# あがわ荘介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

１．事業所の概要

| | |
|---|---|
| 事業所名 | 高吾北広域町村事務組合立特別養護老人ホームあがわ荘 |
| 所在地 | 高知県吾川郡仁淀川町本村８９番地１ |
| 管理者名 | 所　長　　和田　庄司 |
| 電話番号 | ０８８９-３５-１７１７ |
| ＦＡＸ番号 | ０８８９-３５-１６６６ |
| 事業者指定番号 | 第３９７２４０００６７号 |

２．設備の概要

| | | | |
|---|---|---|---|
| 定　員 | | １０名 | |
| 居室 | 個　　室 | ２室 | １室　　１５．６３４㎡ |
| | ２　人　部　屋 | ２室 | １室　　１７．７５８㎡ |
| | ４　人　部　屋 | １室 | １室　　３３．８２８㎡ |
| 食　堂 | | １室 | １５０．５１２㎡ |
| 機能訓練室 | | １室 | 主な機械器具…平行棒・プーリー・ホットパック<br>ボードトレーナー（もぐら叩き） |
| 浴　室 | | １室 | 特殊浴槽があります。 |
| 医務室・静養室 | | １室 | |

３．職員の配置状況

(1) 主な職員の配置状況

| 職　　種 | | 常　　勤 | 非　常　勤 | 合　　計 |
|---|---|---|---|---|
| 管理者（所長） | | １名 | | １名 |
| 医師 | | | 2名 | 名 |
| 生活相談員 | | １名 | | １名 |
| 管理栄養士 | | １名 | | １名 |
| 介護支援専門員 | | １名(兼務) | | １名 |
| 機能訓練指導員 | | | 1名 | １名 |
| 事務職員 | | １名 | | １名 |
| 介護職員等 | 看護師 | 2 名 | | 2 名 |
| | 介護職員 | 17 名 | 3名 | 20 名 |
| | (の内) 介護福祉士 | 15 名 | 1名 | 16 名 |

(2) 主な職種の勤務体制

| 職　　種 | 勤　　務　　体　　制 | | |
|---|---|---|---|
| 医師（内　科） | 毎週 | 月曜日 | 15:20～17:00 |
| （精神科） | 毎月 | 第３金曜日 | 13:00～17:00 |
| 生活相談員 | 月～金曜日（祝日、年末年始を除く） | | 8:30～17:15 |
| 介護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 | | |
| | 早朝 | 7：00～15：45 | 3名（特養兼務） |
| | 日中 | 9：30～18：15 | 5名（特養兼務） |
| | 夜間 | 17：30～ 9：30 | 2名（特養兼務） |
| 看護職員 | 月～金曜日（祝日、年末年始を除く） | | |
| | 日中 | 8：30～17：15 | 1名（特養兼務） |
| | | 9：30～18：15 | 1名（特養兼務） |
| 機能訓練指導員 | 毎月 | 第１・第３木曜日 | 15:00～17:00 |

(3) 職員の研修体制

職員の資質の向上を図るため、下記のとおり研修を行っています。

①採用時研修　採用後１ヶ月以内

②継続研修　県社協主催のケア技術研修、ケア課題別研修への系統だった派遣及び各種研修会への参加により、職員の資質向上に努めています。

４．サービスの内容及び利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

〈サービスの内容〉

| 種　　類 | 内　　容 |
|---|---|
| 食　　事<br>（給食業務委託） | ・栄養士の立てる献立表により、栄養、利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。<br>・食事はできるだけ離床して食堂で摂っていただけるよう配慮します。<br>（食事時間）<br>朝　食　　７：３０～　８：３０<br>昼　食　１２：００～１３：００<br>夕　食　１７：００～１８：００ |
| 排　　泄 | ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。<br>・おむつを使用する方に対しては、１日最低４回の交換を行うとともに、必要な場合はこれを超えて交換を行います。 |
| 入　　浴 | ・年間を通じて週２回の入浴又は清拭を行います。<br>・寝たきりの方でも特殊浴槽を使用して入浴することができます。 |
| 機能訓練 | ・機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又は低下を防止するための訓練を実施します。 |
| 健康管理 | ・医師や看護職員が、健康管理を行います。 |
| 緊急時における対応 | ・施設利用中に利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは、速やかにかかりつけの医師あるいは、協力医療機関に連絡し、適切な措置を講じます。又必要な記録を行います。 |
| 事故発生時の対応 | ・事故が発生した場合は、速やかに家族と市町村に連絡を取り必要な措置を講じます。又記録も付けます。サービス提供時に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うようにします。 |

| | |
|---|---|
| 非常災害対策 | ・地震、土砂災害、火災等の非常災害発生時には、災害に対応する施設マニュアルに沿って行動し、利用者様の安全確保に努めます。 |
| その他 | ・寝たきり防止のため、できる限り離床（寝食分離等）に配慮します。<br>・生活のリズムを考え、朝、夕の更衣を行うよう配慮します。<br>・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。 |

