１．組合の概要

設　置　主　体	香南香美老人ホーム組合
組　　合　　長	組合長　濱 田　豪 太
組合事務所所在地	高知県香南市野市町母代寺１８８番地
電　話　番　号	０８８７－５６－０１８１
ＦＡＸ　番　号	０８８７－５６－０４３９
構　　成　　市	香南市・香美市
運営施設・事業所	＜三宝荘＞ ・介護老人福祉施設：特別養護老人ホーム三宝荘 ・デイサービスセンター三宝通所介護事業所 ・短期入所生活介護事業所 ・三宝荘居宅介護支援事業所 ＜白寿荘＞ ・介護老人福祉施設：特別養護老人ホーム白寿荘 ・デイサービスセンター白寿通所介護事業所 ・短期入所生活介護事業所 ・白寿荘居宅介護支援事業所 ・養護老人ホーム白寿荘

２．介護老人福祉施設の概要

事　業　所　名	特別養護老人ホーム三宝荘
所　　在　　地	高知県香南市野市町母代寺１８８番地
管　理　者　名	佐 々 木　寿 幸
電　話　番　号	０８８７－５６－０１８１
Ｆ　Ａ　Ｘ　番　号	０８８７－５６－０４３９
事業者指定番号	第３９７２１００１０５号

３．施設設備の概要

定　　員		１００名	
居室	個　　室	２０室	１室　9.020～12.350 ㎡
	２人部屋	８室	１室　8.94 ㎡（１人あたり）
	４人部屋	１６室	１室　7.31～9.25 ㎡(1 人あたり)
食　　堂		133.462 ㎡	
機能訓練室		主な機械･器具：平行棒･肩関節輪転機･上肢運動滑車･姿勢鏡等	
浴　　室		一般浴槽･特殊浴室(ﾁｪｱ･ｲﾝ･ﾊﾞｽ設置)･小浴室（1Ｆ・２Ｆ）	
医　務　室		１Ｆ：37.153 ㎡　　２Ｆ：21.725 ㎡	

※　上記の他、相談室･デイルーム･ホール等があり適宜ご利用できます。

４．職員の配置状況

⑴　主な職員の配置状況

職　種	人　員
施　設　長	１人
庶　務　課　長	１人
庶務員（事務員）	２人以上
生　活　相　談　員	２人以上
介　護　員	３３人以上
介護支援専門員	１人以上
医務員（看護師）	３人以上
機能訓練指導員	１人以上
調　理　員 （管理栄養士などを含む。以下同じ。）	６人以上
嘱　託　医	２人

※　左記人員配置は介護保険施設の基準（介護老人福祉施設、短期入所生活介護事業所合算）であり、実際は左記以上の人員配置をしております。

⑵　主な職種の勤務時間

職　種	勤　務　時　間
医　師	内 科 医：週3回　　１３：３０～１５：３０ 精神科医：月２回　　１３：１５～１５：１５
生活相談員	毎週　月曜日～金曜日　　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 早出：５名以上　①7：００～１５：４５ ②8：１５～１７：００ 日勤：１０名以上　①9：３０～１８：１５ ②9：３０～１８：３０ ③9：００～１３：００ 夜勤：５名以上　①１７：００～9：３０
看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日勤：２名以上　①8：３０～１７：１５ ②9：３０～１８：１５

⑶　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実施します。

①　新任研修
②　継続研修
③　感染症及び食中毒対策に関する研修
④　事故対策・身体拘束防止に関する研修
⑤　褥瘡対策に関する研修
⑥　看取り介護に関する研修
⑦　高齢者虐待防止に関する研修
⑧　利用者・家族等及び職員のハラスメントに関する研修
⑨　防災・災害対策に関する研修及び訓練
⑩　生産性向上に関する研修

