

# ケアハウスゆとりの郷 重要事項説明書

(2024年6月1日現在)

## 1 事業の目的と運営方針

入居者の意思及び人格を尊重し、「心のゆとり」を持って、安心して生き生きと明るく生活できるようサービスの提供に努めます。

## 2 事業者の概要

法人の種別及び名称	医療法人社団 明徳会
法人の所在地	静岡県浜松市浜名区小松1700番地
代表者の職及び氏名	理事長 臼井 岳
電話番号	053-586-1115
施設の名称	ケアハウスゆとりの郷
施設の所在地	静岡県浜松市浜名区平口2435番地の1
管理者の氏名	櫻井 歩美
電話番号	053-587-1570
FAX番号	053-587-1502
介護保険事業所番号	浜松市2297200251号
指定年月日	2011年4月1日
交通の便	遠州鉄道浜北駅よりタクシーで10分

## 3 施設職員の概要

「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」に示された所定の職員と、「軽費老人ホームの設置及び運営に関する基準」に示された所定の職員を、以下のように配置し、一元的に業務を行います。

施設長	1名	職員の指揮監督、施設の業務の統括及び指導を行います。
事務員	1名	庶務及び会計業務に従事します。
生活相談員	1名	入居者または家族等からの相談に応じ、助言や援助、関係機関との連絡調整を行います。
看護職員	1名	入居者の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行います。
介護職員	14名	入居者の心身の状況に応じ、自立の支援や日常生活の充実に資するよう、計画に基づいて家事援助及び身体への適切な介護を行います。
機能訓練指導員	1名	生活上で必要な生活機能の改善、または維持のための機能訓練を行います。
計画作成担当者 介護支援専門員	1名	地域密着型特定施設サービス計画を作成し、入居者の能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう支援します。
栄養士	—	介護老人保健施設エーデルワイスの管理栄養士が、入居者の嗜好、健康支援となる献立作成、栄養量計算、衛生管理、調理員の指導等を行いません。

#### 4 施設の概要

定員	29名
居室の面積	16.15㎡（ベッド、テレビ、洋式トイレ、洗面台、収納付）
施設の構造	鉄骨造3階建て 各階全個室29室
延床面積	1,277.82㎡
共同生活室（食堂）	各階1か所（計3か所）
浴室	一般浴槽 5か所、介助浴槽 1か所
洗濯室	各ユニット2か所（計6か所）
その他の設備	共用トイレ、機能訓練室、事務室、会議室

#### 5 利用料金

##### (1) サービスの提供に要する費用（事務費）

階層区分により所管する官庁の定める基準に基づき、施設が個別に算定します。

階層	対象収入による階層区分 (前年の収入によって助成・金額が変動)	サービスに要する費用 (地域密着型特定施設入居者生活介護を利用される方)	一般分 (左記以外の方)
1	1,500,000円以下	10,000円	10,000円
2	1,500,001円～1,600,000円	13,000円	13,000円
3	1,600,001円～1,700,000円	16,000円	16,000円
4	1,700,001円～1,800,000円	19,000円	19,000円
5	1,800,001円～1,900,000円	22,000円	22,000円
6	1,900,001円～2,000,000円	25,000円	25,000円
7	2,000,001円～2,100,000円	30,000円	30,000円
8	2,100,001円～2,200,000円	35,000円	35,000円
9	2,200,001円～2,300,000円	40,000円	40,000円
10	2,300,001円～2,400,000円	45,000円	45,000円
11	2,400,001円～2,500,000円	50,000円	50,000円
12	2,500,001円～2,600,000円	57,000円	57,000円
13	2,600,001円～2,700,000円	64,000円	64,000円
14	2,700,001円～2,800,000円	66,600円	71,000円
15	2,800,001円～2,900,000円	66,600円	78,000円
16	2,900,001円～3,000,000円	66,600円	85,000円
17	3,000,001円～3,100,000円	66,600円	92,000円
18	3,100,001円以上	66,600円	99,500円