〈サービス利用料金〉

介護保険給付対象サービスを利用する場合は、１日あたり下記の自己負担額をお支払いいただきます。

《多床室》（2・4人部屋）

| 要介護度 | | | 要支援 1 | 要支援 2 |
|---|---|---|---|---|
| 介護サービス費（10割）1日当り | | | 4,510円 | 5,610円 |
| 1割負担 | ・介護サービス費自己負担（1割） | A | 451円 | 561円 |
| | ・介護職員等処遇改善加算(Ⅱイ)=(A+C)×（15.9%） | B | 75円 | 93円 |
| | ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | C | 22円 | 22円 |
| | 小計（１日当り） | | 548円 | 676円 |
| 2割負担 | ・介護サービス費自己負担（2割） | A | 902円 | 1,122円 |
| | ・介護職員等処遇改善加算(Ⅱイ)=(A+C)×（15.9%） | B | 150円 | 185円 |
| | ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | C | 44円 | 44円 |
| | 小計（１日当り） | | 1,096円 | 1,351円 |
| 1割負担 | ①第１段階 | 1日 | 848円 | 976円 |
| | ②第２段階 | 1日 | 1,368円 | 1,496円 |
| | ③第３段階① | 1日 | 2,498円 | 2,626円 |
| | ④第３段階② | 1日 | 3,008円 | 3,136円 |
| | ④第３段階② | 1日 | 3,362円 | 3,582円 |
| 2割負担 | ④第４段階 | 1日 | 3,556円 | 3,811円 |

《従来型個室》（1人部屋）

| 要介護度 | | | 要支援 1 | 要支援 2 |
|---|---|---|---|---|
| 介護サービス費（10割）1日当り | | | 4,510円 | 5,610円 |
| 1割負担 | ・介護サービス費自己負担（1割） | A | 451円 | 561円 |
| | ・療養食加算（18円） | | 医師が指示する利用者に限り加算されます。 | |
| | ・介護職員等処遇改善加算(Ⅱイ)=(A+B+C)×(日数)×（15.9%） | B | 75円 | 93円 |
| | ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | C | 22円 | 22円 |
| | 小計（１日当り） | | 548円 | 676円 |
| 2割負担 | ・介護サービス費自己負担（2割） | A | 902円 | 1,122円 |
| | ・療養食加算（36円） | | 医師が指示する利用者に限り加算されます。 | |
| | ・介護職員等処遇改善加算(Ⅱイ)=(A+B+C)×(日数)×（15.9%） | B | 150円 | 185円 |
| | ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | C | 44円 | 44円 |
| | 小計（１日当り） | | 1,096円 | 1,351円 |
| 1割負担 | ①第１段階 | 1日 | 1,228円 | 1,356円 |
| | ②第２段階 | 1日 | 1,418円 | 1,546円 |
| | ③第３段階① | 1日 | 2,948円 | 3,076円 |
| | ④第３段階② | 1日 | 3,324円 | 3,452円 |
| | ④第４段階 | 1日 | 3,678円 | 3,898円 |
| 2割負担 | ④第４段階 | 1日 | 3,872円 | 4,127円 |

※ 介護職員処遇改善加算(Ⅱイ)は、サービス費×日数×（15.9%）（小数点以下四捨五入）の為、正確には単価×日数倍とはなりません。

※ 介護保険の給付額に変更があった場合や人員配置等により加算に変更があった時は、された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

| | | |
|---|---|---|
| 送迎に係る負担額 | 1割負担 | 184円　（送・迎1回につき） |
| | 2割負担 | 368円　（送・迎1回につき） |
| 送迎区域 | 佐川町、越知町、仁淀川町 | |

| | | | ①第１段階 | ②第２段階 | ③第３段階① | ③第３段階② | ④第４段階 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 居住費<br>食　費<br>の日額 | 年金年額（課税状況） | | | | | | |
| | 居住費 | 2・4人部屋(多床室) | 0円 | 430円 | 430円 | 530円 | 915円 |
| | | 1人部屋(従来型個室) | 380円 | 480円 | 880円 | 980円 | 1,231円 |
| | 食　費 | | 300円 | 390円 | 680円 | 1,420円 | 1,545円 |

上記食費（1日分）は、1日にお支払いいただく食費の上限です。

*食費（1,545円）の内訳　朝食（400円）　昼食（600円）　夕食（545円）

(2) 介護保険給付以外のサービス

以下のサービスは、利用者負担となります。

| 種　　類 | 内　　容 | 利用料金 |
|---|---|---|
| 理　　髪 | 理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。 | 実　費 |
| 日常生活品の購入 | | 実　費 |

(3) 利用料金の支払い方法

前項(1)、(2)の料金費用は、翌月１０日までに請求しますので、２０日以内に下記の方法でお支払いください。

①窓口で現金払い　　②指定口座への振込払い

※ 保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合、一旦利用料金（10割）をいただき、サービス提供証明書を発行します。

