報酬の1単位当たり10.14円となります。

【有償サービス】

運営規定の定めに基づき次の通り請求いたします

昼食・おやつ代（1日） 700円

*食事代の当日10時以降のキャンセルは、原則できませんので請求させて頂く場合があります。

特別な手芸材料 時価

紙おむつ・パンツ代（1枚） 100円

パッド代（1枚） 30円

洗濯サービス（1回） 200円

緊急搬送・受診付添料 3000円

6. 感染予防について

朝の検温（37.5℃以上は休み）

*体温計が無い場合は職員が持参して測定いたします。

体調確認（熱発・咳・息苦しさなどの風邪症状がある場合は休み）

*同居・又同居以外で本人様に接触されている方ご家族に熱がある場合もお休み頂く様お願いします。

利用時マスクの着用（朝の送迎から帰宅するまで）

原則、利用時熱発（37.5℃以上）が続く場合、別室にて過ごしていただきご家族に連絡し帰宅して頂きます。原則、御家族送迎となります。

7. 虐待防止・身体拘束について

事業所は利用者の人権の擁護、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、虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的

に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。虐待防止のための指針を整備し、従業者に対して虐待を防止するための定期的な研修の実施や適切に実施するための担当を設置します。事業者は、原則として身体拘束を行いません。ただし、自傷行為や他人に対して危険が及ぶことが考えられる時は、利用者等に対して説明し同意した上で必要最低限の範囲で行う事があります。

8. 感染症や非常災害の業務継続について

事業所は感染症や非常災害の発生時においてサービス提供を継続的に実施するため、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し当該業務計画に従い必要な措置を講じ、対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。業務継続のための指針を整備し従業者に対して業務継続の定期的な研修を実施し、適切に実施するための担当を設置します。

9. 緊急時・事故発生時の対応について

ご利用中に病状の急変等、緊急の事態や事故が発生した場合、速やかにご家族、主治医等に連絡すると共に、救急治療あるいは、救急入院等の必要な措置を講じます。

| | |
|----------|-----------|
| ご利用者の主治医 | 氏名 |
| | 所属医療機関の名称 |
| | 所在地 |
| | 電話番号 |
| 緊急連絡先 | 氏名 |
| | 住所 |
| | 電話番号 |

9. 非常災害対策

事業所は、非常災害に備えて防災計画をたてるとともに、定期的に避難・救出その他必要な訓練を年2回以上実施し、事業所は前項に規定する訓練の実施に当たって地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。また地域との関係強化し地域住民に参加を促し地域ぐるみで高齢者を守ります。

10. 地域連携

地域住民や自発的な活動と連携・協力し地域連携に努めます。地域連

携を図り高齢者の心身機能の維持・向上を図ります。

1 1. 個人情報保護の取り扱いについて

事業所及び職員は、正当な理由なくその業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は契約が終了した後も継続します。事業者は予め文書で同意を得ない限りご利用者及びご家族の個人情報をサービス担当者会議等で用いません。

事業者は、サービス提供記録を作成し、本契約終了後5年間保管します。

1 2. 損害賠償

サービス提供に伴って事業者の明らかな過失によりご利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合、その損害を賠償致します。

