

指定地域密着型特定入居者生活介護
小規模ケアハウス「あんきな家」
重要事項説明書

1. 主体事業所概要

	社会福祉法人 清和会
代表者	理事長 溝渕 敏水
所在地	高知県土佐清水市 加久見 1473-215 TEL : 0880-82-0022 FAX : 0880-82-0148
他の介護保険関連事業	・ 居宅介護支援事業所 あんきな家 ・ 認知症対応型通所介護 あんきな家 ・ グループホーム あんきな家 ・ 地域密着型特別養護老人ホーム あんきな家 清水ヶ丘 ・ 認知症対応型デイサービスセンター あんきな家 清水ヶ丘 ・ デイサービスセンター あんきな家 清水ヶ丘 ・ ショートステイ あんきな家 清水ヶ丘 ・ 緊急ショートステイ あんきな家 清水ヶ丘 ・ 放課後等デイサービスセンター あんきな家 清水ヶ丘 ・ 生活支援ホーム 清水ヶ丘 ・ 介護予防拠点 清水ヶ丘

2. ホームの概要

ホーム名	指定地域密着型特定施設入居者生活介護「小規模ケアハウスあんきな家」
ホームの目的	要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業サービスを提供することを目的とします。
ホームの運営方針	利用者が当該施設において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来るよう、入浴・排泄・食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うとともに、高齢者の心理面に配慮するほか、自立援助、家族や公的サービス、関係市町村との連携等を取り、事業者の責任において適切なサービス提供を行います。
ホームの責任者	川崎 真紀
開設年月日	平成 23 年 4 月 1 日
保険事業所指定番号	第 3990800066 号
所在地	高知県土佐清水市 加久見 1473-215 TEL 0880-82-0022 FAX 0880-82-0148
交通の便	J R 中村駅より車で 60 分。土佐清水市西南交通清水出張所より車で 5 分。
居室の概要	個室 29 室

施設の概要	・浴室	2	・特別浴室	1	・トイレ	29（他 4）
	・食堂兼居間	2	・機能訓練室	1	・洗濯室	2
	・居室	29	・調理室	1	・介護職員室	

緊急対応方法	①急な発病、発作等の緊急事態が起きた時は、速やかに主治医又は連携病院等に連絡し、適切な措置を講じます。
	②事故や災害等が発生した場合には、管理者及び利用者の家族等本人の希望する連絡先に緊急連絡し、適切に対処すると共に、必要な措置を行います。
防犯や災害	・消火器　・自動火災報知機　・誘導灯等　・常夜灯　・スプリンクラー ・全館一斉放送　・火災報知設備

3.職員体制

職員職種

ホーム長（管理者）	1名
機能訓練指導員（兼務）	1名
生活相談員	1名
看護師（准）	1名
計画作成者	1名
介護員	12名　以上

4. 勤務体制

日　　勤	8：30～17：00
早　　出	6：30～15：00
	7：00～15：30
中　　出	11：15～19：45
遅　　出	12：40～21：10
パ　ー　ト	7：00～13：30
	8：30～15：00
	7：00～15：30
	8：30～17：00
	12：00～19：00
夜　　勤	21：05～7：05

5. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等 上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額、1割から3割が利用者の自己負担額となります。（自己負担割合は、介護保険の「負担割合証」に基づきます。ただし、介護保険の給付を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。
----------	--

月額利用料

○内訳

・サービス提供に要する費用

10,000円/月（管理費として）

※ 利用者の年収に応じて設定 別表1「基本利用料」を参考

人件費・修繕費・日用品費・教育娯楽費・通信費・施設の維持管理費等

・生活費

47200円/月

（光熱水費10,000円/月・1200円/日{実食数計算：朝200円/昼600円/夕400円}）

・居室に要する費用 25,000円/月（家賃）

・その他（医療費・おむつ代・濃厚流動食）等個人に関する費用。

介護保険自己負担	要介護1	546円
(日額・1割負担の場合)	要介護2	614円
	要介護3	685円
	要介護4	750円
	要介護5	820円

加算

・介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）

介護職員等の処遇改善の為の加算として算定されます。

介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に13.0%の加算率を乗じる。加算率はサービス毎の介護職員の常勤換算職員数に基づき設定。

