

短期（予防）入所生活介護かしま荘 重要事項説明書

令和6年8月1日

1. 事業所の概要

事業所名	短期入所生活介護 かしま荘
所在地	高知県幡多郡黒潮町佐賀 3177 番地
管理者名	福島まり子
電話番号	0880-55-3591
FAX番号	0880-55-3593
事業者指定番号	第 3972600039 号

2. 設備の概要

定 員		施 設	50 名	短 期	10 名	計 60 名
居室	個 室	4 室	1 室	8.25	～	9.00 m ²
	2 人部屋	4 室	1 室	16.50	～	18.00 m ²
	4 人部屋	12 室	1 室	33.00	～	36.00 m ²
食 堂		1 室	72.00 m ² （機能訓練室含む）			
浴 室		1 室	一般浴槽と特殊浴槽があります。			
医務室		1 室	38.50 m ²			
静養室		1 室	16.50 m ²			

3. 職員の配置状況

（1）配置状況

管理者（常勤 1 名）医師（非常勤 1 名）生活相談員（常勤 1 名）管理栄養士（常勤 1 名）
 介護支援専門員（常勤 1 名以上）事務職員（常勤 2 名）看護師（常勤 1 名）
 看護職（常勤 2 名以上）介護福祉士（15 名以上）

（2）勤務体制

職 種	勤 務 体 制								
医師（内科医）	毎週	水曜日	10	：	30	～	12	：	00
生活相談員	毎日		8	：	30	～	17	：	30
介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員								
	早朝：	6	：	50	～	15	：	50	3 名
	日中：	9	：	30	～	18	：	30	2 名
	遅勤：	14	：	00	～	23	：	00	3 名
	夜間：	23	：	00	～	8	：	00	2 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	：	30	～	18	：	30	1 名
P T（生活リハ）	毎月 1 回	13	：	30	～	15	：	30	

※ 土日祝日は上記と異なります。

(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 年 3回

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

種 類	内 容
食 事	・管理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。(ただし、食材費は給付対象外です) ・食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるよう配慮します。 (食事時間) 朝食 7 : 30 ~ 8 : 30 昼食 12 : 00 ~ 13 : 00 夕食 17 : 30 ~ 18 : 30
排せつ	・利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、必要に応じて交換を行います。
入 浴	・年間を通じて週2回の入浴又は清しきを行います。 ・寝たきりでも機械浴槽と座位入浴機を使用して入浴することができます。
自立支援	・理学療法士の指導の下、入所者の心身等の状況に応じ、日常動作面で機能低下を防止する運動や介護を、介護スタッフが提供します。
健康管理	・医師や看護職員が、健康管理を行います。
その他	・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活リズムを考え、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、適切な整容が行われるよう援助します。

(2) <サービス利用料> 別紙 令和6年8月1日版料金表参照

(3) 利用料金の支払い方法

前期(1)、(2)の料金・費用は、利用終了日に請求しますので、30日以内に下記のいずれかの方法でお支払いください。

① 窓口で現金払い

② 銀行振込

幡多信用金庫 佐賀支店 普通口座 0076417

黒潮町特別養護老人ホームかしま荘 施設長 福島まり子

※ 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は、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。後日、市町村の窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

5. 当事業所の運営方針

※ 基本理念

- ・地域社会の信頼と人権尊重 ・公平、公正な開かれた施設運営
- ・利用者ニーズの意思尊重 ・質の高いサービス提供

※ 目 標

- ・生活の中での自立支援 ・利用者の個性の尊重 ・地域社会との連携

6. 協力医療機関

医療機関の名称	竹本病院
所在地	高知県四万十市右山 1973-2
電話番号	0880-35-4151

7. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	安光歯科医院
所在地	高知県幡多郡黒潮町入野 2581-1-1

8. 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、次の窓口で対応いたします。

当 施 設 お 客 様 相 談 窓 口	電話番号 0880-55-3591 F A X 番号 0880-55-3593
	施設長（責任者）福島まり子 相談員（担当者）堀岡 力
	対応時間 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分