５．サービス内容及び利用料金

⑴ 介護保険給付対象サービス

＜サービスの内容＞

種　類	内　　容
施設サービス計画の作成	・利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、介護支援専門員が「施設サービス計画」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。 ・施設サービス計画を作成した場合は、利用者に説明するとともに交付します。
入　浴	・年間を通して週２回の入浴を行います。又、排泄介助時には部分清拭を行います。 ・寝たきりの方でも特殊浴槽等を使用して入浴します。 ・必要に応じ随時に入浴が出来ます。
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必要な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、紙おむつ等利用者に適したものを使用し、身体の状況に合わせて必要に応じて随時に交換を行います。 ・介護サービス計画の中でおむつ外しに取り組みます。
離床、着替え静養時の日常生活上の世話	・寝たきり防止のため出来る限り離床に配慮し、褥瘡が発生しないような適切な介護を行います。 ・生活のリズムを考え、家庭的な雰囲気で過ごせるよう配慮します。
機能訓練	・利用者が、日常生活を営むために必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行います。
健康管理	・嘱託医師や看護職員が、健康管理を行います。
相談、援助	・利用者の心身の状態、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者またはご家族等の相談に応じるとともに、必要な助言その他の支援を行います。
栄養管理（食　事）	・常勤の管理栄養士を配置し、医師や他職種と共同で利用者ごとに嚥下機能など評価し食物の形状などの栄養ケア計画を立て、これに基づく栄養管理と定期的な評価を行います。また利用者の栄養状態を記録すると共に必要時応じ見直しを行います。嗜好については随時把握し代替食の提供をします。 ・食事は出来るだけ離床して提供するように配慮します。 （食事時間） 朝　食　　７：３０～ ８：３０ 昼　食　　１２：００～１３：００ 夕　食　　１７：１５～１８：１５
口腔衛生の管理	・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容や口腔衛生が行われるよう援助します。

＜サービス利用料金＞

サービスをご利用頂きますと、介護度に応じたサービス利用料金と居住費及び食事にかかる費用などの合計金額をお支払い頂きます。（　　）内は介護サービス利用の１割負担分。

要　介　護　度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
介護福祉施設サービス費（Ⅰ）従来型個室利用の場合	5,890 円 (589 円)	6,590 円 (659 円)	7,320 円 (732 円)	8,020 円 (802 円)	8,710 円 (871 円)
介護福祉施設サービス費（Ⅱ）多床室利用の場合	5,890 円 (589 円)	6,590 円 (659 円)	7,320 円 (732 円)	8,020 円 (802 円)	8,710 円 (871 円)

＜その他の費用＞

初　　期　　加　　算	30円/1日	入所後30日間および30日を超える病院又は診療所に入院後に再び入所した場合が該当します。
精神科医療養指導加算	5円/1日	認知症の利用者が全入所者の1/3以上占め、精神科の医師が月2回以上の療養指導が行われます。
日常生活継続支援加算	36円/1日	①算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の占める割合が70%以上であること。 ②算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を要する認知症である者の占める割合が65%以上であること。 ③痰の吸引等を必要とする者の占める割合が入所者の15%以上であることのいずれかに該当し、かつ介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数が6、又はその端数を増すごとに1以上であること。
看護体制加算（Ⅰ）ロ	4円/1日	常勤の看護師を1名以上配置していること。
看護体制加算（Ⅱ）ロ	8円/1日	①看護職員の数が常勤換算方法で入所者の数が25、又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、指定介護老人福祉施設基準第2号第1項第3号ロに規定する指定介護老人福祉施設に置くべき看護職員の数に1を加えた数以上であること。 ②当該施設の看護職員により、又は病院、療養所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保していること。
夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ	13円/1日	夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を1人以上上回っていること。
療　養　食　加　算	6円/1回	食事の提供が管理栄養士により入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われており、療養食として医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓食、肝臓食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、高脂血症食、痛風食などを提供します。
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100円/1月	①（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されたこと。 ②見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。 ③職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていること。 ④1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10円/1月	①利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。 ②見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。 ③1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。