・個別機能訓練加算

機能訓練指導員が必要に応じた個別機能訓練の提供を行い、その結果を評価することにより算定しています。

自己負担・・・12円（日額）

・退院・退所時連携加算

医療提供施設等を退院・退所した方が当事業所を利用するにあたり医療提供施設と連携を図り入居者を受け入れた場合に30日に限り算定されます。

自己負担・・・30円（日額）

・若年性認知症入居者受入加算

45歳から65歳であって認知症と診断を受けた方に個別の担当者を定める事により算定されます。

自己負担・・・120円（日額）

・新興感染症等施設療養費（感染症に罹患し、施設で療養された場合に算定）

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、入院調整を行う医療機関を確保し、当該感染症に感染した入所者に対し、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日を限界として算定されます。日額240円
※現時点において指定されている感染症はない。

※上記により算出された加算分の自己負担が必要となります。

6.利用料金支払いについて

前月料金の合計金額の請求書を毎月10日までに配布又は送付しますので、当該合計金額を当月

の30日までに現金支払い又は銀行振り込みにて入金して下さい。
口座自動引き落としの場合は郵貯口座または四国銀行口座にて受付致します。

7.入居に当たっての条件

- ・要介護者（要介護認定1～5）

8.退去に当たっての条件

- ・入居者又は家族から退去の申し出があった場合
- ・入居者が死亡された場合
- ・要介護認定より、要支援・自立と判断されたとき
- ・他傷行為、自傷行為等が継続的に見られ、共同生活が困難となった場合
- ・病状の悪化が著しく、施設医療行為で対応困難になった場合

※入院後30日以内に退院できる見込みがない場合、または入院後14日以上経過しても退院ができないことが明らかになったとき。ただし、入院後30日以上を超える場合であっても、14日以内に退院の見込みがあると医師の見解のもと判断された場合はその限りではない。

入院中であっても室料・管理費は納入して頂きます。

9.利用に当たっての留意事項

- ・面会時間の規制は行っておりません。家族との交流は大切ですのでお待ちしております。こられた際には面会簿にご記入をお願いします。
- ・外出・外泊をされる場合は、所定の用紙にて届出をお願いします。
- ・所定の場所以外での喫煙、火気の取り扱いはご遠慮願います。
- ・所持品・備品の持ち込みは、居室に収まる範囲での量でお願いします。また、持ち物にはすべて名前を書いてください。
- ・医療機関の受診は、基本的に家族の方に付き添いをお願いします。しかし、緊急の場合や、都合のつかない場合はこの限りではありません。
- ・入居時に本人が被保険者の場合、保険証、医療受給者証等をホームへお預け下さい。本人がどなたかの扶養になっている場合は、月に一度保険内容を確認させていただきます。

10.事故発生時の対応

- ・利用者に対する地域密着型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・当該利用者のご家族に連絡を行うとともに、誠意をもって必要な措置を講じます。またその原因を究明し、再発防止の対策をとります。

なお、サービス提供にあたり賠償すべき事故が発生した場合は、速やかにその損害を賠償いたします。

11.協力医療機関名

- | | | | | |
|-----|------|------|-------|-----------------|
| (1) | [名称] | 渭南病院 | [所在地] | 高知県土佐清水市越前町6-1 |
| (2) | [名称] | 植垣歯科 | [所在地] | 高知県土佐清水市天神町13-1 |

12.苦情相談機関

(1) 当事業所相談窓口

連絡先 小規模ケアハウス あんきな家

(電話) 0880-82-0022

担当者 川崎 真紀 (カワサキ マキ)

その他、サービスを担当する職員に直接申し出ていただいても結構です。

(2) 当事業所以外に、お住まいの市町村又は高知県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口

等に苦情を伝えることができます。

外部苦情 申し立て機関	機関名：高知県国民健康保険団体連合会 相談・苦情窓口 住所：〒780-8536 高知市丸ノ内2丁目6番5号 電話： 088-820-8410 (直通)
外部苦情 申し立て機関	機関名：土佐清水市役所健康推進課介護保険係 住所：〒787-0305 土佐清水市天神町11-2 電話： 0880-82-1111(直通) 0880-82-1254

年 月 日

(事業者)

ホーム名 小規模ケアハウス あんきな家

住所 高知県土佐清水市加久見1473-215

説明者 印

私は、契約者および本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認し同意いたしました。

利用者

住所

氏名 印

利用者の家族

(連帯保証人)

住所

氏名 印