

重要事項
指定特定施設入居者生活介護
指定介護予防特定施設入居者生活介護
当施設は介護保険の指定を受けています。 高知県知事指定（第3970900175号）

当事業所はご契約者に対して指定特定施設入居者生活介護サービス及び、指定介護予防特定施設入居者生活介護サービスを提供します。厚生労働省第37号第178条に基づいて、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

*当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。

◇◆目次◆◇

1.	施設経営法人	1
2.	ご利用施設	1
3.	施設設備の状況	2
4.	職員の配置状況	3
5.	事業の目的と運営の方針	3
6.	施設サービスの概要	4
7.	協力医療機関	6
8.	苦情の受付について	6
9.	非常災害時対策	7
10.	当施設ご利用の際に留意していただく事項	7

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|--|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 愛生福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 高知県宿毛市平田町戸内1813番地1 |
| (3) 電話番号 | TEL 0880-66-1188 FAX 0880-66-1195 |
| (4) 代表者名 | 理事長 筒井大八 |
| (5) 設立年月日 | 平成2年4月1日 |

2. ご利用施設

- | | |
|----------|--|
| (1) 事業所名 | ケアハウス すくも |
| (2) 所在地 | 高知県宿毛市平田町戸内1824番地 |
| (3) 管理者名 | 施設長 上村 晃司 |
| (4) 電話番号 | TEL 0880-66-2600 FAX 0880-66-2601 |
| (5) 指定番号 | 高知県知事指定第3970900175号 |

3. 施設設備の状況

① 建 物

耐火構造	3 3 7 5 . 5 m ²
簡易耐火構造	0 m ²
計	3 3 7 5 . 5 m ²

② 設 備

設備	室数	床面積	設備	室数	床面積
居室	室	m ²	浴室	室	m ²
単身	2 6	2 3 . 8	脱衣室	2	3 3 . 2
モデル	1 2	3 5 . 3	小浴室	2	2 7 . 4
夫婦部屋	6	4 4 . 0	洗濯室	2	2 0 . 9
一時介護室	1	4 6 . 2	事務室	1	2 5 . 2
機能訓練室	1	9 0 . 2	職員詰所	1	2 5 . 1
娯楽室	2	2 3 . 1	宿直室	1	4 5 . 6
日常動作訓練室	1	4 6 . 2	地域交流ルーム	1	1 8 . 6
食堂	1	1 5 2 . 8		1	1 5 6 . 4
図書室	1	2 3 . 8			

③ 居室状況

	室数	床面積	居室付属設備				
			浴室 シャワー	洗面台	トイレ	調理 設備	冷暖房
単身タイプ	2 6	2 3 . 8	シャワーのみ	有	有	有	有
モデルタイプ	1 2	3 5 . 3	有	有	有	有	有
夫婦部屋	6	4 4 . 0	有	有	有	有	有
合計	4 4 室	1 3 0 4 . 0 m ²					

4. 職員の配置状況

(1) 職員配置

職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		介護支援専門員(計画作成担当者)	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)	1	0	1	1	16	0	0	1	1	0
非常勤(人)	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
常勤換算後の人数(人)	1.0		2.3		16.8		0.5		1.0	
基準上の最少人数	1		1		8		1		1	

※介護職員数は利用者的人数に応じて変動します。

(2) 職員の勤務態勢

職種	勤務態勢
管理者	・勤務時間(8:30~17:30) 常勤で兼務
副管理者	・勤務時間(8:30~17:30)
生活相談員	・日勤(8:30~17:30) ・日勤(9:00~18:00)
介護支援専門員	・日勤(8:30~17:30) ・日勤(9:00~18:00)
介護職員	・早出(7:00~16:00) ・日勤(7:30~16:30) (8:30~16:30) (9:00~18:00) (9:30~18:30) (10:00~19:00) ・遅出(13:30~22:30) (14:10~23:10) ・夜勤(23:00~翌8:00) (23:30~翌8:30)
看護職員 (機能訓練指導員)	・勤務時間(7:30~16:30) (8:30~17:30) (9:00~18:00)

(3) 営業日 年中無休

5. 事業の目的と運営の方針

事業目的	ご契約者のため、プライバシーや自由が保障されているケアハウスの運営を通して、地域の高齢者福祉に貢献することを目的とする
施設運営方針	ご契約者の生活支援と敬愛することを基本理念とし、地域や身元引受人との結びつきを大切に、家庭的で温かい雰囲気の中で個々にあったサービスを提供し、心身の健康の維持を図る。

