

指定特定施設入居者生活介護重要事項説明

指定介護予防特定施設入居者生活介護重要事項説明

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 3971000074号)

当事業者は、ご契約者に対して指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護を提供します。

当事業者の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次のとおり説明します。

1 はじめに

当サービスのご利用は、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。

2 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 栲の木福祉会
法人所在地	高知県四万十市右山2041番地18
代表者名	理事長 岡上茂生
電話番号	0880-34-8885 FAX 0880-34-8886
設立年月日	平成13年 7月 5日

3 ご利用施設

事業の種類	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
施設の名称	ケアハウス 虹の丘
所在地	高知県四万十市右山1973番地6
管理者名	施設長 岡村 尚晴
電話番号	0880-31-0177 FAX 0880-31-0188
開設年月日	平成18年 8月 1日
利用定員	70名
指定番号	高知県知事指定 第 3971000074号
指定年月日	平成18年 8月 1日

4 施設設備の状況

(1) 建 物 耐火構造地上4階（渡り廊下S造） 4,371.69 m²

(2) 設 備

主な設備の種類	室 数	備 考
居 室	70室	15.30 m ² ～31.95 m ²
一時介護室	1室	13.50 m ²
台所食堂談話室	6か所	48.30 m ² ～69.90 m ²
機能訓練室	1室	76.50 m ²
集会・娯楽室	1室	80.12 m ²
便 所	18室	2.85 m ² ～4.20 m ²
浴 室	5室	7.50 m ² ～35.91 m ²
洗 濯 室	3室	6.30 m ² ～18.39 m ²
ナースステーション	1室	21.20 m ²
介護ステーション	5か所	3.60 m ² ～13.50 m ²
宿直職員室	2室	19.20 m ² ～21.41 m ²
家族宿泊室	1室	29.22 m ²

5 職員の配置状況

(1) 主な職員の配置状況

職 種	常勤換算	業 務 内 容
施 設 長	1名兼務	施設全体の管理者
生活相談員	1名以上	日常生活上の相談に応じ、適宜助言、支援を行います。
介護支援専門員	1名以上	施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。
介 護 職 員	22名以上	日常生活上の介護、介助の他、健康保持のための援助等を行います。
看 護 職 員	2名以上	健康管理や療養上の援助を行い、日常生活上の介護、介助等も行います。
機能訓練指導員	1名以上	身体機能の回復及び保持のため、機能訓練等を行います。
栄 養 士	1名兼務	入居者の給食管理及び栄養指導を行います。
事 務 職 員	2名以上	施設運営事務を行います。

(2) 主な職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
施 設 長	日勤 8：30～17：30
生 活 相 談 員	日勤 8：30～17：30
介 護 支 援 専 門 員	日勤 8：30～17：30
介 護 職 員	早出① 6：30～15：30 早出② 8：00～17：00 日勤 9：00～18：00 遅出① 11：30～20：30 遅出② 12：00～21：00 夜勤 20：30～ 9：30
看 護 職 員	早出 8：00～17：00 日勤 9：00～18：00
機 能 訓 練 指 導 員	日勤 8：30～17：30
栄 養 士	日勤 8：30～17：30
事 務 職 員	日勤 8：30～17：30

6 事業の目的と運営方針

事 業 目 的	ケアハウスの運営を通して、ご契約者のプライバシーや自由を保障し、以っ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	ご契約者の個々に応じた適切な援助とご契約者の意思、人権を尊重し、自立した生活の支援を行い、ご契約者の立場に立ったサービスを提供するとともに、地域社会に期待され、地域に根ざし、地域とともに歩む、開かれた明るい施設を創る。

7 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ために必要な場合は、居室の他、一時介護室等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、ご契約者の主治医若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。

