

サービス付き高齢者向け住宅
朝倉さわやかガーデン

重要事項説明書

特定医療法人 仁泉会

重 要 事 項 説 明 書

記入年月日	令和 6 年 4 月 1 日
記入者名	矢野 希世子
所属・職名	朝倉さわやかガーデン (施設長)

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合, その種類	特定医療法人
名称	(ふりがな) <u>とくていいりょうほうじん じんせんかい</u> 特定医療法人 仁泉会	
主たる事務所の所在地	〒780-8063 高知県高知市朝倉丙 1653 番地 12	
連絡先	電話番号	<u>088-844-2701</u>
	FAX番号	<u>088-840-5245</u>
	ホームページアドレス	<u>http://asakura-hospital.jp</u>
代表者	氏名	<u>田辺 裕久</u>
	職名	<u>理事長</u>
設立年月日	昭和 43 年 2 月 28 日	
主な実施事業	※別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) <u>あさくらさわやかがーでん</u> <u>朝倉さわやかガーデン</u>	
所在地	〒780-8063 高知県高知市朝倉丙 350 番地 1	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間 例：①バス利用の場合 ・〇〇バスで乗車〇分, △△停留所で下車, 徒歩〇分 ②自動車利用の場合 ・乗車〇分	● <u>JR 朝倉駅から東へ徒歩 5 分</u>
連絡先	電話番号	<u>088-850-0071</u>
	FAX 番号	<u>088-850-0073</u>
	ホームページアドレス	<u>http:// asakura-hospital.jp</u>
管理者	氏名	<u>矢野 希世子 (令和 6 年 4 月 1 日より)</u>
	職名	<u>施設長 兼 生活相談員</u>

建物の竣工日	令和2年8月31日
有料老人ホーム事業の開始日	令和2年10月2日

(類型) 【表示事項】

介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供）		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	3970107318
	指定した自治体名	高知市
	事業所の指定日	令和2年10月2日
	指定の更新日（直近）	

3. 建物概要

土地	敷地面積	2196.17 m ²	
	所有関係	① 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	3,235.74 m ²
		うち、老人ホーム部分	2,917.50 m ²
	耐火構造	① 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
	構造	① 鉄筋コンクリート造	
		2 鉄骨造	
		3 木造	
		4 その他 ()	
	所有関係	① 事業者が自ら所有する建物	
2 事業者が賃借する建物 (普通賃借 ・ 定期賃借)			
抵当権の設定		1 あり 2 なし	
契約期間		1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし	
契約の自動更新		1 あり 2 なし	
居室の状況	居室区分	① 全室個室	

【表示事項】	2 相部屋あり				
	最少		人部屋		
	最大		人部屋		
	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
タイプ1	有	無	23.86 m ²	3 部屋	一般居室個室
タイプ2	有	無	18.25 m ²	24 部屋	一般居室個室
タイプ3	有	無	23.77 m ²	3 部屋	一般居室個室
タイプ4	有	無	19.20 m ²	5 部屋	一般居室個室
タイプ5	有	無	18.65 m ²	18 部屋	一般居室個室
タイプ6	有	無	19.43 m ²	3 部屋	一般居室個室
タイプ7	有	無	19.30 m ²	3 部屋	一般居室個室
タイプ8	有	無	19.46 m ²	1 部屋	一般居室個室

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。

共有施設	共有便所における 便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所
	共用浴室	5ヶ所	個室	5ヶ所
			大浴場	0ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	0ヶ所
			リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	0ヶ所
			その他 (リクライニング機能付きチェアー浴)	1ヶ所
	食堂		①あり 2なし	
	入居者や家族が利用 できる調理設備		①あり 2なし	
エレベーター		①あり (車椅子対応) ②あり (ストレッチャー対応) 3あり (上記1・2に該当しない) 4なし		
消防用設備 等	消火器		①あり 2なし	
	自動火災報知設備		①あり 2なし	
	火災通報設備		①あり 2なし	
	スプリンクラー		①あり 2なし	

	防火管理者	①あり 2 なし		
	防災計画	①あり 2 なし		
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他 ()
	①あり 2 一部あり 3 なし	①あり 2 一部あり 3 なし	①あり 2 一部あり 3 なし	1 あり 2 一部なし 3 なし
その他				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>① 利用者に対して食事、入浴、排泄等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練、通院時の療養上の世話をを行うことにより利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活が営むことが出来るよう必要な支援を行う。</p> <p>② 事業所が提供するサービスは、介護保険法令及び厚生労働省通知の内容に沿ったものとする。</p> <p>③ 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。</p> <p>④ 利用者毎に特定施設入居者生活介護サービス計画及び介護予防特定施設入居者生活介護サービス計画を作成し、利用者の同意のもとにサービスの提供を行う。</p> <p>⑤ 利用者の個人情報の取り扱いについては、その利用目的を示し、本人の同意を得て取り扱うものとする。尚、個人情報保護法に沿って個人情報の適切な管理に努める。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護の指定を受けており、必要な時に必要な介護サービスを受けることができます。尚、クリニックを併設し、近隣に位置する朝倉病院（協力医療機関（有床））と連携を密にとれることで、安心した生活を送ることができます。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 ② 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 ③ なし
健康管理の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり (2) なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり (2) なし	
	個別機能訓練加算	1 あり (2) なし	
	夜間看護体制加算	(1) あり 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり (2) なし	
	医療機関連携加算	(1) あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり (2) なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり (2) なし	
	退院・退所時連携加算	(1) あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり (2) なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり (2) なし
		(II)	1 あり (2) なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	(1) あり 但し令和3年2月より算定
		(I)ロ	1 あり (2) なし
		(II)	1 あり (2) なし
		(III)	1 あり (2) なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	1 あり (2) なし
		(II)	(1) あり 2 なし
		(III)	1 あり (2) なし
		(IV)	1 あり (2) なし
(V)		1 あり (2) なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	(1) あり 2 なし	
	(II)	1 あり (2) なし	
介護職員等ベースアップ等支援算		(1) あり 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	(2) なし		