安全対策体制加算	20円/1回	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。入所時に１回限り加算されます。
入院及外泊時加算	246円 /１日	入院外泊をしてより６日を限度としますが、月末の入院など２ヶ月にまたがる場合は12日を限度とします。（この間はお部屋代も必要です。）
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40円/1月	①入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。 ②必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、①に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50円/1月	①科学的介護推進体制加算（Ⅰ）の①の情報に加えて、入所者ごとの疾病等の状況等の情報を厚労省へ提出していること。 ②必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、１に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90円/1月	①歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔 衛生等の管理に係る計画が作成されていること。 ②歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月二回以上行うこと。 ③歯科衛生士が、①における入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な 技術的助言及び指導を行うこと。 ④歯科衛生士が、①における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。 ⑤通所介護費等算定方法第十号、第十二号、第十三号及び第十五号に規定する基準のいずれにも 該当しないこと。
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110円 /1月	①上記の口腔衛生管理加算（Ⅰ）の①から⑤のいずれにも適合すること。 ②入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、 当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
排せつ支援加算（Ⅰ）	10円/1月	①排せつに介護を要する入所者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時等に評価するとともに、少なくとも３月に１回、評価をおこない、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって当該情報等を活用していること。 ② ①の評価の結果、適切な対応をおこなうことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、支援を継続して実施していること。 ③ ①の評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者等ごとに支援計画を見直していること。

褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3円/1月	①入所者、利用者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて利用開始時に、別紙様式5を用いて評価し、その後3月に1回評価すること。そしてその情報を厚生労働省へ提出地、情報を有効活用していること。 ② ①の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者・利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員などが共同して、褥瘡ケア計画を作成していること。 ③褥瘡ケア計画に従って褥瘡管理を実施するとともに、状態について定期的に記録していること。 ④ ①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直していること。 ⑤褥瘡ケア計画に基づいたケアを実施する際には、褥瘡ケア・マネジメントの対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）	30円/1月	①評価対象者の総数が10人以上であること。 ②評価対象者全員について、評価対象利用期間の初月と、当該月の翌月から起算して六月目においてADLを評価し、その評価を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していること。 ③評価対象者の評価対象利用開始月の翌月から起算して六月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値の平均値が一以上であること。
協力医療機関連携加算	50円/1月	協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催していること。 （協力医療機関の要件） ①入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。 ②高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。 ③入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
配置医師緊急時対応加算	325円 ／1回	入所者に対する注意事項や病状等についての情報共有、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法などの具体的な取り決めを施設と医師との間で行い、24時間対応できる体制が確保されており、通常の勤務時間以外の時間、早朝や深夜に診療を行った場合に加算されます。ただし、看護体制加算（Ⅱ）を算定していない場合は、加算されません。 通常の勤務時間外の場合（早朝・夜間及び深夜を除く）
	650円 ／1回	早朝(6：00～8：00)・夜間(18：00～22：00)の場合
	1,300円 ／1回	深夜(22：00～翌6：00)の場合

