

ケアハウス かりんの郷及び
特定施設入居者生活介護かりんの郷

< 重要事項説明書・各種確認同意書 >

社会福祉法人優真会

当施設は介護保険の指定を受けております。

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を提供致します。

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

1 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人優真会
- (2) 法人所在地 香川県仲多度郡まんのう町炭所西 1521 番地 1
- (3) 電話番号 0877-79-1300
- (4) 代表者氏名 理事長 川口 由起子
- (5) 設立年月 平成 12 年 10 月

2 ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定特定施設入居者生活介護 平成 21 年 5 月 1 日指定
介護保険指定事業所番号 3771600875
- (2) 施設の目的 常時介護を要する要介護者に入所していただき、その有する能力に応じて、
自立した日常生活を営むことができるように援助致します。
- (3) 施設の名称 特定施設入居者生活介護かりんの郷
- (4) 施設の所在地 香川県仲多度郡まんのう町炭所西 1521 番地 1
- (5) 電話番号 0877-79-1300
- (6) 施設長 氏名 川口 由起子
- (7) 当施設の運営方針 全室個室とし、プライバシーの保護及び人権の尊重を重んじた日常生活
の介護及び機能訓練サービスを提供し、個人の尊重の保持に努めます。
- (8) 開設年月 平成 21 年 5 月 1 日
- (9) 入所定員 50 名
- (10) 居室数 50 室

3 居室の概要

(1) 居室等の概要

居室は個室を用意しております。

但し、ご契約者の心身の状況や空き状況により居室を決定致します。

居室・設備の種類	室数	備考
居室（個室）	12 室	介護居室：要介護者 バス、トイレ、ミニキッチン、エアコン、クローゼット、ベット

居室（個室）	38 室	介護居室：要介護者 緊急コール設備 トイレ、洗面所、ミニキッチン、エアコン、クローゼット
食堂兼喫茶コーナー	1 箇所	1 階 床暖房設備
機能訓練室	1 箇所	2 階
談話コーナー 娯楽室	4 箇所	2 階 1 箇所、3 階 2 箇所 2 階和室
浴室	3 室	機械浴室 1、普通浴室 2
ランドリー室	2 箇所	2 階、3 階各 1 箇所 全自動洗濯機及び乾燥機を設置
ロッカールーム	2 箇所	2 階、3 階各 1 箇所

居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定致します。

また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際にはご契約者及びご家族等と協議の上決定するものとします。

＊ベット・カーテン等の家具や調度品は付属しておりますが、レースカーテンの装備はございませんので、必要な方はご用意下さい。（但し、防災カーテンに限定となります。）

4 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設が提供するサービスについては、利用料金が介護保険から給付される場合と、利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合があります。

（１）次のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

但し、介護保険給付費は介護保険負担割合証によって異なります。

- ① 入浴： 入浴又は清拭を週 2 回以上行います。寝たきりでも機械浴槽にて入浴できます。
- ② 排泄： 排泄の自立を促す為、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ③ 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の回復又は減退を防止するための訓練をします。
- ④ 食事： 自立支援の為に、離床して食堂で食事を摂っていただきます。
- ⑤ 健康管理： 健康相談、投薬（治療又は医療保険）、健康診断
- ⑥ 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ⑦ シーツの交換は週 1 回行います。

（２）月額利用料：標準サービス

別紙料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費を除いた金額をお支払いいただきます。

尚、お支払いいただく金額は、介護保険負担割合証により 1 割～3 割となります。

(3) 加算について

＊個別機能訓練加算 12 円/日

理学療法士を 1 名以上配置し、個別機能訓練計画に基づき、計画的に機能訓練を行った場合に加算されます。

＊夜間看護体制加算(Ⅱ) 9 円/日

常勤の看護師を 1 名以上配置し、看護に係る責任者を定め、かつ病院等と連携して 24 時間体制を確保している場合に加算されます。

＊退院・退所時連携加算 30 円/日

医療提供施設を退院・退所して特定施設に入居する場合、入居後 30 日迄加算されます。

＊看取り介護加算 (Ⅰ) (Ⅱ) (死亡月に加算)