1 3. 苦情等申立先

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

(1) 当事業所における苦情の受付担当者

室生園デイサービスセンター

所在地 奈良県宇陀市室生下田口 1216 番地

電話番号 0745-93-2288 FAX 0745-93-2520

責任者 管理者 奥田 太一郎

担当者 生活相談員 川口 浩子

室生園には投書箱も設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付窓口

奈良県国民健康保険団体連合会

所在地 奈良県橿原市大久保町 3 0 2 番地 1

電話番号 0744-29-8311 FAX 0744-29-8322

奈良県運営適正化委員会（奈良県社会福祉協議会内）

所在地 奈良県橿原市大久保町 3 2 0 番地 1 1

電話番号 0744-29-1212 FAX 0744-29-1212

宇陀市役所 介護福祉課

所在地 奈良県宇陀市榛原下井足 1 7 番地の 3

電話番号 0745-82-3675 FAX 0745-82-7234

第三者委員 佐小 岩雄

住所 宇陀市室生下田口 1184 番地の 1

電話番号 0745-93-2758

柘宇 英子

住所 宇陀市室生下田口 1193 番地の 1

電話番号 0745-93-2092

令和 年 月 日

指定通所介護サービス提供の開始に際し、重要事項説明書に基づき、重要事項を説明しました。

事業者

事業所名 社会福祉法人 室生会

室生園デイサービスセンター

管理者 奥田 太一郎 印

説明者

印

上記の内容について説明を受け同意しました。

利用者

住 所

氏 名

印

上記代理人

(代理人を選定した場合)

住 所

氏 名

印

指定（第1号通所事業）通所介護サービス重要事項説明書

（令和6年6月改定）

1. 事業所の概要

（1）通所介護事業者の指定番号及び提供地域

事業所名 室生園デイサービスセンター
事業所所在地 奈良県宇陀市室生下田口 1216 番地
電話番号 0745-93-2288
介護保険事業所番号 2972400028
管理者 奥田 太一郎
通常のサービスを提供する地域 宇陀市室生全域

（2）事業所の職員体制

通所型サービスA

管理者 1名（介護・運營業務管理など）
生活相談員 1名（サービス・利用者相談業務）
看護職員 1名（利用者の健康・服薬管理 応急対応）
介護職員 4名（食事・排泄・入浴介助 レクリエーション活動）

通所型サービスC（まだヤール）

管理者 1名（介護・運營業務管理など）
看護職員 1名（利用者の健康管理）
介護予防運動指導員 1名（まだヤール指導）
介護職員 1名（まだヤール指導）

（3）営業時間 午前8時15分から午後5時15分

（休業日：土、日、年末年始）

緊急連絡は常時受付いたします。

Tel0745-93-2288

（4）提供時間

通所型サービスA 午前9時30分から午後3時35分

通所型サービスC 午後1時00分から午後3時30分

（5）福祉サービス第三者評価の受審の有無 無し

2. 事業の目的

社会福祉法人室生会が開設する室生園デイサービスセンター（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護の事業（以下「事業」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、事業所の従業者が要支援認定者及び基本チェックリスト実施により事業の対象となった者（以下「事業対象者」）に対し、その有する能力に応じ可能な限り自立した生活が営むことができるよう支援することを目的とします。

3. 運営の方針

（1）通所型サービスA

事業所の従業者は、要支援者の心身の特性を踏まえて、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴サービスなど各種サービスの提供により、社会的孤立感の解消や心身機能の維持向上と合わせて、家族介護の身体的・精神的負担の軽減を図り居宅での生活を継続できるように支援します。

（2）通所型サービスC

事業所の従業者は、要支援認定者及び事業対象者の高齢者に対し自立した日常生活を営むことができるよう、社会的孤立感の解消や心身機能の維持向上を図り居宅での生活を継続できるように支援します。

（3）事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 利用定員

35名（通所介護利用者を含む）

5. サービス内容

通所型サービスA

- ①入浴サービス
- ②給食サービス
- ③送迎サービス
- ④日常動作訓練
- ⑤健康状態の確認
- ⑥介護サービス…移動や食事、排泄の介助、見守り
- ⑦生活指導…相談援助等

通所型サービスC

- ①送迎サービス
- ②健康状態の確認
- ③運動プログラム

6. 料金

(1) 利用料

介護保険相当サービスからの給付サービスを利用する場合は、保険者から交付される負担割合証に基づき、原則として下記の基本報酬の1割から3割負担となります。*介護保険相当サービスの給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

