

# 介護老人福祉施設 光優 重要事項説明書

(短期入所生活介護事業・予防短期入所生活介護事業)

## 1、事業所の概要

事業所名	特別養護老人ホーム 光優
所在地	高知県四万十市古津賀3742-17
管理者名	田辺 一夫
電話番号	0880-35-8883
FAX番号	0880-35-8844
事業者指定番号	第3971000223号
開設日	平成23年6月1日

## 2、設備の概要（居室については、従来型多床室と従来型個室があります。）

定員	入所29名	短期6名	計35名
居室	個室 5室	1室 10.86 ~ 11.93 m <sup>2</sup>	
	6室（ショート用）	1室 10.71 ~ 11.10 m <sup>2</sup>	
	4人部屋 6室	1室 43.36 ~ 49.42 m <sup>2</sup>	
食堂	2室	A 67.81 m <sup>2</sup> : B 72.99 m <sup>2</sup>	
機能訓練室	1室	60.87 m <sup>2</sup> (地域交流スペース含む)	
浴室	1室	36.40 m <sup>2</sup>	
医務室	1室	13.77 m <sup>2</sup>	
静養室	1室	11.41 m <sup>2</sup>	

## 3、職員の配置状況

### （1）主な職員の配置状況

職種	配置状況
管理者	1名
医師	1名（非常勤）
生活相談員	1名以上
管理栄養士	1名以上
機能訓練員	1名以上

介護支援専門員	1名以上（兼務）
事務職員	3名以上
看護職員	2名以上
介護福祉士	6名以上
介護職員	9名以上
理学療法士	1名（非常勤）
調理員	5名以上（非常勤）

## （2）主な職種の勤務体制

職種	勤務体制		
医師	毎週金曜日	午後	
管理者(施設長)	月～金曜日	8：30～17：30	
生活相談員	月～金曜日	9：00～18：00	
管理栄養士	月～金曜日	8：30～17：30	
事務職員	月～金曜日	8：30～17：30	
看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日勤 9：00～18：00 1名		
機能訓練員	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 早出① 7：00～16：00 2名 早出② 7：30～16：30 1名 日勤 9：30～18：30 2名 遅出 13：00～22：00 2名 夜間 21：55～ 7：10 2名		
調理員	①6：00～12：00 ②8：30～17：30（13：20～14：20の休憩を含む） ③14：20～18：20		
警備員	夜間 17：30～8：30 土・日・祭日（日中） 8：30～17：30		

### (3) 主な職種の業務内容

職種	業務内容
①生活相談員	ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
②看護職員	24時間連絡体制を確保し、ご契約者の健康上の管理や療養上のお世話を代行します。また、日常生活上の介護、介助等も行います。
③機能訓練員	ご契約者の個別機能訓練計画を作成し、計画に基づいた機能訓練を行います。
④管理栄養士	ご契約者の栄養状態を把握し、個別の栄養ケア計画を作成、計画に基づいた食事内容（療養食等）を提供します。
⑤介護支援専門員	ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。
⑥介護職員	ご契約者の日常生活上の介護、健康保持のための相談・助言等を行います。
⑦調理員	管理栄養士が作成した献立を基に、利用者様個々に応じた食事の提供を行います。

### (4) 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週間以内
- ②各種研修 研修計画に沿って適宜

## 4、 サービス内容及び利用料金

### (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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養士（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。           <ul style="list-style-type: none"> <li>*食材料費（給付対象外）</li> <li>*栄養管理費（給付対象）</li> </ul> </li> <li>・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。           <ul style="list-style-type: none"> <li>〈食事時間〉 朝食 8：00～</li> <li>昼食 12：00～</li> <li>夕食 17：00～</li> </ul> </li> </ul>

排 泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>オムツを使用する方に対しては、定時の交換を行うとともに、必要に応じて随時の交換及びトイレ誘導を行います。</li> </ul>
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>年間を通じて週2回入浴又は清拭を行います。</li> <li>身体状況に応じて家庭浴槽や機械浴槽の利用ができます。</li> </ul>
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師や看護職員が、健康管理を行います。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体機能低下を防ぐため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>生活のリズムを整え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。</li> <li>清潔で快適な生活が送れるように援助します。</li> <li>適切な整容が行われるよう援助します。</li> <li>口腔ケアを毎食後に援助します。</li> <li>個人情報は、同意書の使用目的の範囲内とします。</li> </ul>
送迎の範囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>四万十市 黒潮町(旧大方町)</li> </ul>

#### 〈サービスの利用料金〉

※介護給付サービス加算の内訳と加算される金額については別紙参照

#### (2) 介護保険給付対象外のサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

種類	内容	利用料金
特別な食事	ご希望に応じて、特別食をご用意いたします。	実費
余暇活動 レクリエーション	ご希望により、クラブ活動やレクリエーションにご参加いただけます。	実費をいただく場合があります。
日常生活品の購入代行	ご希望の品物を購入代行いたします。	品物代金のみ実費
コロナウィルス等 感染症にかかる検査	必要に応じて抗原検査を行います。	実費(回数分)