退所時栄養情報連携加算	70円/1月	介護保険施設から、居宅・他の介護保険施設・医療機関等に退所する者の栄養管理に関する情報提供が切れ目なく行われるようにする観点から、介護保険施設の管理栄養士が、介護保険施設の入所者等の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等に提供を行った場合に加算されます。
再入所時栄養連携加算	200円 ／1回	栄養管理を必要とする利用者に切れ目なくサービスを提供する観点から、医療機関から介護保険施設への再入所者であって特別食等を提供する必要がある利用者に、施設と医療機関の管理栄養士が連携して栄養ケア計画を作成した場合に加算されます。 利用者１人につき１回のみ。
経口維持加算（Ⅰ）	400円 /1月	現に経口より食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、管理栄養士又は栄養士が経口維持計画を作成し、栄養管理を行った場合に加算されます。
若年性認知症利用者（入所者）受入加算	120円 /1日	認知症日常自立度がⅢ以上であって認知行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であると医師が判断した方の入所の場合に加算されます。
新興感染症等施設療養費	240円 ／1日	入所者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として加算されます。
看取り介護加算（Ⅰ）	72円/1日	医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断された場合、利用者や家族の希望により、本人家族と共に医師、看護師、介護職員等が共同して、随時本人又はその家族に対して十分な説明を行い合意しながら、その人らしさを尊重した看取りができるよう計画が作成され、同意を得て、見取り介護が行われた場合、死亡日以前31日以上45日以下。
	144円 /1日	死亡日以前4日以上30日以下。
	680円 /1日	上記で死亡日の前日及び前々日。
	1,280円 /1日	死亡日。
退所時等相談援助加算　退所前訪問相談援助加算	460円	入所期間が１ヶ月を超えると見込まれる利用者の退所に先立って、介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員又は医師のいずれかの職種の者が、利用者が退所後生活する居宅を訪問し、利用者及びその家族等に対して退所後の居宅サービス、その他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行った場合に、入所中１回（入所後早期に退所前訪問相談援助の必要があると認められる利用者のあっては２回）を限度として加算されます。
退所時等相談援助加算　退所後訪問相談援助加算	460円	退所後30日以内に利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族等に対して相談援助を行った場合に、退所後１回を限度として加算されます。

	退所時相談援助加算 （1人1回限度）	400円	入所期間が1ヶ月を超える利用者が退所し、その居宅において居宅サービスを利用する場合、利用者及び家族に対し退所後の居宅サービス、その他の保健医療サービス、又は、福祉サービスについて相談援助を行い、利用者が同意の上、退所の日から2週間以内に利用者の退所後の居宅地を管轄する市町村及び包括介護支援センターに対して利用者に介護の状況を示す文書を添えて利用者に係る居宅サービスに必要な情報を提供した場合に加算されます。
	退所前連携加算 （1人1回限度）	500円	入所期間が1ヶ月を超える利用者が退所し、その居宅において居宅サービスを利用する場合、退所に先立って利用者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対し利用者の同意を得て、利用者に介護の状況を示す文書を添えて利用者に係る居宅サービスに必要な情報を提供し、居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行います。
	退所時情報提供加算 （1人1回限度）	250円	入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に加算されます。
介護職員等処遇改善加算		Ⅰ	サービス利用料金＋加算に対し、14.0％
		Ⅱ	サービス利用料金＋加算に対し、13.6％
		Ⅲ	サービス利用料金＋加算に対し、11.3％
		Ⅳ	サービス利用料金＋加算に対し、 9.0％

※　高額介護サービス費については生活相談員にご相談ください。

⑵　介護保険給付対象外サービス

次に掲げるサービスについては、全額が利用者の負担となります。

介護保険サービスにおいて「居住費」や「食費」は保険給付の対象外です。

これに伴い居住費・食費の負担上限額が設けられ、負担上限額を超えた部分について、基準費用額との差額を介護保険で負担されます。

①居住費及び食費　　（単位：円/日）

段　階　別	居住の種類	居 住 費	食　費
利用者負担限度額第１段階	従来型個室	３８０	３００
	多　床　室	０	
利用者負担限度額第２段階	従来型個室	４８０	３９０
	多　床　室	４３０	
利用者負担限度額第３段階①	従来型個室	８８０	６５０
	多　床　室	４３０	
利用者負担限度額第３段階②	従来型個室	８８０	１，３６０
	多　床　室	４３０	
利用者負担限度額第４段階	従来型個室	１，２３１	１，４４５
	多　床　室	９１５	

② その他の費用

・誕生会や敬老会のお祝い・行事等のおやつ（ケーキやジュース等）など月額300円

・散髪代（1回2,000円）、クリーニング代、電話代、衣類・日用品（タオル、歯ブラシ、歯磨き粉、ポリデント、化粧品等）代など。

・趣味・手芸品代、新聞・雑誌代、嗜好品代、献立以外の食品代など。

・コロナ抗原検査キット（1セット1,500円）、インフルエンザ検査キット（1セット1,100円）、予防接種代、医療機関への入院・受診にかかる交通費（介護タクシー代等）など。