8 サービスの内容及び利用料

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養士の献立により、栄養及びご契約者の身体状況（咀嚼、嚥下能力）、嗜好を考慮した食事を提供します。 ・ 行事や季節に応じた食事を提供します。 ・ 食事時間、食事のペースについてはご契約者の意思を尊重し、ゆっくりと楽しんでいただきます。 ・ 食事は原則として、離床して食堂で食べていただきます。
入浴（清潔）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入浴は週2回以上行います。 ・ 入浴されない場合も状況に応じて、部分浴や清拭、更衣援助し、清潔の保持に努めます。 ・ 身体状況に応じた入浴方法を選択し、残存機能を活用した援助を行います。 ・ 特別に入浴時間は設定せず、ご契約者の意思を尊重し、ゆったりと入浴していただきます。
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・ トイレでの排泄の自立に向けた援助を行います。 ・ 特定の排泄援助の時間は設定せず、個々の排泄パターンに応じた援助を行います。 ・ 適時、排泄誘導を行い可能な限り、おむつはずしに努めます。 ・ 自尊心を傷つけない様な声かけ、介助を行います。
機能訓練及びレクリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日常生活動作の中で、自立への支援を図ります。 ・ 機能訓練指導員により、ご契約者の心身の状況に応じて機能の回復及び維持、又は低下防止をするための訓練を実施します。 ・ 個々の意志を取り入れた、レク活動を推進し「生きがいつくり」につなげます。 ・ 外出機会を作り、地域の季節行事への参加を行い、地域交流を図ります。
健 康 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師や看護職員が健康管理を行います。 ・ 入浴時に全身の健康状態をチェックします。 ・ 感染症予防に努めます。

自立支援全般	<ul style="list-style-type: none"> ・ ご契約者の意思を取り入れたケアプランを作成し、自立支援に努めます。 ・ 「出来ることは、自分で時間をかけてでも」を基本とし、意思やペースを大切にし、残存能力の維持、向上に努めます。 ・ 個々に応じた生活リズムを考え、メリハリのある生活をしていただけるよう支援します。
--------	---

(2) 介護サービス利用料金

厚生労働省公示上の金額

※市区町村から交付される介護保険負担割合証に基づく割合額

(1割又は2割又は3割)

区 分	1 日 あ た り		
	本人負担額 (1割)	本人負担額 (2割)	本人負担額 (3割)
要支援1	183円	366円	549円
要支援2	313円	626円	939円
要介護1	542円	1,084円	1,626円
要介護2	609円	1,218円	1,827円
要介護3	679円	1,358円	2,037円
要介護4	744円	1,488円	2,232円
要介護5	813円	1,626円	2,439円

ア 個別機能訓練加算 (I)

特定施設入居者生活介護サービス及び介護予防特定施設入居者生活介護サービスご契約者が、個別機能訓練計画に基づき個別機能訓練を行った場合は、そのサービスを受けた日数に準じて上記金額に加算されます。

(1日につき12円又は24円又は36円)

イ 個別機能訓練加算IIの算定

個別機能訓練加算 (I) を算定している。厚生労働省 (LIFE) に訓練計画の情報提出とフィードバックを受ける場合、加算されます。

(1か月20円又は40円又は60円)

ウ 協力医療機関連携加算の算定

協力医療機関と入居者の病歴等の情報共有する会議を定期的を開催行う。

(1か月100円又は200円又は300円)