このサービス提供証明書を後日、市町村の担当窓口に提出しますと全額払い戻しを受けることができます。

5.キャンセル

(1) 利用者がサービスのご利用をキャンセルする場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

**連絡先（電話）：　0889 - 35-1717　35-1725　あがわ荘**

6.営業日及び予約の方法

| | |
|---|---|
| 営　業　日 | 年中無休 |
| 予約の方法 | 担当事業所又は、あがわ荘事務室までご連絡下さい。 |

7．施設の運営基本方針

**あがわ荘は、老人福祉法及び介護保険法の基本理念を基幹として、入所者に、健全な環境と適切なサービスを通して、生きがいと安らかで安定した生活の場を提供する事を施設の理念として、入所者の福祉の増進に努めます。**

8．契約医療機関

| 病院名 | 所　在　地 | 診　療　科 |
|---|---|---|
| 大崎診療所 | 仁淀川町大崎300 | 内科 |
| 清和病院 | 佐川町乙1777 | 精神科 |

9．協力医療機関

| 病院名 | 所　在　地 | 診　療　科 |
|---|---|---|
| 大崎診療所 | 仁淀川町大崎300 | 歯科 |
| わだ眼科皮膚科 | 佐川町甲1351-1 | 皮膚科 |
| 山﨑病院 | 越知町越知甲2041 | 内科（非常時入院提携） |

10．相談窓口、苦情対応

(1)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。

| | | |
|---|---|---|
| あがわ荘お客様相談窓口 | 電話番号 | ０８８９-３５-１７１７・３５-１７２５ |
| | ＦＡＸ番号 | ０８８９-３５-１６６６ |
| | 生活相談員 | 和田　浩祐 |
| | 対応時間 | 8：30～17：15　（土、日、祝日をのぞく） |

(2)日々の小さな介護の問題に対処するため、第三者の苦情相談員を設けています。

| | | |
|---|---|---|
| 苦情相談員氏名 | 大原 達也 | 隅田 宏子 |
| 電話番号 | | |

(3)公的機関においても、次の機関に対して介護苦情等の申し立てができます。

| | | |
|---|---|---|
| 仁淀川町介護保険相談窓口 | 所在地 | 吾川郡仁淀川町大崎１２４ |
| | 電話番号 | ０８８９-３５-０８８８ |
| | ＦＡＸ番号 | ０８８９-３５-０２２８ |
| | 対応時間 | ８：３０～１７：１５ |
| 高知県国民健康保険団体連合会(国保連) | 所在地 | 高知市丸ノ内２－６－５ |
| | 電話番号 | ０８８-８２０-８４１０ ・８４１１ |
| | ＦＡＸ番号 | ０８８-８２０-８４１３ |
| | 対応時間 | ９：００～１６：００ |

11. 事故発生時の対応

(1)　事故の状況に応じ、迅速に対応します。（救急車要請、通院、往診要請）

(2)　ご家族、市町村及び居宅支援事業所に連絡を入れます。

(3)　賠償責任事故の場合は、速やかに対処します。

(4)　事故の状況及び対応の内容について報告すると共に記録に残します。

10. 第三者評価の実施状況

| | |
|---|---|
| 実施の有無 | 無し |
| 実施した直近の年月日 | |
| 実施評価機関名 | |
| 評価結果の開示状況 | |

12. 施設利用にあたっての留意事項

| | |
|---|---|
| 面会時間 | 平日8:30～11:30 / 13:00～16:30<br>来訪者は、その都度面会簿に記入願います。<br>※感染症の状況により時間と面会方法はその都度変更いたします。 |
| 通　院 | 事故や緊急時以外の通院は利用者及びご家族の責任でお願いします。 |
| 飲食物の持ち込み | 飲食物の持ち込みは、ノロウィルス等感染症予防のため、原則お断りいたしております。 |
| 外　出 | 外出される場合には、事前にお申し出ください。 |
| 金銭、貴重品の管理 | 利用者本人管理の物については一切責任を負えません。<br>申し出により、施設で管理します。 |
| 喫　煙 | 所定の場所以外での喫煙は御遠慮願います。 |
| 迷惑行為等 | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為は御遠慮願います。 |
| 居室、設備、器具等 | 本来の用法に従って利用してください。これに反して破損等が生じた場合、弁償していただくこともあります。 |
| 宗教活動 | 他の利用者の迷惑となる行為は御遠慮願います。 |

13. 高吾北広域町村事務組合の概要

| | |
|---|---|
| 名称 | 高吾北広域町村事務組合 |
| 代表者氏名 | 組合長　　小田　保行 |
| 所在地・電話 | 越知町越知甲２１２９番地７　　0889-26-2121 |
| 業務の概要 | 社会福祉事業、生活環境事業 |
| 事業所数 | １０箇所 |

14. その他

【説明確認欄】

令和　　年　　月　　日

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。

事業所　所 在 地　高知県吾川郡仁淀川町本村８９番地１

事業所名　高吾北広域町村事務組合立
特別養護老人ホームあがわ荘

説 明 者　　和田　浩祐　　㊞

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受けました。

利用者　住　　所

氏　　名　　㊞

（代理人）住　　所

氏　　名　　㊞