### (3) 利用料金の支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は毎月20日までに請求しますので、翌月の10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 四国銀行 中村支店 普通預金 5102360

口座名義 特別養護老人ホーム 光優 施設長 田辺 一夫

※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。サービス提供証明書を後日保険者の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、当事業所の運営方針

○入所者様が、よりよい生活環境のもとで、健全で安らかな生活が営めるよう、個々の人権を尊重し、生活の質の向上に努めていく。

○地域密着型施設として、地域福祉の拠点となるよう保健・福祉・医療機関等との協同と、地域・市町村との連携を図っていく。

### 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
診療科	内科・消化器科・循環器科・呼吸器科・放射線科・整形外科・リハビリテーション科

### 7、協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人 紀親会 朝日歯科
所在地	四万十市中村於東町26
電話番号	0880-34-1108

### 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 0880-35-8883
	FAX番号 0880-35-8844
	施設長(責任者):田辺 一夫 相談員(担当者):宮尾 健二郎
	対応時間 8:30~17:30

(2) 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。

四万十市高齢者支援課相談窓口	所在地	四万十市中村大橋通り 4-10
	電話番号	0880-34-1165
	FAX番号	0880-34-1880
	対応時間	8:30~17:00
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
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	8:30~17:15

## 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 来訪者は、必ずその都度、職員に届け出て下さい。
外出	家族の方に、可能な範囲で外出をお願いします。 事前に職員にお申し出下さい。(用紙記入必要)
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ご遠慮ください。
飲酒	飲酒はご遠慮ください。
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	自己管理金品については責任を負いかねますので、出来るだけ施設に預けるようにして下さい。
所持品の持ち込み	下着類・靴下・タオル類等含め、すべての衣類にフルネームの記入をお願いいたします。また、洗濯機や乾燥機で縮む可能性のある衣類はご遠慮願います。 テレビ・タンス…すべての持ち物に名前の記入をお願いします。
宗教活動	他に迷惑をかけない程度であれば、特に制限はありません。

## 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
代表者名	竹本 範彦
本部所在地	高知県四万十市古津賀 3742-17
電話・FAX	TEL 0880-35-8883 FAX 0880-35-8844
関連事業所	特養・老健・短期入所・通所・居宅介護支援事業

## 11、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、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。
- (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。(但し、施設の責任に帰さない事由の場合は、この限りではありません。)
- (3) 事故が生じた際には、その原因を解明し再発防止に努めるとともに、とった処置についても記録を残します。

## 12、非常災害時の対策

- (1) 防火管理者は事業管理者を当て、火元責任者には事業所生活相談員をあてる
- (2) 始業時、終業時には、火災危険防止のため、自主的に点検を行う。
- (3) 非常災害用の設備点検は契約保守業者に依頼する。点検の際は防火管理者が立ち会う。
- (4) 非常災害設備は常に有効に保管するよう努める。
- (5) 火災の発生や地震等の災害が発生した場合は、被害を最小限度にとどめるため自衛消防隊を編成し、任務の遂行にあたる。
- (6) 防火管理者は、職員に対して防火教育、消防訓練を実施する。

防火教育及び基本訓練（消火、通報、避難）	年3回以上
利用者を含めた総合訓練	年3回以上
風水害における避難訓練	年1回
非常災害用設備の使用方法の徹底	隨時
- (7) その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとる。

- (8) 感染症の発生及びまん延等に備えて、感染委員会を設置して指針を整備する。また、感染症の研修や訓練（シュミレーション等）を必要に応じて実施する。
- (9) 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ィルス等の抗原検査を行います。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。

### 1 3、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家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その様態及び時間、その際の入所者的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。

### 1 4、虐待の防止のための措置に関する事項

- (1) 虐待の防止のための対策委員会を設置し定期的に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に開催するための研修計画を定める。
- (4) 研修計画を適切に実施するための担当者を置く。
- (5) 成年後見制度の利用を支援する。
- (6) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、再発の確実な防止策を講じるとともに、市町村へ報告する。

(平成27年4月1日改定)

(平成30年4月1日改定)

(平成31年4月1日改定)

(令和5年4月1日改定)

(令和5年6月1日改定)

(令和6年4月1日改定)

【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。

事業者 所在地 四万十市古津賀 3742-17  
事業者名 社会福祉法人 黒潮福祉会  
特別養護老人ホーム 光優  
説明者 宮尾 健二郎 印

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同意いたします。

利用者 住所

氏名 印

(代筆者) 住所

氏名 (続柄 ) 印