

介護医療院 やわらぎ (介護予防) 短期入所療養介護  
重要事項説明書  
(令和7年8月1日現在)

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人社団 以和貴会
代表者名	理事長 渡辺 朋之
所在地・連絡先	香川県高松市香南町由佐 113 番地 1 電話 087-879-3533 FAX 087-879-1080

2 事業所（ご利用施設）の概要

施設の名称	介護医療院 やわらぎ
所在地・連絡先	香川県高松市香南町由佐 102 番地 1 電話 087-813-7301 FAX 087-813-7302
事業所番号	37B0100019
院長の氏名	宮武 博之

3 事業所（ご利用施設）であわせて実施する事業

事業の種類	事業所番号	指定年月日	利用定員
介護医療院	37B0100019	平成 24 年 10 月 1 日	42 名
短期入所生活介護	3770107146	平成 24 年 10 月 1 日	休止

4 施設の目的及び運営方針

(1) 施設の目的

短期入所療養介護計画に基づいて、介護保険法令の趣旨に従い、看護・医学管理下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活の世話をを行い利用者の療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的精神的負担の軽減を図ることを目的としております。

この目的に沿って当施設では、以下のような運営方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

(2) 運営方針

1 入所者様の人格尊重を第一として、施設内の生活環境の充実を図り、医療と生活介護のサービス提供に努めます。

2 施設が日常生活および訓練の場であることから、諸行事、レクリエーションを活発に取り入れ、生活機能を低下させないよう日課の充実に努めます。

3 入所者様等の症状変化に備え、併設医療機関であるいわき病院と密接な連携を図り、認知症の方に対しても適正な医療と機能訓練、介護を行い社会家庭復帰に努めます。

4 ボランティア活動を積極的に取り入れ、地域社会との連携を図るとともに、介護相談や健康相談等の実施により入所者様と家族様の絆を深められるよう、その関係調整にも努めます。

### (3) その他

職員研修 年2回、看護・介護職員の研修を行っています。

## 5 施設の概要

### (1) 構造等

敷地		2633 m <sup>2</sup>
建物	構造	鉄骨 3階建て
	延床面積	2100.63 m <sup>2</sup>
	利用定員	42名

### (2) 居室

居室の種類	室数	面積（一人あたりの面積）	備考
一人部屋	6	11.64 m <sup>2</sup> ～	ブザーを設置
二人部屋	6	17.18 m <sup>2</sup> ～ (8.59 m <sup>2</sup> ～)	ブザーを設置
四人部屋	6	33.08 m <sup>2</sup> ～ (8.27 m <sup>2</sup> ～)	ブザーを設置

### (3) 主な設備

設備	室数	備考
食堂	2	テーブル、椅子、冷蔵庫、食器乾燥機
機能訓練室	1	リハビリテーション機器を設置
浴室	2	特別浴室、浴室
診察室	1	
談話室	1	テーブル、椅子
便所	5	

## 6 職員の配置状況

職種	配置人数 (常勤換算)	職務内容
医師 (管理者)	1	入所者様の健康管理や療養上の指導を行うとともに、施設の責任者として施設の管理を統括します。
薬剤師	0.2	医師の指示に基づく入所者様の薬剤の調剤、及び与薬管理を行います。

看護職員	7	利用者様の健康管理や療養上のお世話を行います。
介護職員	7	利用者様の日常生活上のお世話を行います。
支援相談員	1	ご利用のご相談、利用者様の日常生活の相談・助言を行います。
理学療法士・ 作業療法士	0.5	利用者様の日常生活における必要な機能訓練を行います。
管理栄養士	1	入所者様の健康管理を栄養面から行います。
介護支援専門員	1	利用者様に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。
事務員	1	施設の労務管理・経理等を行います。
調理員	3	管理栄養士の指示を受けて利用者様の食事の調理を行います。