6. 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種類	内 容	利用料
食事介助	<p>栄養士が献立を立てて、食事提供します。(食事は給付対象外) 食事は原則として離床して食堂や2階ラウンジ、居室等とっていただけるように配慮します。</p> <p>【食事時間】</p> <p>朝食 7:30～8:30 昼食 11:30～12:30 夕食 17:00～18:00</p> <p>但し 上記の時間内であれば、いつでも食事の開始時間を選択できます。</p>	<p>介護報酬の告示上の額 但し、法定代理受領の場合は居宅介護サービスの基準額の1割相当、法定代理受領でない場合は居宅介護サービス基準額相当です。)</p>
排泄介助	<p>ご契約者の状況に応じ適切に排泄の自立に向けた援助を行います。 おむつを使用する方に対してはこまめに交換します。</p>	
入浴介助	週2回以上の入浴又は清拭を行います。	
着替え等の介助	寝たきり防止の配慮を行います。	
相談及び援助	生活相談員が対応します	
通院介助	状況に応じ、筒井病院への通院介助を行います。	
レクリエーション行事	施設行事計画に沿ったレクリエーション行事を企画します。	
事故への対応	事故が発生した場合には、代理人への報告と事故への速やかな対応、行政への報告を行います。	

機能訓練	機能訓練指導員により、ご契約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回復又その減退を防止するための訓練を実施します。	
------	--	--

※上記のサービスの排泄介助・入浴介助・着替え等の介助につきましては、介護認定で要支援と認定された方はサービスを受けることができません。

(2) サービス利用料金 (1日あたり)

介護度	1日あたり		1ヶ月(30日)	
	利用料	本人負担額 (1割)	本人負担額 (1割)	本人負担額 (2割)
要支援1	1,820円	182円	5,460円	10,920円
要支援2	3,110円	311円	9,330円	18,660円
要介護1	5,380円	538円	16,140円	32,280円
要介護2	6,040円	604円	18,120円	36,240円
要介護3	6,740円	674円	20,220円	40,440円
要介護4	7,380円	738円	22,140円	44,280円
要介護5	8,070円	807円	24,210円	48,420円

※介護職員処遇改善加算 (I)

(上記、サービス利用料金と加算合計に8.2%を乗じた金額となります。)

※介護職員特定処遇改善加算 (I)

(上記、サービス利用料金と加算合計に1.8%を乗じた金額となります。)

※介護職員特定処遇改善加算 (II)

(上記、サービス利用料金と加算合計に1.2%を乗じた金額となります。)

※夜間看護体制加算(介護予防を除く)

(1日あたり10円の金額となります。)

※サービス提供体制加算(下記のうち一つを算定します)

- ・サービス提供体制加算Ⅲ
(1日あたり6円の金額となります。)
- ・サービス提供体制加算Ⅱ
(1日あたり18円の金額となります。)
- ・サービス提供体制加算Ⅰ
(1日あたり22円の金額となります。)

※若年性認知症入居者受入加算

(若年性認知症の人を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供する事により、1日1,200円となります。)

※医療機関連携加算

(協力医療機関又は主治医へ健康状況等を継続的に提供し連携する。
1月80円の金額となります。)

※※介護職員等ベースアップ等支援加算
 (上記サービス利用料金と加算合計に1.5%を乗じた金額)

☆ご契約者がまだ介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払い頂きます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(3) 利用料お支払い方法

利用料は1ヶ月ごとに計算し請求しますので、毎月15日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ア 当施設窓口での現金支払
- イ 郵便局口座からの自動引き落とし
- ウ 幡多信用金庫からの自動引き落とし
- エ 下記指定口座への振込
 幡多信用金庫 平田支店(普通) 0104741
 (口座名義) ケアハウスすくも 理事長 筒井大八

(4) 介護の場所

ご契約者にとって適切なサービスを提供する為に必要な場合には、居室の他、一時介護室においてサービスを提供します。その必要性の判断は、ご契約者の意思を確認し、ご契約者の主治医もしくは医療機関の医師の意見を聞いて行うこととします。

7. 協力医療機関

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診察や入院治療を受けることができます。(但し、下記の医療機関での優先的な診療・入院治療を保証や義務づけるものではありません。)

(1) 協力医療機関

名 称	主な診療科名
筒井病院	内科 消化器科 循環器科 呼吸器科 整形外科 放射線科 リハビリテーション科
二神歯科医院	歯科

8. 相談窓口、苦情対応

当事業所では社会福祉法第82条の規定により、入居者(又はその家族)からの「苦情」や「ご要望」に対し、適切に対応していくための体制を整えています。

(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。

苦情受付担当者 (お客様相談窓口)	電話番号	0880-66-2600
	FAX番号	0880-66-2601
	生活相談員	土居 一成
	対応時間	月～金 8:30～17:30

苦情解決責任者	施設長 上村 晃司
第三者委員	高倉 真弓 (連絡先 TEL 0880-66-1220)
	細川 和子 (連絡先 TEL 0880-66-1232)

