

短期入所生活介護重要事項説明書

偕楽荘は介護保険の指定を受けています。

(高知県指定 第 364 号)

いの町立特別養護老人ホーム偕楽荘

1. 事業者の概要

| | |
|-------|--------------------------|
| 事業所名 | 指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム偕楽荘） |
| 所在地 | 吾川郡いの町1700番地1 |
| 代表者 | いの町長 池田 牧子 |
| 電話番号 | 088-893-1111 |
| FAX番号 | 088-892-0353 |
| 事業所指定 | 高知県指定 第3972400364号 |

2. 設備の概要

| | | |
|-------|------------------------|---------------------|
| 定員 | 95名 | |
| 居室 | 1人部屋 | 29室 一般棟15室・ひまわり棟14室 |
| | 2人部屋 | 6室 一般棟4室・ひまわり棟2室 |
| | 3人部屋 | 1室 一般棟1室 |
| | 4人部屋 | 14室 一般棟11室・ひまわり棟3室 |
| 食堂 | 2室 一般棟大食堂・ひまわり棟食堂 | |
| 機能訓練室 | 1室 平行棒、滑車 | |
| 浴室 | 3室 (機械浴・特殊浴槽)・大浴槽・家庭浴槽 | |
| 医務室 | 1室 | |

3. 職員の配置状況

(主な職種の勤務体制)

| 職種 | 常勤 | 非常勤 |
|---------|-------|---------|
| 事業所長 | 1名 | |
| 事務職員 | 1名 | 1名 |
| 介護職員 | 30名以上 | |
| 生活相談員 | 1名 | |
| 看護職員 | 4名 | 2名 |
| 機能訓練指導員 | 1名 | |
| 介護支援専門員 | 1名 | |
| 医師 | | 嘱託医含む2名 |
| 栄養士 | 1名 | |

(主な職種の勤務体制)

| 職 種 | 勤 務 体 制 |
|---------------|--|
| 医 師 (内 科 等) | 毎週月曜日 14:00～16:00 毎週木曜日 14:00～16:00 |
| 医 師 (精 神 科) | 第2・第4木曜日 9:00～12:00 |
| 介 護 職 員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 早朝: 7:15～ 8:30 6名 日中: 8:30～17:15 10名 夕方: 17:15～19:15 6名 夜間: 19:15～翌7:15 4名 |
| 看 護 職 員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 日中: 9:00～17:45 3名 |
| 機 能 訓 練 指 導 員 | 日中: 8:30～17:15 |

4. 施設サービスの内容及び利用料金(契約書第3条・第4条関係)について

介護給付によるサービス(契約書第3条参照)

《サービス内容》

| 種 類 | 内 容 |
|---------|---|
| 食 事 | <ul style="list-style-type: none"> 当事業所では、栄養士(管理栄養士)の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。 食事は、自立支援のため離床して食堂でとっていただくことを原則としています。 (食事時間) 朝食: 7:30～ 昼食12:00～ 夕食18:00～ |
| 排 泄 | <ul style="list-style-type: none"> 排泄の自立を促すため、入所者の身体能力を最大限活用した援助を行います。 |
| 入 浴 | <ul style="list-style-type: none"> 入浴又は清拭を週2回行います。 寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。 |
| 健 康 管 理 | <ul style="list-style-type: none"> 医師や看護師が健康管理を行います。 |
| 送 迎 | <ul style="list-style-type: none"> 入所者の状況により、ご自宅との送迎を行います。但し、原則、旧伊野町内とします。 |
| そ の 他 | <ul style="list-style-type: none"> 寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。 |

《サービス利用に係る自己負担金》 介護保険負担割合証が1割の場合

| 介護1 | 介護2 | 介護3 | 介護4 | 介護5 |
|------|------|------|------|------|
| 603円 | 672円 | 745円 | 815円 | 884円 |

*令和7年4月1日現在

《その他介護給付サービス加算》 介護保険負担割合証が1割の場合

| 加算 | 金額 | 加算条件 |
|---------------|------|----------------|
| サービス提供体制強化加算Ⅱ | 18円 | 介護福祉士を60%以上配置。 |
| 送迎加算 | 184円 | 送迎1回につき加算されます。 |
| 緊急短期入所受入加算 | 90円 | 最長14日まで加算されます。 |

(2) 介護保険給付対象外サービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

①食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費)

入所者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

実費相当額の範囲内にて負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額(1日当たり)のご負担になります。

| 第1段階 | 第2段階 | 第3段階① | 第3段階② | 第4段階以上 |
|------|------|-------|-------|--------|
| 300円 | 600円 | 1000円 | 1300円 | 1445円 |

*令和7年4月1日現在

※ ただし、偕楽荘においては、朝食460円、昼食485円、夕食500円とし、利用に応じ一食ごとの負担とさせていただきます。また、上記負担限度額認定証記載の1日当たりの限度額を超えることはありません。

②居住に要する費用(光熱水費及び室料)

この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、室料(光熱費含む)をご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された滞在費(居住費)の金額(1日当たり)のご負担となります。

| 第1段階 | 第2段階 | 第3段階①② | 第4段階以上 |
|------|------|--------|--------|
| 380円 | 480円 | 880円 | 1,231円 |

*令和7年4月1日現在

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、別に定める納付期限までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

- | |
|---|
| <p>ア. 納付書による現金支払 いの町本庁、吾北総合支所及び本川総合支所の出納室・八田及び枝川各出張所 四国銀行・高知信用金庫・高知銀行・百十四銀行・四国労働金庫の各本支店 高知県農協の各本支所・四国内の郵便局</p> <p>イ. 口座からの自動引落(引落日月末、土日祝日の場合は翌営業日) 四国銀行・高知信用金庫・高知銀行・百十四銀行・四国労働金庫の各本支店 四国内の郵便局</p> |
|---|