※職員数は、上記の配置人数を下回らないものとします。

## 7 施設サービスの内容と費用

### (1) 介護保険給付対象サービス

#### ① サービス内容

種類	内容
食事	(食事時間) 朝食 8:00 昼食 12:00 夕食 18:00  食事は出来るだけ離床して、食堂にて摂っていただきます。また、食事に必要な援助を行います。  管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに入所者様の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
医療・看護	医師と看護師により、入所者様の健康管理に努めます。 緊急時など必要な場合には、協力医療機関に引き継ぎをします。
機能訓練	理学療法士、作業療法士の指示の下、入所者様の心身等の状況に応じたりハビリテーションを行い、日常生活を送るのに必要な機能の回復及び、心身の機能低下を防止するよう努めます。
入浴	週2回の入浴または清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、特殊浴槽を使用して入浴することが出来ます。
排泄	入所者様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。

離床、着替え、整容等	寝たきり防止のため、出来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。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 シーツ交換は週1回、実施します。
相談及び援助	入所者様及びご家族からのご相談に誠意をもって応じ、可能な限り援助を行うよう努めます。また、要介護認定更新についても必要な援助を行います。

## ② 費用

原則として下記料金表の利用料金の1割～3割が入所者様の負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、下記料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときには必要となります。

### 【料金表】

○基本料金 (1日あたり) 単位:円 (単価 10.14 円・特別診療費 10 円)

	多床室 (4人部屋・2人部屋)	個室
要介護1	846／日	731／日
要介護2	945／日	829／日
要介護3	1157／日	1044／日
要介護4	1249／日	1135／日
要介護5	1331／日	1217／日

### ○加算料金

夜勤職員配置加算	7／日	若年性認知症利用者受入加算	120／日
緊急短期入所受入加算	90／日		
個別リハビリテーション実施加算	240／日	緊急時施設療養費 緊急時治療管理 特定治療	518／日 個別積算
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200／日		
療養食加算	8／回	送迎加算	184／片道
感染対策指導管理	6／日	サービス提供体制加算 (II)	18／日
介護職員処遇改善加算 (IV)	所定単位数×加算率(2.9%)×地域 単価(10.14)×自己負担(10%)	褥瘡対策指導管理 室料相当額控除(多床室)	6／日 -2.6／日

(2) 介護保険給付対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

種類	内容	利用料
理髪・美容	出張による理美容サービスをご利用いただけます。	実費 (別紙参照)
日常生活品費	シャンプー、リンス、石けん、トイレットペーパー等の共用物品 おしごり、タオル、バスタオル	1日 110円
食費	食事の提供に要す費用	利用者負担 (第4段階の方) 朝食 392円 昼食 618円 (おやつ込) 夕食 515円
居住費	居住に要する費用	(多床室) 利用者負担 第4段階の方 日額 697円 (個室) 利用者負担 第4段階の方 日額 1,728円
特別な食事	ご希望に応じて特別食 (嗜好品、栄養補助食品) を提供することも出来ます。	要した費用の実費をご負担頂きます。
特別な居室	個室、2人部屋をご用意しております。	(個室) 日額 1,100円 (二人部屋) 日額 880円
洗濯代	洗濯が外部委託のサービスをご利用頂けます。	実費 (別紙参照)
クラブ活動やレクリエーションの材料費	入所者様のご希望によりレクリエーションや行事等の活動に参加して頂けます。	材料費等にかかる実費をご負担頂きます。
テレビリース代 電気代	入所者様のご希望に対応します。	テレビリース代 1日 255円 1コンセント 1日 63円
引落し手数料		1回 220円

8 利用料金等のお支払い方法

毎月、中旬頃に「7 施設サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等をご請求（請求書発送）し、その月の27日（土・日曜、祝日の場合は翌営業日）に引き落とさせて頂きます。

## 9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当施設における苦情やご相談は、下記の窓口で受け付けます。

受付担当者	介護支援専門員 岡 めぐみ
受付時間	月曜日～金曜日（年末年始及び祝日を除く） 8:30～17:00
受付方法	電話 087-813-7301 面談 当施設 1階 相談室 苦情箱 1階受付に設置