・ケーブルテレビ利用料（テレビ持ち込みの方）：月額510円（日額17円）

・施設預かり金管理費（振替手数料等）：月額50円

・切手代（利用者家族等から郵送依頼のもの）

⑶ 利用料の支払い方法

毎月１０日までに利用料及び費用の請求をしますので、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 施設預かり金からの支払い

② 窓口での現金払い（現金書留：可）

③ 下記口座振込み

銀 行 名	四国銀行	口座番号	普通：０３６３６９９
支 店 名	野市支店	名 義 人	香南香美老人ホーム組合 会計管理者　髙橋（たかはし）　美弥（みや）

※ 保険料の滞納等により、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金の全額をお支払頂きます。その際「サービス提供証明書」を発行しますので、後日市町村に提出しますと保険給付金の全額の払い戻しを受けることが出来ます。

６．協力医療機関

医療機関の名称	愛宕病院	ＪＡ高知病院	野市中央病院
所在地	高知市愛宕町	南国市明見	香南市野市町
診療科	救急総合病院	救急総合病院	救急総合病院

医療機関の名称	同仁病院	大島歯科
所在地	香美市土佐山田町	香南市野市町
診療科	精神科・内科	歯科

７．相談窓口・苦情対応

⑴ サービスに関する苦情や相談については、次の窓口で対応します。

相談窓口	電話番号	０８８７－５６－０１８１
	ＦＡＸ番号	０８８７－５６－０４３９
	苦情解決責任者	施設長　　　　　佐々木　寿　幸
	相談員	生活相談員班長　　時　久　　政　和
	対応日時	月～金曜日　午前8時３０分～午後5時１５分

⑵ 公平中立な立場で日々の相談や要望に迅速に対応するため、第三者委員を設置しています。

介護相談員名	永　幡　隆　志	岡　田　惠　子
電話番号	０９０－５９６９－３８０２	０８８７－５４－４８７４

⑶ 公的機関においても、苦情の申立てが出来ます。

香南市役所高齢者介護課	所在地	香南市野市町西野 2706
	TEL・FAX 番号	TEL　0887-57-8510 FAX　0887-56-0576
	対応時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
香美市役所高齢介護課	所在地	香美市土佐山田町宝町 1-2-1
	TEL・FAX 番号	TEL　0887-52-9280 FAX　0887-53-4572
	対応時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
高知県国民健康保険団体連合会 (介護保険課苦情相談係)	所在地	高知市丸ノ内 2-6-5
	TEL・FAX 番号	TEL　088-820-8410・8411 FAX　088-820-8413
	対応時間	午前 9 時 00 分～午後 12 時 00 分 午後 1 時 00 分～午後 4 時 00 分