通所型サービス A

【介護予防：基本料金①】 1日あたり5時間以上利用

通所型サービス（1日デイサービス）

サービス回数 要支援1 月4回まで 要支援2 月8回まで

要支援1 427単位/日

要支援2 438単位/日

【介護予防：基本料金②】 1日あたり5時間以上利用

通所型サービス（通所型）1ヶ月定額

サービス回数 要支援1 月5回以上 要支援2 月9回以上

要支援1 1798単位/月

要支援2 3621単位/月

【介護予防：基本料金③】 1日あたり3～5時間利用

通所型サービス（ミニデイサービス）1日あたり3～4時間利用

サービス回数 要支援1 月5回まで 要支援2 月10回まで

要支援1 298単位/日

要支援2 299単位/日

※・体調面で1日デイサービスの利用が難しい場合（要相談）

・当日体調不良やご用事で短縮利用の場合

※・入浴介助加算は入浴（シャワー浴を含む）ご利用の場合算定致します。

入浴加算 50単位/日

【加算項目】

サービス提供体制強化加算（I）（介護職員の内介護福祉士の有資格者を7割以上配置する場合：介護福祉士の割合が25%以上の場合）

要支援1 88単位/月 要支援2 176単位/月

介護職員等処遇改善加算I *介護職員の人材確保をさらに進めるため介護現場で働く方に介護職員処遇改善加算I・介護職員等特定処遇改善加算I・介護職員等ベースアップ等支援加算の一本化と加算率の引き上げを行います。

要支援1 163単位/月 要支援2 333単位/月

※地域区分（7級）が設けられ、基本報酬の1単位当たり10.14円となります。

生活機能向上グループ加算：100単位/月（週1回）

口腔機能向上加算：150単位/月1回まで

（口腔清掃・摂食・嚥下機能維持向上の指導）

通所型サービスC

【基本料金】1日あたり2時間30分利用

通所型サービス（1日デイサービス）

サービス回数 1コース（15回…概ね3か月）

事業対象者：405単位/日

*継続して効果が出ると判断された場合6か月まで延長可。

*サービス終了までサービスの変更はできません。

*サービス終了3か月以降に再び利用が必要な場合は同プログラムを受けられる事が出来る。

【有償サービス】

運営規定の定めに基づき次の通り請求いたします

昼食・おやつ代（1日） 700円

*食事代の当日10時以降のキャンセルは、原則できませんので請求させて頂く場合があります。

特別な手芸材料 時価

紙おむつ・パンツ代（1枚） 100円

パッド代（1枚） 30円

洗濯サービス（1回） 200円

緊急搬送・受診付添料 3000円

6. 感染予防について

朝の検温（37.5℃以上は休み）

*体温計が無い場合は職員が持参して測定いたします。

体調確認（熱発・咳・息苦しさなどの風邪症状がある場合は休み）

*同居・又同居以外で本人様に接触されている方ご家族に熱がある場合もお休み頂く様お願いします。

利用時マスクの着用（朝の送迎から帰宅するまで）

原則、利用時熱発（37.5℃以上）が続く場合、別室にて過ごしていただきご家族に連絡し帰宅して頂きます。原則、御家族送迎となります。

7. 虐待防止・身体拘束について

事業所は利用者の人権の擁護、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、虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。虐待防止のための指針を整備し、従業者に対して虐待を防止するための定期的な研修の実施や適切に実施するための担当を設置します。事業者は、原則として身体拘束を行いません。ただし、自傷行為や他人に対して危険が及ぶことが考えられる時は、利用者等に対して説明し同意した上で必要最低限の範囲で行う事があります。

8. 感染症や非常災害の業務継続について

事業所は感染症や非常災害の発生時においてサービス提供を継続的に実施するため、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し当該業務計画に従い必要な措置を講じ、対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。業務継続のための指針を整備し従業者に対して業務継続の定期的な研修を実施し、適切に実施するための担当を設置します。

9. 緊急時・事故発生時の対応について

ご利用中に病状の急変等、緊急の事態や事故が発生した場合、速やかにご家族、主治医等に連絡すると共に、救急治療あるいは、救急入院等の必要な措置を講じます。

| | |
|----------|-----------|
| ご利用者の主治医 | 氏名 |
| | 所属医療機関の名称 |
| | 所在地 |
| | 電話番号 |
| 緊急連絡先 | 氏名 |
| | 住所 |
| | 電話番号 |