##### (2) 生活費

食材料費及び共用部分に係る水道光熱費にあたり、入居者全員が均等に負担していただきます。

1か月 48,767円（11月から3月は、冬期加算として1か月2,168円加算します。）

(3) 居住に要する費用

個室及び共用部分の費用として、建物に要した費用の額に基準年数20年を除いて算定した一人当りの金額となります。

1か月 27,000円

(4) 介護保険給付サービス費

要介護度に応じて、介護保険適用部分及び個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、サービス提供体制加算、退院・退所時連携加算に対して、利用料金の1割・2割もしくは3割を負担していただきます。

また、要介護度に変更があった場合、入居者の負担額が変更になります。

ただし、介護保険給付額の範囲を超えたサービスについては、全額自己負担となります。

○基本料金

介護区分	単位数 (30日当たり)	利用料金 (30日あたり・目安)
要介護1	16,380 単位 (546 単位/日)	16,380円
要介護2	18,420 単位 (614 単位/日)	18,420円
要介護3	20,550 単位 (685 単位/日)	20,550円
要介護4	22,550 単位 (750 単位/日)	22,550円
要介護5	24,600 単位 (820 単位/日)	24,600円

○加算料金

加算名	単位数 (30日当たり)	利用料金 (30日あたり・目安)
個別機能訓練加算 I	360 単位 (12 単位/日)	360円
夜間看護体制加算	-	-
医療機関連携加算	100 単位/月	100円
サービス提供体制加算 I	660 単位 (22 単位/日)	660円
退院・退所時連携加算 (入居日から30日間)	900 単位 (30 単位/日)	900円

※1 介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算として、下記の計算式で算出した単位数が加算されます。

介護職員処遇改善加算 I	上記表の所定単位数 (基本料金+加算料金) × 8.2%
介護職員等特定処遇改善加算 I	上記表の所定単位数 (基本料金+加算料金) × 1.8%
ベースアップ等支援加算	上記表の所定単位数 (基本料金+加算料金) × 1.5%

☆ 退院・退所時連携加算は次のいずれかに該当された時に算定させていただきます。

1. 医療提供施設 (病院・介護老人保健施設等) を退院・退所して、**新規に入居されたとき**
2. 既に特定施設に入居された方が医療提供施設 (病院等) に **30日以上入院され帰所されたとき**

※2 上記表の合計単位数 (介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算含む) に 10.14円を乗じた金額の1割・2割もしくは3割が自己負担となります。

※3 1日あたりの料金と1か月の合計で計算した場合の料金を比較した場合、小数点以下の端数処理の関係により、差異が生じる場合があります。

なお、月に30日利用された場合の利用者負担額は、次のとおりです。

※目安表示となっております（退院・退所時連携加算を算定した時は料金が異なります）

介護度区分	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	19,787円	39,574円	59,361円
要介護2	22,092円	44,184円	66,276円
要介護3	24,501円	49,002円	73,503円
要介護4	26,705円	53,410円	80,115円
要介護5	28,678円	57,356円	86,038円

#### (5) 特別援助サービス費

入居者の希望により当施設職員が行う、付加的特別援助サービスは以下のとおりです。

入居者の希望により契約し、不要となった場合はいつでも解約できます。

#### ○特別援助サービス一覧表（介護保険適用外サービス）

区 分		単 位	費 用	備 考
受診付き添い （協力医療機関以外の場合）		1時間	1,500円	以降30分毎500円加算します。
買い物付き添い（個人の場合）		1時間	1,500円	以降30分毎500円加算します。
外出付き添い（個人の場合）		1時間	1,500円	以降30分毎500円加算します。
入院時対応 （協力医療機関以外の場合）		1件	1,000円	
洗濯代行 （外部クリーニング業者に依頼する場合）			実 費	ご希望の場合は職員にお申し付け下さい。
緊急受診 付き添い	区 分		1時間未満	以降30分まで毎4時間まで加算
	早 朝	6:00～8:00	1,500円	500円
	夜 間	18:00～22:00	1,500円	500円
	深 夜	22:00～6:00	2,000円	750円
地域密着型特定施設入居者生活介護サービス以外の 服薬管理・与薬(1カ月)				1,000円
地域密着型特定施設入居者生活介護サービス以外の 入浴介助・食事介助・排泄介助・機能訓練(1カ月)				各2,000円