８．施設利用にあたっての留意事項

面　会　時　間	面会時間は、午前９時３０分～午後６時００分です。来訪者は、面会簿にご記入の上、必ずその都度職員に申し出て下さい。 家族対応での外出（病院受診など）や外泊につきましては上記時間以外でも入室出来ますので、前日までに職員に申し出て下さい。
外出・外泊	外出(泊)される場合は、必ず職員に申し出て「外出(泊)届け」にご記入のうえ、職員に提出してください。外出(泊)中、時間等に変更のあった場合にはその旨ご連絡ください。なお、国で定められた制度上、外泊できる日数は１ヶ月最大６日間とし、月をまたぐ場合のみ最大で１２日間となります。
居室・設備 器具等の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損が生じた場合、また異所排泄等により汚染され修復や清掃が必要な場合、原状回復にかかる費用を全額弁償して頂きます。
喫　　　　煙	改正健康増進法により、2020 年４月から介護施設敷地内は原則禁煙となっておりますので、喫煙はお断りさせて頂きます。
ペ　ッ　ト	動物や昆虫等の持込や、飼育はご遠慮ください。
衣　　　　類	着替えの衣類等には、名前をご記入いただき四季の入れ替えをお願いします。又、洗濯や乾燥による損傷については保障いたしかねますので、色落ちしたり縮んだりする衣類の持込はご遠慮ください。
貴　重　品　等	施設内での物品の破損や紛失については補償いたしかねますので、現金・通帳・貴重品等の持ち込みはご遠慮ください。また、携帯電話・(腕)時計・介助での装着が必要ではない義歯・補聴器などの持ち込みは可能ですが、破損や紛失については補償いたしかねます。
車椅子・歩行器等	標準的な車椅子及び歩行器は、施設でご用意いたしますが、特殊な歩行補助用品（電動、モジュール式、特注サイズの車椅子等）については、自己負担若しくはご家族等でご準備ください。
撮影・録音禁止	入所者および職員の個人情報やプライバシー保護のため、許可なく施設および敷地内での写真や動画撮影・録音、ブログや SNS などを含むインターネットへの投稿を禁止しております。 家族写真等の撮影を希望される方は職員までご相談ください。なお、撮影等を許可された場合においても、他の入所者や職員が映り込まないよう十分にご配慮ください。

９．預かり金管理に関わる事項

預かり金については「三宝荘利用者預かり金等に関する取扱要領」に則り管理させて頂きます。

10．身元及び遺留金品等引受けに係る事項

利用者が特別養護老人ホーム三宝荘契約書第８条により契約が終了した時は、直ちにその身柄を引き取り、又、利用者が死亡した場合は、遺留金品等を引き取るものといたします。

なお、このことについては、その他の相続権がある者も了承し、万一親族間に紛争が起きた場合等契約者、代理人が責任を持って解決をするものとします。

11. 居室やベッドの移動及び入院中空きベッド利用に係る事項

利用者の状態や入退所、入退院等により、居室やベッドの位置を移動していただくことがあります。又、利用者が入院・外泊をした場合、空きベッドを他の利用者に利用させていただくことがあります。

12. 個人情報の保護及び使用同意に係る事項

利用者及びその家族等に関する個人情報使用に関し下記の通り条件を定め、その範囲内で必要最小限の情報を施設が取得し使用します。

⑴ 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

⑵ 利用目的

ア 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため。

イ 利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。

ウ 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体、保険者、その他社会福祉団体との連絡調整のため。

エ 利用者が、医療サービス利用を希望している場合および主治医等の意見書を求める必要がある場合

オ 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため。

カ 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議。

キ その他サービス提供及び施設実習で必要な場合。

ク 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡などの場合。

⑶ 使用条件

ア 個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。

イ 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

13. 第三者評価に関する事項

第三者評価機関による評価は実施しておりません。ただし、厚生労働省が実施する「介護サービス情報公表システム」に毎年登録し、広く情報の公開に努める事によりサービスの内容を見直し、質の向上に努めています。

14. 緊急時等の対応

施設長は、現に処遇を行っているときに入所者の症状の急変が生じた場合その他必要な場合のため、あらかじめ、医師との連携方法及び緊急時における対応方法を定めるものとします。

15. 看取り介護の実施

老化や慢性疾患により心身が衰弱し医療機関での対応の必要性が薄く回復の見込みがないと医師から診断されたとき、且つ最後の場所及び治療などについて本人の意思、ならびに家族の意向により医療機関への入院を望まない場合は、施設内で利用者が人道的且つ安らかな終末を迎えることが出来るように支援します。

16. 事故発生及び再発防止の対応

⑴ 事故発生又はその再発を防止するため、安全対策担当者を設置します。

⑵ 施設サービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、入所者の家族に連絡すると共に必要かつ適切な対応を行い、採った処置について記録を残し再発を防ぐための対策を講じます。又、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。

17. 身体拘束等の適正化の対応

施設サービスの提供に当たって、当該利用者または他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動の制限は行いません。