9. 非常災害対策

事業所は、非常災害に備えて防災計画をたてるとともに、定期的に避難・救出その他必要な訓練を年2回以上実施し、事業所は前項に規定する訓練の実施に当たって地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。また地域との関係強化し地域住民に参加を促し地域ぐるみで高齢者を守ります。

10. 地域連携

地域住民や自発的な活動と連携・協力し地域連携に努めます。地域連携を図り高齢者の心身機能の維持・向上を図ります。

11. 個人情報保護の取り扱いについて

事業所及び職員は、正当な理由なくその業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は契約が終了した後も継続します。事業者は予め文書で同意を得ない限りご利用者及びご家族の個人情報をサービス担当者会議等で用いません。

事業者は、サービス提供記録を作成し、本契約終了後5年間保管します。

12. 損害賠償

サービス提供に伴って事業者の明らかな過失によりご利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合、その損害を賠償致します。

13. 苦情等申立先

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

(1) 当事業所における苦情の受付担当者

室生園デイサービスセンター

所在地 奈良県宇陀市室生下田口 1216 番地
電話番号 0745-93-2288 FAX 0745-93-2520
責任者 管理者 奥田 太一郎
担当者 生活相談員 川口 浩子
室生園には投書箱も設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付窓口

奈良県国民健康保険団体連合会

所在地 奈良県橿原市大久保町 3 0 2 番地 1
電話番号 0744-29-8311 FAX 0744-29-8322

奈良県運営適正化委員会 (奈良県社会福祉協議会内)

所在地 奈良県橿原市大久保町 3 2 0 番地 1 1
電話番号 0744-29-1212 FAX 0744-29-1212

宇陀市役所 介護福祉課

所在地 奈良県宇陀市榛原下井足 1 7 番地の 3
電話番号 0745-82-3675 FAX 0745-82-7234

第三者委員 佐小 岩雄

住所 宇陀市室生下田口 1184 番地の 1

電話番号 0745-93-2758

杵宇 英子

住所 宇陀市室生下田口 1193 番地の 1

電話番号 0745-93-2092

令和 年 月 日

指定通所介護サービス提供の開始に際し、重要事項説明書に基づき、重要事項を説明しました。

事業者 事業所名 社会福祉法人 室生会
室生園デイサービスセンター
管理者 奥田 太郎 印

説明者 印

上記の内容について説明を受け同意しました。

利用者 住 所
氏 名 印

上記代理人 (代理人を選定した場合)
住 所
氏 名 印

グループホーム 愛 重要事項説明書

(指定認知症対応型共同生活介護事業)

(指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業)

社会福祉法人室生会

重要事項説明書

(指定認知症対応型共同生活介護事業)
(指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業)

貴殿に共同生活介護サービス又は介護予防サービスを提供するに先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

1. 実施主体

| | |
|------|--------------------------------------|
| 名称 | 社会福祉法人 室生会 |
| 所在地 | 奈良県宇陀市室生下田口1216番地 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者名 | 中野 利一 |
| 連絡先 | (電話) 0745-93-2525 (FAX) 0745-93-2520 |

2. 事業の目的と運営方針

| | |
|------|--|
| 事業目的 | 指定認知症対応型共同生活介護事業 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業 |
| 運営方針 | <ol style="list-style-type: none">1, 事業所において提供する指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに介護保険法に關係する厚生労働省令告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。2, 利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることが出来るよう、利用者の心身の状態を踏まえ、妥当適切な援助・支援をおこなうこととする。3, 利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることが出来るよう配慮し、援助・支援をおこなうこととする。4, 認知症対応型共同生活介護計画、又は介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮し、援助・支援をおこなうこととする。5, 介護従事者は、指定認知症対応型共同生活介護、又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族等に対し、サービスの提供方法について、理解しやすいよう説明をおこなうこととする。6, 介護従事者は、自らその提供する認知症対応型共同生活介護、又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図るよう努力することとする。 |