5. 当事業所の運営方針

- 1 施設は、入所者の処遇に関する計画に基づき、要介護者が可能な限り居宅における生活への復帰ができることを念頭に、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、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。
- 2 施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立った施設サービスの提供に努める。
- 3 施設は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村及びその他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

6. 事故発生時の対応

- ①入所者の家族、市町村等へ連絡をします。
- ②事故の状況及び事故に際して取った処置についての記録をします。
- ③賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに賠償を行います。

7. 協力医療機関

| 医療機関の名称 | 診 察 科 目 | 所 在 地 |
|-----------|--------------------|--------------|
| 仁 淀 病 院 | 内科等 | 吾川郡いの町1369 |
| 森 木 病 院 | 内科・外科 | 吾川郡いの町3674 |
| 近 森 病 院 | 内科・外科 消化器科・整形外科 | 高知市大川筋1-1-16 |
| 高知脳神経外科病院 | 脳神経外科 | 高知市朝倉戊767-5 |
| 海辺の杜ホスピタル | 精神科 | 高知市長浜251 |

8. 相談窓口・苦情対応

(1) 当事業所における相談等の受付

| | | |
|---------|-----------|--------------------------------------|
| 相 談 窓 口 | 電 話 番 号 | 088-892-1086 |
| | F A X 番 号 | 088-892-1090 |
| | 生 活 相 談 員 | 西村 拓朗 |
| | 対 応 時 間 | 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:15 (祝日、年末年始を除く) |

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|--------------------|--|
| いの町ほけん福祉課 介護保険係 | 所在地 いの町1400番地 すこやかセンター伊野内 電話番号 088-893-3811 F A X 088-893-1101 受付時間 8:30~17:15 |
| 各市町村 介護保険係 | |
| 国民健康保険団体連合会 | 所在地 高知市丸の内2-5-5 電話番号 088-820-8410 F A X 088-820-8413 受付時間 8:30~17:00 |
| 高知県社会福祉協議会 | 所在地 高知市朝倉戊375-1 ふくし交流プラザ内 電話番号 088-844-4600 F A X 088-844-3852 受付時間 8:30~17:00 |

受付時間は月曜日から金曜日で祝日、年末年始は除きます。

9. 利用に当たっての留意事項

| | |
|--------------------------|---|
| 面 会 時 間 | 土日祝日を除く 9:30~11:00 13:30~16:30 事前予約制。 一か月 3 回まで。 *利用者の病状等により個別対応をする場合があります。 |
| 外 出 | 外出される場合は、事前に申し出てください。 |
| 居 室、設 備 器 具 の 利 用 | 施設内の居室や設備、器具類は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合には、弁償していただくことがあります。 |
| 迷 惑 行 為 等 宗 教、賭 博 行 為 | 他入所者の迷惑になる行為は禁止します。 宗教活動や賭博行為は禁止します。 |
| 所 持 品 の 持 込 | 危険物や余分な食べ物は、持込まないようにお願いします。 |
| 金 銭、貴 重 品 の 管 理 | 金銭、預金通帳、印鑑等事務所で管理いたしますので事務所へお預けください。 |

10. 偕楽荘の概要

| | |
|---------|---------------------------|
| 名 称 | 指定介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム偕楽荘) |
| 種 別 | いの町立 |
| 施 設 長 | 岡 田 讓 |
| 所 在 地 | 吾川郡いの町1400番地 |
| 電 話 番 号 | 088-892-1086 |
| 業 務 開 始 | 昭和45年4月1日 |

1 1. 介護職員によるたんの吸引・経管栄養の同意について

当施設では厚生労働省の通知（平成 22 年 4 月 1 日医政発 0 4 0 1 第 17 号厚生労働省医政局長通知）を受け、入所者様に対するケアの一部の行為を配置医、看護職員の指示の下、看護職員と介護職員が協働して実施する方針としております。

このケアは、特別養護老人ホームにおける他の医療的なケアと比べ、医療関係者との連携・協働の下では相対的に危険性が低いとされており、また施設内においても配置医による看護職員・介護職員への研修・指導の実施、「安全衛生委員会」による実施状況の把握や、研修内容の見直しを定期的に行うなど、入所者様の安全確保に向けて最善を尽くしてまいります。

1 2. 個人情報使用同意について

1. 使用する目的

私のための施設サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業所との連絡調整会、介護実習施設として受け入れる実習生等において必要な場合です。

2. 使用する期間

偕楽荘に入所している間とします。

3. 条件

個人情報の提供は、必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。

1 3. 提供する評価の実施状況

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

1 4. 虐待防止について

- ①虐待防止検討委員会を定期的を開催し、再発・未然防止策を協議します。
- ②施設内における「高齢者虐待防止と早期発見に関する指針」を策定・整備しています。
- ③全職員に対し、虐待防止に関する研修を年 2 回以上実施します。
- ④虐待防止責任者を配置し、適切な通報・相談体制を整えています。

【 説明・同意確認欄 】

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 吾川郡いの町 1400 番地
事業所名 指定介護老人福祉施設 偕楽荘
説明者 印

指定介護老人福祉施設契約の締結にあたり、上記のとおり説明をうけ同意いたしました。

利用者 住所
氏名 印

代筆者 住所
氏名 印 続柄 ()

(家族等代表者) 氏名 印 続柄 ()