- ・死亡日 45 日前～31 日前 (Ⅰ) 72 円/日 (Ⅱ) 572 円/日
- ・死亡日 30 日前～4 日前 (Ⅰ) 144 円/日 (Ⅱ) 644 円/日
- ・死亡日の前々日、前日 (Ⅰ) 680 円/日 (Ⅱ) 1,180 円/日
- ・死亡日 (Ⅰ) 1,280 円/日 (Ⅱ) 1,780 円/日

ア) 看護体制加算を算定しており、医師の医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断された方で、利用者または家族の同意を得て、介護に係る計画が作成されている場合。

イ) 看護師、医師、介護職員等が共同して、利用者の状態または家族等の求めに応じ、随時利用者またはその家族への説明を行い、同意の上介護が行なわれている場合。

ウ) 看取り介護加算 (Ⅱ) は、ア)、イ) の算定要件に加え、看取り期において夜勤時に看護職員を配置している場合に加算されます。

＊生活機能向上連携加算 (Ⅱ) 200 円/月

ア) 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所やリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が施設を訪問し、施設職員と共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成する場合。

イ) 機能訓練指導員、介護職員等その他職種の者が協働し、計画に基づいて計画的に機能訓練を実施した場合。

注) 但し、個別機能訓練加算を算定している場合は、100 円/月となります。

＊協力医療機関連携加算 100 円/月

施設からの診療の求めがあった場合に診療を行う体制を常時確保しており、病状が急変した場合等に医師または看護職員が対応を行う体制を常時確保している場合の加算です。

＊口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) 20 円/回 (6 月に 1 回)

6 か月毎に利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を、担当する介護支援専門員に提供している場合に加算されます。

＊認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3 円/日

日常生活自立度Ⅲ以上が利用者全体の半数以上で、認知症介護実践リーダー研修修了者を 20 名未満の場合に 1 名以上配置している場合に加算されます。

＊入居継続支援加算（Ⅱ） 22 円/日

社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第 1 条各号に掲げる行為を必要とする者の割合が入居者の 100 分の 15 未満で、介護福祉士の数が常勤換算で入居者の数が 6 又はその端数を増すごとに 1 以上の場合に加算されます。

＊退所時情報提供加算

医療機関へ退所する入所者等について、医療機関に該当入所者の状況を提供した場合に加算されます。

＊介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

1 月当たりの介護サービスの総単位数に、12.8%乗じた単位数で算定します。

上記介護保険利用料以外に別途料金をご負担していただきます。

- 1.生活費； 食事・おやつ代などで、月額 48,500 円です。
- 2.管理費； 居室・共用施設の利用料です。22,120 円～27,120 円です。ご利用される部屋によって異なります。
- 3.事務費； 施設の運用費用です。ご利用される本人の所得により異なります。
10,000 円～38,000 円です。
- 4.自室で使用する電気料金
- 5.日常生活上必要となる諸費用； おむつ代(尿とりパット・リハビリパンツ等) 理容代 実費
- 6.生活費； 冬季加算月額 2,100 円(11～3 月)
- 7.水道代； 月額 1,000 円
- 8.病院の送迎； 琴平・まんのう町内 500 円／回 善通寺市・丸亀市・坂出市 1,000 円／回
高松市内 2,000 円／回 三木町 3,000 円／回
- 9.私物の洗濯代； 月額 2,000 円
- 10.居室美装代・カーテンクリーニング代； 実費
個人の過失により居室に破損・汚損が生じた場合は、原状回復の為実費ご負担いただきます。

（４）料金支払についての特記事項

- ① 入院・外泊等による不在の場合も、事務費・生活費・管理費・光熱費等はご負担いただきます。
- ② 入退所に係る、1 ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基

づいて計算した額とします。

(5) 利用料金のお支払方法

利用料金は、1 ヶ月ごとに計算し請求致します。翌月末日までに、下記の方法でお支払い下さい。

- ① 口座振替； 指定口座より引落しさせていただきます（利用月の翌月 27 日）
事務所にて書類を準備しております。
- ② 窓口での現金支払い； 利用月の翌月 10 日以降に、施設事務所にてお支払い下さい。

- ③ 指定口座への振込み； 高松信用金庫 琴平支店
口座種類 普通預金
口座番号 0194556
口座名義人 社会福祉法人優真会
ケアハウス かりんの郷
理事長 川口 由起子

*振込手数料は利用者負担となりますので、ご了承下さい。

5 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、原則としてその居室においてサービスを提供致します。