(2) 日々の苦情に対応するため、第三者苦情相談員（オンブズマン）を設置しています。

苦情相談員氏名	地域代表 吉井 幸子 氏 0880-55-2797
---------	---------------------------

(3) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

市 町 村 介 護 保 険 相 談 窓 口	所在地 高知県幡多郡黒潮町佐賀 1092-1
	電話番号 0880-55-3111・3112 F A X 番号 0880-55-2851
	対応時間 午前 8 時 30 分から午後 5 時 00 分
高 知 県 国 民 健 康 保 険 団 体 連 合 会 （ 国 保 連 ）	所在地 高知市丸の内 2-6-5
	電話番号 088-820-8410・8411 F A X 番号 088-820-8413
	対応時間 午前 8 時 30 分から午後 5 時 00 分

9. 施設利用にあたっての留意事項

面会時間	面会時間 6 : 00 ~ 21 : 00（起床時～就寝時） 来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。
外 出	外出される場合には、事前にお申し出ください。
居室、設備、器具の利用	施設内の居室や設備、器具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、弁償していただくことがあります。
喫 煙	決められた場所以外での喫煙はお断りいただきます。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
金銭、貴重品の管理	事務所 寮母室
所持品の持ち込み	テレビ タンス 衣類等
宗教活動	他に迷惑をかけない程度であれば、特に制限なし。
ペット	禁 止

10. 関連施設の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 黒潮福祉会
代表者氏名	竹本 範彦
本社所在地・電話	高知県四万十市古津賀 3742-17 ・ 0880-35-3066
業務の概要	介護保険制度による介護老人福祉施設
事業所数	特養・老健・短期入所・通所・居宅・グループホーム

11. 施設賠償責任（事故発生時の対応）

- (1) 利用者に対し、施設サービス提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、担当支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対し、施設サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。
- (3) 事故が生じた際には、その原因を解明し再発生を防ぐための対策を講じ、取った処置に対して記録を残します。

12. その他

口腔ケアの実施、介護看護記録、サービス提供記録、運営規定等の重要事項の情報開示を行います。また、介護保険法及び国の関係法令の基準に基づいた事項の変更については契約更新いたしません。感染症の発生及びまん延等に備えてショート利用時、必要に応じてコロナウイルス抗体検査を行います。その際の抗原検査キットは施設で用意しますが、諸費用については自己負担となります。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

短期（予防）入所生活介護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 高知県幡多郡黒潮町佐賀 3177 番地
事業所名 短期入所生活介護 かしま荘

説明者 堀岡 力

短期（予防）入所生活介護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

代筆者 住 所

氏 名

個人情報使用同意書

私（利用者）及びその家族等個人情報については、令和 年 月 日付
指定介護老人福祉施設契約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行う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）が入院等医療機関で受診するときに医療機関に対し、個人情報を使用する場合
- 3 事業者が、契約終了によって利用者を他の施設へ紹介する等の援助を行うに際し必要な個人情報を使用する場合
- 4 事業者が掲示物及び新聞等、肖像などの個人情報を使用する場合
- 5 国、県、関係市町村に対し、個人情報を使用する場合

令和 年 月 日

短期入所生活介護 かしま荘 御中

利用者 住 所

氏 名

代 筆 住 所

氏 名

(利用者との続柄)

利用者家族 住 所

氏 名

同 意 書

転倒のリスクが高い場合、センサーマット及びセンサーベッド等の福祉用具を使用させていただきます。

また、転倒のリスクが高い利用者がいれば優先順位で外す場合があること、また外した後再使用する場合があります。

※ただしセンサーマット及びセンサーベッド等の福祉用具を用いても完全に転倒事故を防ぐことはできません。あらかじめご了承ください。

令和 年 月 日

利用者名 _____

家族代表者 _____ 印

短期入所生活介護事業所 かしま荘