## その他の苦情受付機関

高松市介護保険課	香川県高松市番町 1-8-15 電話 087-839-2326
香川県国民健康保険団体連合会	香川県高松市福岡町 2-3-2 電話 087-822-7431

## 10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「介護療養型老人保健施設 やわらぎ 消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び 防災設備	別途定める「介護療養型老人保健施設 やわらぎ 消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者様も参加して行います。			
	設備名称	設置	設備名称	設置
	スプリンクラー	有	防火扉・シャッタ ー	有
	避難階段	有	屋内消火栓	有
	自動火災報知器	有	ガス漏れ探知機	有
	誘導灯	有	消化器	有
	カーテン、布団は防炎性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	高松市南消防署への届出日：平成24年9月28日 防火管理者：清水 壮三			

## 11 緊急時等における対応方法

入所中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の緊急時連絡先（家族様等）、主治医、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

転倒骨折や外傷による出血時また、利用者様の体調の急な変化により緊急対応が必要であると判断した場合には、家族様等の承諾を待たずにしかるべき緊急通院措置（事前に医

療機関のご希望をお伺いしている場合は可能な限りご希望の医療機関へ、これが出来ない場合は施設の協力病院、または相当と判断した医療機関）をとらせていただくことがあります。あらかじめご了承ください。

## 12 協力医療機関等

緊急やむを得ない場合は、医師の判断の下、下記の協力医療機関において診療を受けて頂くことがあります。ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものではありません。

協力医療機関	病院名	いわき病院
	所在地	香川県高松市香南町由佐 113-1
	電話番号	087-879-3533
	診療科	精神科、内科
協力歯科医療機関	病院名	いわき病院
	所在地	香川県高松市香南町由佐 113-1
	電話番号	087-879-3533
	診療科	歯科

## 13 施設の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 7:00~19:00 来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。飲食物のお持ち込みの際は、必ず職員にお声かけください。職員に対する金品、茶菓等の配慮は固くご遠慮させて頂きます。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行く先と帰宅日時を職員に申し出てください。
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、弁償して頂く場合があります。
喫煙	決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
迷惑行為等	騒音等他の入所者様の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の入所者様の居室等に立ち入らないでください。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入所者様に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

#### 14 損害賠償について

事業者の責任により入所者様に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。

ただし、次の場合は、事業者の損害賠償責任を免ずることが出来ます。

- ・入所者様が心身の状況や病歴などについて故意にこれを告げず、または不実の告知を行った結果損害が生じた場合
- ・入所者様がサービス実施に必要な事項について故意に告げず、または不実の告知を行った結果損害が生じた場合
- ・入所者様の急な体調変化など施設のサービスの実施を原因としない事由により損害が生じた場合
- ・入所者様が職員の指示に反して行ったことが原因で損害が生じた場合

#### 15 事故発生時の対応について

- (1) サービス提供により事故が発生した場合、職員は速やかに対処します。職員は施設長に報告をし、指示を受けて対処します。
- (2) 入所者様のご家族に連絡をし、事故状況を報告します。
- (3) 重大な事故の場合、保険者に連絡をし、事故報告書を提出します。

#### 16 感染症食中毒防止について

感染症が発生し又はまん延しないように、感染症及び食中毒の防止マニュアルを作成し、その防止のための体制を整備します。

#### 17 褥瘡対策について

入所者様に対し良質なサービスを提供する取り組みのひとつとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡防止マニュアルを作成し、その発生を防止するための体制を整備します。

## 重要事項説明書 確認書

令和 年 月 日

介護医療院やわらぎの指定短期入所療養介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

介護医療院やわらぎ

(説明者) 職名 介護支援専門員 氏名 岡 めぐみ 印

私は、本書面に基づいて事業者からの重要事項の説明を受け、指定短期入所療養介護サービスの提供を受けることに同意しました。

(契約者) 住所

氏名 印

(身元引受人) 住所

氏名 印

契約者との関係

電話番号

私は、契約者が本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所療養介護サービスの提供を受けることに同意したことを確認しましたので、契約者に代わって署名を代行いたします。

(署名代行者) 住所

氏名 印

契約者との関係