6 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、次の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、この医療機関での優先的な診察・入院治療を保証するものではありません。

また、この医療機関での診療・入院治療を義務付けるものでもありません。

(1) 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団相愛会川口医院	診療科	内科、外科、呼吸器科
所在地	仲多度郡まんのう町炭所西 1528-1		
医療機関の名称	滝宮総合病院	診療科	総合病院
所在地	綾歌郡綾川町滝宮 486		

(2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	平田歯科医院
所 在 地	仲多度郡まんのう町炭所西 771

7 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定特定入所者介護サービスを提供する職員として、指定基準を遵守しております

職 種	常勤換算	摘 要
管理者	1 名	ショートステイと兼務
生活相談員	1 名以上	ショートステイと兼務
介護職員	10 名以上	ショートステイと兼務
看護職員	3 名以上	常勤専従 1 名 他はショートステイと兼務
機能訓練指導員 理学療法士	1 名以上	常勤専従 1 名 他はショートステイと兼務
計画作成担当者 介護支援専門員	0.6 名以上	ショートステイと兼務

* 常勤換算：職員それぞれ週当たりの勤務延長時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週 40 時間）で除した数です。

8 職員の勤務体制

職 種	勤務体制（標準的な時間帯における人員）	
介護職員	早出 7：00 ～ 16：00	
看護職員	遅出 10：00 ～ 19：00	
	日勤 8：30 ～ 17：30	
生活相談員	8：30 ～ 17：30	

9 苦情の受付について

（１）施設における苦情やご相談は面接、電話、書面等により次の担当者が随時受付けます。

苦情相談窓口 生活相談員 川口 由起子・宮脇 保子・宮地 宇宙
また、苦情受付ボックスを設置しています。

電話番号 0877-79-1300 ・ FAX 0877-79-1308

（２）行政機関その他苦情受付機関

・福祉サービス相談センター（香川県運営適正委員会）

相談専用Tel 087-861-1300 電子メール kujou-nw.shakyo.or.jp

・香川県長寿社会対策課	TEL 087-832-3266
・香川県国保連合会	TEL 087-822-7431
・まんのう町役場 福祉保険課	TEL 0877-73-0125
・琴平町役場 福祉課	TEL 0877-75-6706
・綾川町役場 健康福祉課	TEL 087-876-1113
・善通寺市役所 健康福祉部 高齢者課	TEL 0877-63-6331
・丸亀市役所 健康福祉部 高齢者支援課	TEL 0877-24-8807
・三豊市役所 健康福祉部 介護保険課	TEL 0875-73-3017
・観音寺市役所 健康福祉部 社会福祉課	TEL 0875-23-3968
・高松市役所 健康福祉局 介護保険課	TEL 087-839-2326

10 守秘義務について

事業者及び従業員は、サービスを提供するに当たって知り得たご契約者またはご家族等に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩致しません。

但し、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供致します。

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する特定施設入居者生活介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

12 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は加入する施設損害賠償の範囲内において速やかにその損害を賠償いたします。

但し、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を酌して相当と認められるときに限り、事業者の損害賠償額を減じ、あるいは行わない場合があります。

13 契約の終了について

- (1) 契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約はさらに同じ条件で更新され、以後も同様となります。
- (2) 契約の有効期間であっても、ご契約者から入所契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出いただきます。
- (3) ご契約者及びご家族等が、契約締結時にその心身の状況あるいは病歴等について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行った場合、支払いが3ヶ月以上遅延した場合、他の利用者の生活権あるいはプライバシーを侵害した場合等は、本契約を解除させていただきます場合があります。

ケアハウスかりんの郷の入居及び、特定施設入居者生活介護かりんの郷のサービス開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を受け同意いたしました。またケアハウス入居契約書第 20 条第 3 項に基づき、必要な場合には、個人情報の提示に同意いたします。

ケアハウスかりんの郷及び特定施設入居者生活介護かりんの郷

説明者

私は、本書面に基ついて、ケアハウスかりんの郷及び特定施設入居者生活介護かりんの郷の入居契約事業者から重要事項の説明を受け、指定特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に同意します。

令和 年 月 日

利 用 者 住 所_____

氏 名 _____

利用者代理人 住 所 _____

氏 名 _____

連帯保証人 住 所 _____

氏 名