(6) その他の費用

- ① 居室の水道電気代（使用状況に応じて負担）
- ② 以下の項目は実費負担になります。

項 目	費用負担
医療費、薬品代	実 費
おむつ等の提供	実 費
日常生活上必要となる諸経費（洗剤、シャンプーなど）	実 費
理容・美容	実 費
インフルエンザ予防接種など	実 費
通信等（はがき、切手など）	実 費
新聞代	実 費
個人の趣味活動に伴う材料費	実 費

6 施設の利用に当たっての留意事項

- (1) 施設、設備、敷地は、本来の用途に従って利用してください。食堂、浴室、その他の共用部分は、施設の定める規定に従い、他の入居者と円満に使用してください。
- (2) 居室転貸、権利譲渡、担保の差し入れ、施設の許可なく居室の交換をすることはできません。
- (3) 居室の様様替え等を希望するときは、事前に施設に届け、承認を得てください。
- (4) 故意又は不注意により、施設、設備を破損、汚した場合は、修理費用又は相当代価を入居者に負担していただきます。
- (5) 当施設の職員、他の入居者に対し迷惑を及ぼす宗教活動、政治活動、営利活動は禁止します。
- (6) 施設内は、喫煙できません。また居室内の火気使用は厳禁です。
- (7) 施設内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- (8) 外出・外泊を希望する場合は、あらかじめ施設に届け出てください。
- (9) 居室または共用部分における犬、猫、その他の動物の飼育はできません。
- (10) 外来者の面会時は、玄関に備え付けの台帳へ記入をお願いします。

7 非常災害対策

施設は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、非常災害に備えるため定期的に避難・救出、その他必要な訓練を行います。

8 緊急時の対応

施設は、入居者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに入居者の主治医、または協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

9 事故発生時の対応

事故があった場合、入居者に対して可能な限りの緊急措置を行い、入居者又は家族、関係機関等への連絡など必要な措置を講じ、事故の状況、事故の原因、入居者の状況、現在の処置、今後の見通し等に対する報告書を作成し、入居者及びその家族へ誠意を持って説明し、介護事故の対処が円滑に進むよう努力します。

10 協力医療機関

医療機関の名称	十全記念病院
所在地	浜松市浜名区小松1700番地
診療科目	内科・整形外科・外科・泌尿器科・産婦人科・乳腺外来・乳腺外科・眼科・耳鼻咽喉科・脳神経外科・皮膚科・麻酔科・歯科・インプラント・口腔外科・矯正歯科・内視鏡センター・日帰り治療センター・検査部・放射線部・からだに優しい（低侵襲）手術センター・総合リハビリテーションセンター

11 損害賠償

施設は、サービスの実施に伴って自己の責に帰すべき事由により、入居者に生じた損害について賠償する責任を負い、速やかに履行します。守秘義務に違反した場合も同様です。

ただし、入居者に故意又は過失が認められる場合、急激な体調の変化等、施設サービスを原因としない事由により損害が発生した場合、施設もしくは職員の指示・依頼に反した行為に起因して損害が発生した場合、施設は損害賠償責任を免れます。

12 苦情相談窓口

受付窓口	中村 修平（生活相談員）
受付時間	毎週月曜日から金曜日 8時30分から17時00分
連絡先	053-587-1570

次の公的機関においても苦情の申し立てができます。

浜松市浜名区役所 長寿保険課	電話番号 053-585-1122
浜松市役所 介護保険課	電話番号 053-457-2374
静岡県国民健康保険団体連合会	電話番号 054-253-5580

苦情処理第三者委員

秋山 正巳	浜松市浜名区平口2451	053-587-3163	民生委員
平野 博久	浜松市浜名区平口2488	053-586-2503	平口副自治会長

第三者評価について

当施設は、第三者評価を受審しておりません。

20 年 月 日

ケアハウスゆとりの郷の入居に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

ケアハウスゆとりの郷 説明者職氏名 生活相談員 中 村 修 平

私は本書面に基づいて、ケアハウスゆとりの郷について、重要事項の説明を受け、同意しました。

ご契約者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(署名または記名押印をしてください)

身元保証人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

(署名または記名押印をしてください)