身体拘束ゼロを目指して多職種の話し合いの上、介護の工夫等でケアを実施します。

18. 虐待防止に関する対応

⑴ 施設は、利用者の人権の擁護、虐待の発生またはその再発を防止するため措置を講じます。

⑵ 施設は、サービス提供中に、当該施設職員または養護者（入所者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

19. 非常災害対策

⑴ 施設は、非常災害に備えて防災設備の整備、点検、定期的に避難・救出その他必要な訓練を行い、対策を講じます。

⑵ 感染症や非常災害が発生時において、利用者に対する施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

⑶ 福祉避難所受け入れおよび運営ついて、関係機関および地域住民との連携に努めていきます。

20. 感染症予防及びまん延防止のための対策

⑴ 施設は、当該施設において感染症または食中毒が発生し、または蔓延しないように措置を講じます。

⑵ 感染症及び食中毒が疑われる際には、発生状況の把握・感染拡大の防止に努め、医療機関や保健所・市町村における関係機関との連携を図り適切な措置を行います。また、医師(嘱託医)および安全衛生委員会の判断により、ご家族等の面会を制限させていただく場合があります。

21. 実習生の受入れについて

施設は、将来の福祉人材の育成のため実習生の受入れを社会的使命と考え、社会福祉関係の実習単位を取得しようとしている学生を受け入れています。入所者等の個人情報保護については、実習生から個人情報守秘についての誓約書をとり十分に配慮するよう努めています。

委　任　状

私は、特別養護老人ホーム三宝荘施設長を代理人と定め

利用者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に関わる下記の事項を委任いたします。

委任状
（委任する事項の番号を〇でお囲みください。）

1. サービス利用料金及び居住費・食費の支払い
2. 介護保険料の支払い
3. 後期高齢者医療や国民健康料の支払い
4. 住民税・固定資産税の支払い
5. 救急搬送の際の受け入れ病院の手配（搬送したくない病院：　　　　　　　　　　）
6. 医療費等の支払い
7. 病院受診に係る交通費（タクシー及び介護タクシー代等）の支払い
8. 日常必需品の購入及びその他、日常生活における必要な支払い
9. 嗜好品の購入及び支払い
10. 限度額適用・標準負担額減額認定申請（医療）
11. 高額介護サービス費・高額療養費・高額介護合算療養費の支給申請に関する手続き
12. 要介護認定申請手続き
13. 高齢障害医療費受給に関する諸手続き
14. 年金管理
15. 年金受給に関する諸手続き
16. 介護保険特定負担減額手続き（旧措置者）
17. 介護保険利用者負担額減額・免除手続き（旧措置者）

なお、委任した各種手続きに関するものと推測される官公署からの郵便物の開封・内容確認をすることについて同意します。

※ 5について搬送したくない病院の記載がない場合は、救急隊等が受け入れ可能な病院を検索し搬送させていただきます。

※ 7については嘱託医指示での受診等は対象外となります。

※ 14については貯金管理手続きのうえ年金振込先通帳をお預かりさせていただきます。

個人情報使用同意に係る事項について

面会・ホームページ・広報誌掲載等に関してご利用者・ご家族の方のご意向を伺いたいと思いますので、下記の項目で当てはまる方に丸をつけてください。なお、記載後にご意向が異なった場合はいつでも訂正することができます。

