

外部サービス利用型特定入所者生活介護
養護老人ホーム松風園重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

当施設は、利用者に対し養護老人ホーム松風園が指定を受けて行う外部サービス利用型特定施設入居者生活介護によるサービスを提供します。

2. 施設の内容

(1) 提供できるサービスの地域

施設名	養護老人ホーム松風園
指定番号	第2873301762号
所在地	伊丹市中野北4丁目2番11号
管理者の氏名	森 理恵
電話番号	072-781-2900
FAX番号	072-781-7088

(2) 施設の従業者体制

	職務の内容	人数
管理者	業務の一元的な管理	1名
生活相談員	入退所、生活相談及び処遇計画の策定 適宜生活支援	1名
介護支援専門員	介護計画の作成	1名
看護師もしくは准看護師	心身の健康管理ほか	1名
介護職員	介護業務	5名

(3) 設備の概要

定員 50名

○居室 50室

入所者の居室は、ベッド・枕元灯・ロッカーを備品として備えます。

○静養室 1室

医務室に近接して設けます。

○食堂

イ 必要な広さを有するものとする。

ロ 必要な備品類を備えること。

○浴室など 2室

浴室には入所者が使用しやすいよう、一般浴槽の他に要介助者のための特殊浴槽を設けます。

○洗面所及び便所 50室（全室完備）

○医務室 1室

医療法に規定する診療所とすることとし、入所者を診療するために必要な医薬品及び医療機器を備えるほか、必要に応じて臨床検査設備を設けています。

(4) 施設利用対象者

○当施設を利用できるのは、養護老人ホーム松風園入所者であり、介護制度における要介護認定の結果、要介護認定を受けた方が対象となります。

(5) 契約締結からサービス提供までの流れ

利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針は、入所後に作成する「特定施設サービス計画（ケアプラン）」で定めます。

3. サービスの内容

外部サービスを委託する受託居宅サービス事業所

サービスの種類	事業所名
指定訪問介護・指定介護予防訪問介護	伊丹市訪問介護事業所
指定訪問看護・指定介護予防訪問看護	伊丹市訪問看護ステーション
指定通所介護・指定介護予防通所介護	荒牧デイサービスセンター 南野ステップアップデイサービスセンター
その他の外部サービス	利用者の状況に応じて決定します

4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該居宅サービス事業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。

各種利用料金については、別紙のとおりとなります。

指定通所介護・指定介護予防通所介護については、別途、食事代が発生します。

サービスの中止および変更

利用者の都合により、サービスの利用を中止または変更することができます。

利用料金のお支払方法

利用料金は、利用した月ごとに計算し、ご請求します。翌日26日までに金融機関からの自動引き落としでお支払い下さい。

キャンセル料について

利用予定の前日17時30までに申し出があった場合	キャンセル料は発生しません
利用予定の前日17時30までに申し出がなかった場合	利用日の食費を請求させていただきます。

5. サービス利用に当たっての留意事項

(1) サービスの利用開始について

①サービスの利用については、職員にご相談下さい。

②入所者又はその家族は、体調の変化があった際には施設の職員にご一報ください。

(2) サービスの終了について

- ① 契約書第17条及び第18条の規定により、利用される方の都合により終了する場合は、サービス終了希望日の7日前までに文書で申し出てください。
- ② 契約書第19条の規定により、事業者の都合で終了する場合は、終了の30日前までに文書で通知いたします。
- ③ 利用者が死亡された場合、長期入院や介護保険施設へ入所された場合、又は要介護認定区分が非該当（自立）と判定された場合は、自動的にサービス終了となります。

6. 非常災害対策

施設は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回以上入所者及び従業者等の訓練を行います。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に入所者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関、各関係機関への連絡等必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 守秘義務に関する対策

施設及び職員は、業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、職員との雇用契約の内容としています。

10. 入所者の尊厳

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

11. 身体拘束の禁止

原則として、入所者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に入所者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

12. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

【養護老人ホーム松風園】

窓口担当者 : 西川 拓哉

苦情解決責任者 : 森 理恵

受付時間 : 月～金曜日 9時00分～17時30分（祝日及び年末年始を除く）

ご利用方法 電話 072-781-2900
FAX 072-781-7088
e-mail home@jigyoudan-itami-hyogo.jp

【伊丹市社会福祉事業団 事務局】

所在地 : 伊丹市広畑3丁目1番地
受付時間 : 月～金曜日 9時00分～17時30分 (祝日及び年末年始を除く)
ご利用方法 電話 072-784-9987
FAX 072-784-9937
e-mail jig001@jigyoudan-itami-hyogo.jp

【苦情処理第三者委員】

氏名 : 深川 啓子 電話番号 : 072-782-3869
氏名 : 弓場 敬子 電話番号 : 072-781-4848

公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます

【伊丹市健康福祉部地域福祉室介護保険課】

所在地 : 伊丹市千僧1丁目1番地
受付時間 : 月～金曜日 9時00分～17時30分 (祝日及び年末年始を除く)
ご利用方法 電話 072-784-8037
FAX 072-784-8006

【兵庫県国民健康保険団体連合会介護サービス苦情相談担当】

所在地 : 兵庫県神戸市中央区三宮町1丁目9番1番地1801号
受付時間 : 月～金曜日 8時45分～17時15分 (祝日及び年末年始を除く)
ご利用方法 電話 078-332-5617
FAX 078-332-5650

13. 協力医療機関等

施設は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状況が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

名称 : 市立伊丹病院
住所 : 伊丹市昆陽池1丁目100番地
診療科目 : 内科、歯科ほか総合科目

名称 : みやそう病院
住所 : 伊丹市北野2丁目113番地3
診療科目 : 内科、外科、整形外科

・協力歯科医療機関

名称 : 辻歯科医院
住所 : 伊丹市中央6丁目1番9号岡ビル2F

14. 施設からの退所（契約の終了）について

- ①利用者から退所の申し出があった場合（中途解約・契約解除）
- ②事業所からの申し出により退所していただく場合（契約解除）
- ③利用者が病院等に入院され、3カ月以内の退院が見込まれない場合

15. 事故発生時の対応について.

事故が発生した場合には、利用者やそのご家族等に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

16. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご利用者様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和 年 月 日

特定入所者生活介護サービスの開始に当たり、入所者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<施設>

所在地 伊丹市中野北4丁目2番11号

施設名 養護老人ホーム松風園

説明者 西川 拓哉

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、施設から特定入所者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。

<利用者>

住所

氏名

【署名又は記名押印】

<利用者代理人（選任した場合）・身元引受人>

住所

氏名

印（続柄）

【署名又は記名押印】

私は、利用者が事業者から重要事項の説明を受け、特定入所者生活介護サービス提供開始に同意したことを確認しましたので、私が利用者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住所

氏名

印（続柄）

【署名又は記名押印】

個人情報使用同意書

私（ ）及びその家族等の個人情報については、令和 年 月 日付特定入所者生活介護サービス利用契約書における秘密保持に関し、下記の場合にその必要とする範囲内で使用することに同意します。

記

1. 事業者が、介護保険法に関する法令に従い、利用者の特定施設サービス計画に基づくサービス等を円滑に実施するためのサービス担当者会議等において使用する場合。
2. 私(利用者)が緊急時等、医療機関で受診するときに医療機関に対して個人の情報を使用する場合。
3. 事業者との契約の終了により、利用者を他の施設へ紹介する等の援助をおこなう際に必要な個人の情報を使用する場合。

社会福祉法人 伊丹市社会福祉事業団
理事長 増田 平 様

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名

【署名又は記名押印】

利用者家族 住所

氏名

【署名又は記名押印】

利用者は署名できないため、利用者の意思を確認の上、私が代行します。

署名代行者 住所

氏名

(続柄)

【署名又は記名押印】