3. 事業所

| | | |
|------|------------------------------------|-----------------------------|
| 名称 | グループホーム 愛 | |
| 指定番号 | 2994900047 | |
| 所在地 | 〒633-0012 奈良県宇陀市室生大野1685番地2 | |
| 連絡先 | (電話)0745-92-5500 (FAX)0745-92-5501 | |
| 管理者 | 氏名 | 松浦 聖子 |
| | 保有資格 | 介護支援専門員 介護福祉士 認知症ケア上級専門士 |
| 敷地 | 1355.59㎡ | |
| 建物 | 構造 | 木造2階建(1階部分) |
| | 延床面積 | 663.04㎡ |
| | 居室数 | 18室(1ユニット9室) |
| | 入居定員 | 18名(1ユニット9名) |
| 利用居室 | 全個室 約12㎡(定員1名・ベッド/収納付) | |
| 共用施設 | 台所・食堂・居間・洗面所・便所・一般浴室 | |

4. 職員体制(1ユニット)

| | 配置数 |
|---------|-------------|
| 管理者 | 1名 計画作成者 兼務 |
| 計画作成担当者 | 1名 介護従事者 兼務 |
| 介護従事者 | 夜間1名 日中3名 |

5. 職員の勤務体制(1ユニット)

| 職種 | 勤務時間 |
|-------------------------|-----------------|
| 1. 管理者 | 日勤 9:00~18:00 |
| 2. 計画作成担当者 (介護支援専門員) | 日勤 9:00~18:00 |
| 3. 介護職員 | 日勤 9:00 ~ 18:00 |
| | 遅出 9:30 ~ 18:30 |
| | 夜勤 17:00 ~ 9:30 |

6. サービス内容

(1) 介護保険給付サービス

| 日課 | 内容 |
|--------------|--|
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。 ・食材費は給付対象外です。 ・食事は離床して食堂で摂取して頂く様に配慮します。 <p>朝食 7:00～ 昼食 12:00～ 夕食 17:00～を基準にご利用者のご希望や食事のペースに合わせて提供いたします。</p> |
| 排泄 | <ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の状況に応じ、適切な排泄の介助と、排泄の自立の援助を行います。 |
| 入浴 | <ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の状況に応じ、適切な入浴の介助と、入浴の自立の援助を行います。 |
| 日常生活 | <ul style="list-style-type: none"> ・離床(寝たきり防止のため離床に配慮します。) ・更衣(着替えのお手伝いをします。) ・整容(身の回りのお手伝いをします。) ・シーツ交換 ・健康管理 ・洗濯 ・居室内清掃 ・役所手続の代行 |
| 機能訓練 | <ul style="list-style-type: none"> ・離床援助 ・屋外散歩同行 ・家事共同作業等により生活機能の維持・改善に努めます。 |
| 健康管理 医師手配 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じ、適切な医師の往診又は医師手配医療機関への受診を実施します。 ・感染症の発生及び蔓延を防ぐために必要な措置を実施します。 |
| 相談・援助 | <ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者とそのご家族から相談に応じ、可能な限り必要な援助を行います。 |

※サービス提供については、「認知症対応型共同生活介護計画書」を作成し、利用者または、その代理人の同意を得たうえで、計画的に提供いたします。

(サービス提供の記録)

- (ア) サービス提供をした際には、「認知症対応型共同生活介護計画書」等の書面に、必要事項を記入します。
- (イ) 事業者は、「介護記録書」等の記録を作成完了後に2年間は適正に保管し、利用者またはその代理人の請求に応じて閲覧し、又は実費負担によりその写しを交付します。

(サービス利用料金)

- (ア) 利用料金につきまして、(別紙1)をご参照ください。
- (イ) 介護報酬の告示上の額に変更があった場合、変更された額に合わせてお客様の負担額を変更させていただきます。