1．面会に関して

(1) 外部の団体訪問者（高齢者クラブの訪問・小学生や保育園の訪問等）に会ってもいいですか。

① はい　　　　　② いいえ

＊外部団体に名簿を求められた場合、名簿に名前を記載していいですか。

（小学生が年賀状を送ってくれる際の名簿提供など）

① はい　　　　　② いいえ

(2) 通常の面会について

① 誰でも面会可　　　② 下記の人の面会は断る

名前：［　　　　　　　　　　　　　　　］

2．広報に関して

(1) ホームページ・ 広報誌に写真を掲載してもかまいませんか。

① はい　　　　　② いいえ

(2) ホームページ・広報誌に名前を出してもかまいませんか。

① はい　　　　　② いいえ

(3) ケーブルテレビ等の取材・撮影はかまいませんか。

① はい　　　　　② いいえ

特別養護老人ホーム三宝荘における医療体制について

1．当施設の嘱託医は、「西山内科」です。週 3 回の回診と 24 時間の連絡体制を確保し、健康管理および状態変化時の対応を行います。

2. 当施設は、医療機関ではなく、生活支援の場所です。提供できない医療があることをご理解ください。

3. 入院の必要がなく様態が安定している時、副作用の危険性や投薬量調整のため医師または看護師による経過観察が必要でない場合、医師・看護師以外の職員（介護職員等）が下記の行為を実施することができます。

皮膚への軟膏塗布・湿布貼用・点眼薬の点眼・一包化された内服薬内服・座薬挿入

吸入などの薬剤使用の介助　等

4. 施設には常勤医師はおりません。また、看護師も夜間不在です。看護師は、緊急時の連絡により駆けつける体制となっています。
5. 利用者の状態の変化に伴う緊急時対応（受診、入院、経過観察など）は、看護師が医師と連絡をとり判断いたします。
6. 利用者の状態の変化に伴う緊急時の連絡は、看護師（夜間などは介護職員の場合あり）が行います。連絡の取れる複数の連絡先をお示しください。
7. 当施設では、医師より医学的知見から回復の見込みがないと判断し、かつ医療機関での対応の必要性が低いと判断された場合、ご希望に応じて「看取り介護」を行うことができます。その場合、以下の対応をしております。
   ・付き添い、面会の時間制限をいたしません。夜間について防犯の都合上施錠いたしますので、日中あらかじめご連絡ください。
   ・ご利用者、ご家族様のご意向をできるだけ尊重した支援計画を策定し提供いたします。
   ・状態が悪化した場合の医療処置の希望について、ご意向をお伺いいたします。
   ・これらについてご説明のうえ、同意書をいただきます。

施設利用時のリスクについて

当施設ではご利用者が快適な入所生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、ご利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因となり、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

高齢者の特徴から予測される危険性について

✧ 介護老人福祉施設は、生活の場であり原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
✧ 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷のおそれがあります。
✧ 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
✧ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。
✧ 高齢者は免疫力の低下により感染性の疾患にかかりやすく、悪化しやすい可能性があります。
✧ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲や少しの圧迫であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
✧ 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・窒息の危険性が高い状態にあります。
✧ 高齢者は、加齢に伴い肺や気管支等の呼吸器官の機能が低下するため、風邪症状から肺炎等に状態が重度化する危険性があります。
✧ 高齢者であることにより、脳や心臓等の疾患により、急変される場合もあります。
✧ 認知症は記憶障害や知的機能の低下といった基本症状の他に、心理・行動症状が出現する場合があり、徘徊や昼夜逆転、攻撃的行為、せん妄等の行動障害を起こす可能性があります。

※ 上記の事につきましては、ご自宅でも十分起こりうることですので、ご留意いただきますようお願い申し上げます。

【説明確認欄】

介護老人福祉施設：特別養護老人ホーム三宝荘利用契約の締結にあたり、重要事項を説明しました。

令和　　年　　月　　日

事業者住所　高知県香南市野市町母代寺１８８番地

事業者名　介護老人福祉施設：特別養護老人ホーム三宝荘

説明者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

介護老人福祉施設：特別養護老人ホーム三宝荘利用契約の締結にあたり、重要事項の説明を受け内容について同意いたします。

令和　　年　　月　　日

香南香美老人ホーム組合
組合長　濱田 豪太 様

利用者　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(必要時)代筆　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(続柄：　　　　)

利用者家族等　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(続柄：　　　　)

自宅電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急時連絡先　①＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(氏名：　　　　　　続柄：　　　　)

緊急時連絡先　②＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(氏名：　　　　　　続柄：　　　　)

※　利用者家族等と請求書の送付先が相違する場合は下記にご記入ください。

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