- エ 科学的介護推進体制加算の算定
利用者ごとの ADL、口腔機能、栄養状態、認知症の状況・その他の利用者の心身の状況等に関する基本的な情報を、厚生労働省（LIFE）に提出し、サービスの提供に当たって、上記の情報、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場合、加算されます。
（1 か月 4 0 円又は 8 0 円又は 1 2 0 円）
- オ 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）の算定
入居者の安全並びに介護サービスの質の確保、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う。
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。
1 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（オンラインによる提出）を行うこと。
（1 か月 1 0 円又は 2 0 円又は 3 0 円）
- カ 夜間看護体制加算(Ⅱ)(特定施設入居者生活介護サービスご契約者に算定)
ご契約者の医療ニーズへの対応の観点から、看護師による医療機関等との連携により夜間における看護体制をとり、健康上の管理等を行う体制を確保するため、加算されます。
（1 日につき 9 円又は 1 8 円又は 2 7 円）
- キ 退院・退所時連携加算
医療提供施設と特定施設が連携し、医療提供施設から特定施設に入居する場合、入居から 3 0 日以内に限り、加算されます。
（1 日につき 3 0 円又は 6 0 円又は 9 0 円）
- ク 退居時情報提供加算
医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等 1 人につき 1 回に限り算定 2 5 0 円／回
- ケ サービス提供体制強化加算
有資格職員の配置等、事業所の職員体制の状況により加算額が異なります。加算額につきましては、別紙料金表の通りです。

<p>(I) 1日 22円又は44円又は66円</p>	<p>以下のいずれかに該当すること。 ① 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が70%以上。 ② 介護職員の総数に占める介護福祉士の中で勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上。 ※上記に加え、サービスの質向上に資する取り組みを実施していること。</p>
<p>(II) 1日 18円又は36円又は54円</p>	<p>介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が60%以上</p>
<p>(III) 1日 6円又は12円又は18円</p>	<p>以下のいずれかに該当すること。 ① 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が50%以上 ② 看護、介護職員の総数のうち、常勤職員が75%以上配置されている ③ 利用者に直接サービスを提供する職員の中で勤続7年以上の職員の割合が30%以上。</p>

コ 介護職員等処遇改善加算

キャリアパス要件、月額賃金改善要件、職場環境等要件を満たした場合、加算率は12.8%となります。

サ 若年性認知症入居者受け入れ加算

若年性認知症の方をうけいれ、希望を踏まえた介護サービスを提供する場合、加算されます。(1日につき120円又は240円又は360円)

シ 看取り介護加算

医師が医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された方で、看取り介護に関する計画が作成され、本人又は家族の同意を得ながら、看取り介護を行った場合等に、死亡前45日を限度とし、また亡くなる前の期間によって、下記の料金をお支払いいただきます。

・死亡日以前31日～45日 1日につき720円

(自己負担額72円又は144円又は216円)

・死亡日以前4日～30日 1日につき1,440円

(自己負担額144円又は288円又は432円)

・死亡日の前日/前々日 1日につき6,800円

(自己負担額680円又は1,360円又は2,040円)

・死亡日 1日につき12,800円

(自己負担額1,280円又は2,560円又は3,840円)

- ス ご契約者が、まだ要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。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。
- セ 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。
- ソ ①生活費、②事務費、③管理費は、別紙参照ください。制度改革及び法改正などによって、金額が変更又は改定される場合があります。
- タ 11月から3月までは、冬期加算額が加算されます。加算額は、別紙参照ください。

(3) 特別なサービスに要する費用

以下のサービスに要する費用は、ご契約者の実費負担になります。

- ア 医療費（病院受診代、薬代）
- イ 紙パンツ、おむつ代、個人で使用するティッシュペーパー代など
- ウ 理美容ほか、個人の趣味、教養、娯楽などに要する経費
- エ 協力医療機関以外への通院または入退院の介助等に要する費用
(料金：四万十市内の病院1回につき500円、四万十市外の病院1回につき1,000円)

(4) 利用料金のお支払い方法

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

1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数にもとづいて計算した金額とします。

- ア 当施設窓口へ直接に現金支払い

- イ 指定口座への振込み

銀行名 高知銀行 中村支店 普通 口座番号 0718485
(ふりがな) ケアハウス ニジノオカ シセツチョウ オカムラ ナオハル
口座名義 ケアハウス 虹の丘 施設長 岡村 尚晴

9 緊急時の対応

サービス提供を行っているときに、ご契約者の病状の急変等が生じた場合は、速やかに協力医療機関(竹本病院)へ連絡を行うなど、必要な措置を講じます。(別添、同意書をいただきます。)