7. 入居に当たっての留意事項

| | |
|----------------|--|
| 面会 | <ul style="list-style-type: none">・ 来訪者は面会の都度、職員に届け出て面会簿の記載をして下さい。・ 宿泊されるときは必ず、管理者の許可を得て下さい。 (原則として、ご家族等の宿泊は禁止しております。) |
| 外出・外泊 | <ul style="list-style-type: none">・ 外泊をされる場合は、所定の様式(外出・外泊届)を提出して下さい。 |
| 居室の利用 迷惑行為等 | <ul style="list-style-type: none">・ 設備、備品等は本来の使用方法に従って大切にご利用下さい。 これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償して頂く事があります。・ 騒音・雑音等の他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。・ 承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。 |
| 所持金等 | <ul style="list-style-type: none">・ 原則として、現金等の所持はお控え下さい。・ 日常生活上必要となる物品等はご家族でご準備下さい。原則として現金等はお預かりいたしません。事業所で準備した日常生活上必要な物品は利用料請求時その他費用として請求させていただきます。 |

8. 協力医療機関

| | |
|------|--|
| 名 称 | 福井療院 |
| 所在地 | 奈良県宇陀市室生大野2253番地 |
| 電話番号 | 0745-92-2006 |
| 診察科 | 内科・外科・整形外科 |
| 入院設備 | なし |
| 救急指定 | なし |
| 協力関係 | <ul style="list-style-type: none">・ 緊急及び救急時の往診、診察・ 他医療機関の紹介 |

9. 非常災害時の対策

| | |
|------|--|
| 消防計画 | 別に定めます。 消防計画；平成24年4月1日 奈良県宇陀広域消防組合へ届出 防火管理者；東平智仁 |
| 避難訓練 | 年2回火災及び地震等を想定した訓練を行います。 |
| 防災設備 | 自動火災報知設備・自動火災通報装置・スプリンクラー設備・消火器設備 排煙設備・誘導灯、防災無線 |

10. 苦情申立

| | |
|---------------|--|
| 当事業所 (事務所) | 相談受付担当者：事業所管理者 松浦聖子 (まつうらしょうこ) 計画作成担当者 富森博之 (とんもりひろゆき) ご利用時間毎日： 10:00~17:00 ご利用方法電話： 0745-92-5500 メールアドレス： mv35nv66ml@kcn.jp (エム・ブイ・35・エヌ・ブイ・66・エム・エル・アットマーク・ケイ・シー・エヌ・ドット・ジエイ・ピー) 苦情及び心配事等、気兼ねなくご相談下さい。 |
|---------------|--|

上記、福祉サービスに関する「苦情解決」事業実施要領のとおり苦情等を申し立てる事が出来ます。

その他の苦情相談先も合わせてご利用ください。

| | | | |
|--------------|---|------------------------|--|
| 宇陀市 介護福祉課 | 苦情受付窓口 電話番号：0745-82-3675 ファックス：0745-82-7234 | 奈良県 国民健康保険 団体連合会 | 苦情・相談受付窓口 介護保険課指導相談係 電話番号：0744-29-8326 フリーダイヤル：0120-21-6899 |
|--------------|---|------------------------|--|

1 1. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、家族等に連絡をおこなうとともに、適切及び必要な措置を講ずるものとする。また、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、損害賠償を速やかにおこなうものとします。但し、事業所の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

・1 2. 虐待防止対策

ご利用者の人権の擁護、虐待の発生またはその再発を防止するため、虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。また、従業者に対し虐待を防止するための定期的な研修を実施します。虐待が発生した場合には速やかに市町村、家族様に連絡をおこなうとともに、適切及び必要な措置を講ずるものとします。

1 3. 運営推進会議

ご利用者及び市町村職員並び地域住民の代表等に対し、提供するサービス内容等を明らかにすると共に地域との連携を保ち、更にはその提供するサービスの質の確保及び向上を図る為に、運営推進会議を設置し2ヶ月に1回程度開催いたしますのでご理解とご参加をお願い致します。

(別紙1)