(2) 苦情の解決方法

① 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。
 なお、第三者委員会に直接苦情を申し出ることもできます。

② 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告します。

③ 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。
 その際、苦情申出人は第三者委員の助言や立会いを求めることができます。
 なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。

- ・ 第三者委員による苦情内容の確認
- ・ 第三者委員による解決案の調整、助言
- ・ 話し合いの結果や改善事項等の確認

(3) 高知県運営適正化委員会の紹介

当事業所で解決困難な苦情は、高知県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会（福祉サービス困りごと解決委員会）に申し出ることができます。

高知県運営適正化委員会 （福祉サービス困りごと解決委員会）	電話番号	088-802-2611
	FAX番号	088-872-6211
	対応日時	月曜日～金曜日 9:00～16:00

(4) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申立ができます。

市町村介護保険相談窓口	所在地	宿毛市桜町2番1号		
	電話番号	0880-63-1113		
	FAX番号	0880-63-0174		
	対応日時	8:30～17:00		
高知県国民健康保険団体連合会 （国保連）	所在地	高知市丸ノ内2-6-5		
	電話番号	088-820-8410・8411		
	FAX番号	088-820-8413		
	対応日時	8:30～17:15		

9. 非常災害時対策

非常時の対応	「社会福祉法人愛生福社会消防計画」に基づき対処いたします。			
近隣との協力関係	平田町消防団			
平常時の訓練等	「ケアハウスすくも消防計画」に基づき年2回			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
防災設備	スプリンクラー	有	防火扉	8
	避難階段	2	屋内消火栓	12
	自動火災報知器	有	非常通報装置	有
	誘導灯	38	漏電火災報知器	有
	消化器	23	自家発電設備	有

消防計画	カーテンは防災性能のあるものを使用しています。 消防署への届出日 : 平成15年3月27日 防火管理者 : 藤田 卓也
------	---

10. 当施設ご利用の際に留意していただく事項

外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出て下さい。
嘱託医師以外の医療機関への受診	特に制約はありません。
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したがってご利用下さい。これに反したご利用法により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
迷惑行為等	騒音等其他のご契約者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品の管理	ご自身での管理をお願い致します。
現金等の管理	原則としてご自身での管理ですが、必要に応じてご相談の上、お預かりできます。
動物の飼育	小鳥、魚類等以外のペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

令和 年 月 日

指定特定施設入居者生活介護事業、及び指定介護予防特定施設入居者生活介護事業契約にあたり、上記により重要事項を説明しました。

説明者

氏 名 : _____ 印

説明を受けました
契約者

住 所 : _____

氏 名 : _____ 印

代理人

住 所 : _____

氏 名 : _____ 印

続 柄 : _____

ケアハウスすくも重度化対応指針

はじめに

特定施設入居者生活介護サービス契約入居者は、要軽介護高齢者で、比較的安定した方たちを対象としている。しかし、長い年月を過ごす上で加齢や疾患によって、要介護度は重度化していく事は必至であると予想される。

そうした中、入居者が安心してケアハウスでの生活が維持できる環境を整え、重度化に対応していくために本方針を定める。

1. 目的

特定施設入居者生活介護サービス契約入居者が、病状の重度化や加齢により衰弱しても、可能な限り安心して生活が維持できるように支援し、又、本人が希望する生活をしていく事ができるように、家族、医療機関者と協力して対応していく。

2. 重度化した状態の判断

主治医の判断が基本である。主には次の状態のとおりである。

- 1) 多様な疾患の重度化
- 2) 加齢による衰弱
- 3) 癌などの疼痛出現
- 4) その他

3. 基本的な姿勢

病状が重度化した入居者が、疼痛や苦痛が無く、本人、家族が望むような生活が可能な限り継続出来る様に、医療機関、家族と連携して対応していく。

4. 家族との連携

重度化の対応を行っていくために、本人、家族とのコミュニケーションを密に図り、信頼関係を築き、共に協力し合い、出来るかぎり本人、家族に満足していただけるように、連携しながらケアを提供していく。

5. 看護職員体制

入居者の重度化、医療ニーズの増大等に対応するため、看護師1名以上を配置し、看護責任者を定める。

看護職員により、入居者に対し日常的な健康管理等を行うと共に、夜間等において看護職員不在の場合にも、入居者の容態の変化に対応できるように、24時間連絡体制を確保する。

6. 医療機関との連携

主治医の指示、指導のもと必要な医療を行いながら、時に入院による病院での医療も想定し、医療機関とも連携していく。又、併設病院との協力体制により、緊急時には医師又は看護職員等が24時間連絡、訪問できる体制を確保する。

私は、本書面による説明を受け、これに同意します。

令和 年 月 日

契約者

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

代理人

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

続 柄 _____