1 0 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、速やかにご家族、市町村に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。また、事故状況の記録等から事故再発防止のための措置を講じます。サービスの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。ただし、施設の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

1 1 非常災害対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して、また、高知県社会福祉施設地震防災マニュアルを参考に非常災害対策を行います。

1 2 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療や入院治療を受けることができます。(ただし、下記の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、下記の医療機関での診療、入院治療を義務づけるものではありません。)

医療機関の名称	主な診療科目
竹本病院	内科、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、腎臓内科、内分泌内科、放射線科、リハビリテーション科、眼科、整形外科
朝日歯科	歯科

当施設に入居中に、医療機関へ入院の必要が生じた場合の対応は、以下のとおりです。

- (1) 入院3か月以内の場合、退院後も入居することができます。
- (2) 入院3か月以内の退院が見込まれない場合は、契約を解除する場合があります。なお、その場合は双方で協議をいたします。

1 3 苦情、要望及び相談の受付について

- (1) 当施設における苦情や要望、ご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

ア 担当者 施設長及び生活相談員

イ 受付時間 午前8時30分～午後5時30分

ウ 電話番号 0880-31-0177

※当施設玄関に苦情受付ボックス（ご意見箱）を置いています。

(2) 行政機関その他の苦情相談受付機関

ア 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

受付時間 午前8時30分～午後5時15分

電話番号 088-820-8411

F A X 088-820-8413

イ 各市町村の介護保険担当課でも受け付けています。

1.4 当施設入居にあたって留意事項

項 目	留 意 事 項
面会時間	面会時間は特に制限はありませんが、午後9時には玄関を施錠します。 来訪者は必ずその都度、受付窓口の面会票に記入の上、各階の職員へ提出をお願いします。 必要に応じて、ご家族の宿泊もできますのでご相談ください。
外出・外泊	外出、外泊は自由ですが、必ず事前に行き先と帰宅日時を職員に申し出てください。
嘱託医以外の医療機関への受診	特に制約はありません。 ご本人の主治医、かかりつけ医へ受診ください。
居室・設備・器具類の利用	施設内の居室や設備、器具類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・飲酒	喫煙は決められた場所以外での喫煙は厳禁です。 飲酒して騒いだり、けんかしたり、他の入居者に迷惑をかけないように、常識ある飲酒をしてください。
迷惑行為	騒音等他の入居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します。
現金等の管理	ご自身の責任で管理をお願いしますが、施設管理のご相談にも応じます。
宗教活動	原則禁止ですが、管理者が許可できる範囲内でご相談に応じます。
動物の飼育	小鳥、魚類など以外のペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

1 5 原状回復の義務

ご契約者の責に基づき、施設及び備品を汚損、破損若しくは滅失したとき、又は無断で居室の原状を変更したときは、自己の費用により原状に回復するか、管理者が定める代価を支払っていただきます。

また、契約を解除、又は終了して居室を明け渡すときは、清掃、修理及び取り替えを要する場合の費用は、契約者に負担していただきます。

1 6 その他

入居中、長期入院や外泊によって居室を留守にされる場合、その空き部屋を、在宅介護者の負担軽減のために、短期利用に使用させていただきます。必要性が出来たときには、ご本人または身元引受人にご相談します。短期利用させていただいた期間の家賃は、短期利用者の負担となります。

1 7 説明確認

令和 年 月 日

(説明者)

指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護契約にあたり、本書面にに基づき重要事項の説明をしました。

指定特定施設入居者生活介護事業者
ケアハウス 虹 の 丘

(職 名)

氏 名 _____ (印)

(契約者)

私は、本書面にに基づいて指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護契約の重要事項の説明を受けました。

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(身元引受人)

私は、本書面にに基づく重要事項の説明に承諾しました。

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

続 柄 _____