グループホーム愛 ご利用料金表

2024/10

介護保険給付サービス

◆基本料金

| | 日額 | 月額 (1ヶ月を30日 として計算) | 備考 |
|------|------|--------------------------|--|
| 要支援2 | 749円 | 22,470円 | 初期加算 …入居日から30日間は1日につき30円が加算されます。また、医療機関に1ヶ月以上入院した後、再入居される場合もこれに該当します。 入院時費用 …入院後3か月以内に退院が見込まれる場合、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には1ヶ月に6日を限度として1日246円が加算されます。 |
| 要介護1 | 753円 | 22,560円 | |
| 要介護2 | 788円 | 23,640円 | |
| 要介護3 | 812円 | 24,360円 | |
| 要介護4 | 828円 | 24,840円 | |
| 要介護5 | 845円 | 25,350円 | |

*上記は厚生労働省通知等により、令和6年4月介護報酬改定による費用です。また、今後も同通知等により変更になる場合があります。

◆サービス提供体制加算 I

660円/月

当法人は、介護職員の総数、介護福祉士の割合、勤続年数の算定要件により、加算 I を取得しています。

◆科学的介護推進体制加算

40円/月

介護サービスの質の向上を図る観点から、毎月厚生労働省へご利用者様の認知症状をはじめ、心身の状態に係る基本的な情報の提出を行い、フィードバックに基づくケアプランや計画への反映などを評価するものです。当施設ではこれに積極的に取り組みをいたします。

◆介護職員処遇改善加算 I

職員のキャリアアップや職場環境の改善を図るものであり、担当自治体に計画書の提出や報告を行い、事業所に加算されるものです。上記基本料金および加算合計に対し、18.6%を乗じた額を算定しております。

◆認知症ケア推進加算 II

認知症の行動・心理症状の予防に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を配置し、かつ、複数人の介護職員からなるチームを組んで対応しております。

介護保険の対象外となるサービス

* 大幅な経済変動等により、下記の全額を変更する事があります。その場合には、事前に書面にて通知させていただきます。

◆基本日常生活費 (入居するにあたり必ず支払いが生じるもの) (30日入居の場合) 計 111,000円

| 費用内訳 | 日 額 | 月 額 (1ヶ月を30日 として計算) | 備 考 |
|-------|--------|---------------------------|---|
| お部屋代 | 1,200円 | 36,000円 | ・ ベッドと寝具は備付です。 ・ 寝具は、月2回のリネン交換・年1回 布団交換があります。 ・ 備付ベッド以外をご利用される場合、 各自でご準備ください。 |
| 食費 | 1,400円 | 42,000円 | 3食とも欠食した場合のみ返金します。 |
| 管理費 | 600円 | 18,000円 | 消防設備・住環境等の設備費 |
| 水道光熱費 | 500円 | 15,000円 | 電気ガス水道代 |

◆その他の生活費 (ご利用者様またはご家族様のご希望によって支払いが生じるもの)

| | |
|---------------------------|-----------|
| 介護用品 (紙オムツ等) | 実費ご負担願います |
| 理美容費 | |
| 医療 (診察・代行・お薬代等) | |
| 教養娯楽費 (個人の新聞代等、手芸材料費等) | |
| その他日用品費 | |
| 退居時費用 | |

【参考】自己負担額の目安 (30日分)

* その他の生活費を除く

(円)

| | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|------|---------|---------|---------|
| 要支援2 | 139,009 | 167,018 | 195,027 |
| 要介護1 | 139,153 | 167,306 | 195,458 |
| 要介護2 | 140,417 | 169,834 | 199,251 |
| 要介護3 | 141,281 | 171,562 | 201,843 |
| 要介護4 | 141,859 | 172,718 | 203,577 |
| 要介護5 | 142,473 | 173,945 | 205,418 |

重要事項同意確認書

私は、書面に基づいて事業所の職員（職名：_____ 氏名：_____）より
重要事項説明書の内容について説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

ご利用者 住所 _____
氏名 _____ 印

ご利用者の家族、代理人等 住所 _____
氏名 _____ 印
続柄 _____

奈良県宇陀市室生大野1685番地2
社会福祉法人 室生会
グループホーム 愛
代表 中野利一 印