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	(1) 救急車の手配
		(2) 入退院の付き添い ※原則、ご家族等との交代までの間
		(3) 通院介助 ※併設クリニックに限る
		(4) その他 (緊急的な病院等への搬送) ※原則、ご家族等との交代までの間
協力医療機関	1	名称 朝倉病院

		住所	高知県高知市朝倉丙 1653 番地 12
		診療科目	内科、神経内科、循環器内科、消化器内科、 精神科、リハビリテーション科
		協力科目	内科、神経内科、循環器内科、消化器内科、 精神科、リハビリテーション科
		協力内容	体調不良や緊急時の診察や入院
	2	名称	朝倉さわやかクリニック
	住所	高知県高知市朝倉丙 350 番地 1	
	診療科目	内科、循環器内科、診療内科	
	協力科目	内科、循環器内科、診療内科	
	協力内容	入居者の定期的又は緊急時の受診	
	協力歯科医療機関	名称	山崎歯科医院
住所	高知県高知市春野町内ノ谷 1387 番 2		
協力内容	入居者の定期的な歯科受診又は往診		

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 (心身の状態等に応じた、介護を受けやすい部屋への移動)	
判断基準の内容	心身の状態変化等に伴い、より速やかな介護の提供や見守りが必要と判断した場合	
手続きの内容	入居者等と施設との協議・同意の上	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし ※但し、変更のない場合もある
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) フロアが変更となる場合もある 2 なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者	自立している者	1 あり 2 なし
----------	---------	-----------

【表示事項】	要支援の者	① あり 2 なし
	要介護の者	① あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>共同生活に支障をきたす場合</u> ・ <u>賃料等の支払いを滞納し督促したにも関わらず支払われない場合</u> 等 	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<u>入居契約書第 12 条</u>
	解約予告期間	<u>原則 30 日以上</u>
入居者からの解約予告期間	<u>原則 30 日以上</u>	
体験入居の内容	1 あり (内容 :) ② なし	
入居定員	<u>60 人</u>	
その他		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	0.5
生活相談員	1	1	0	0.5
直接処遇職員	21	21	0	20.0
介護職員	19	19	0	19.0
看護職員	2	2	0	1.0
機能訓練指導員	1	1	0	0.5
計画作成担当者	1	1	0	0.5
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	2	2	0	2.0
その他職員	0	0	0	0
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2}				38.5

- ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。
- ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	17	17	0
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	1	1	0
介護支援専門員	1	1	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1	1	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時～ 9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	2人	2人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上
-------------------------------	------------------------------	--

(一般型特定施設以外の 場合、本欄は省略可能)		d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.7 : 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料 老人ホームの介護サービス提供体制(外 部サービス利用型特定施設以外の場合、 本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況) ※法人に入職してからの年数を記入

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし									
	業務に係る資格等		1 あり									
	資格等の名称		看護師									
	2 なし											
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度1年間の 採用者数	1	0	3	0	1	0	0	0	1	0		
前年度1年間の 退職者数	1	0	6	0	0	0	0	0	0	0		
応じた 業務に 従事 した 職員の 人数	1年未満	0	0	5	0	1	0	0	0	0	0	
	1年以上 3年未満	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	
	3年以上 5年未満	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	
	5年以上 10年未満	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	
	10年以上	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	
	従業者の健康診断の実施状況	1 あり 2 なし										

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式	1 全額前払い方式

【表示事項】	2 一部前払い・一部月払い方式	
	③ 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり ② なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり ② なし	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	① 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	土地建物の租税の増減、維持管理費の増減、経済状況の変動 等
	手続き	事業者と入居契約者双方による協議

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 (221号室)	プラン2 (401号)	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要介護2	
	年齢	78歳	85歳	
居室の状況	床面積	18.65㎡	23.86㎡	
	便所	① 有 2 無	① 有 2 無	
	浴室	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
	台所	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		128,099円	134,291円	
家賃		32,000円	36,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	19,028円	21,220円	
	介護保険外※2	食費	41,943円	41,943円
		管理費	18,000円	18,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	10,000円	10,000円
		その他	7,128円	7,128円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	近隣の同施設種別と比較、居室の利便性や広さ及び階層の上下
敷金	なし

介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	共用部分の保守及び補修
食費	1日あたり(税込) 1,353円 (朝食 350円、昼食 495円、夕食 508円)
光熱水費	近隣の同施設種別と比較
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	寝具代：1日あたり 88円 洗濯代：1回あたり 550円

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	要介護度に応じて、費用の1割又は2割若しくは3割を徴収(要支援者も同様)
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス)	なし

※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能 徴収なし 未記入

算定根拠	
想定居住期間(償却年月数)	ヶ月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(初期償却額)	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了
	入居後3月を超えた契約終了
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称
	2 信託契約を行う信託会社等の名称
	3 保証保険を行う保険会社の名称
	4 全国有料老人ホーム協会
	5 その他(名称:)

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	13人
----	----	-----

	女性	47 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	1 人
	75 歳以上 85 歳未満	9 人
	85 歳以上	50 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	6 人
	要支援 2	4 人
	要介護 1	23 人
	要介護 2	11 人
	要介護 3	11 人
	要介護 4	4 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6 ヶ月未満	11 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	5 人
	1 年以上 5 年未満	44 人
	5 年以上 10 年未満	0 人
	10 年以上 15 年未満	0 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	89 歳
入居者数の合計	60 人
入居率*	100 %

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の 人数	自宅等	1 人
	社会福祉施設	5 人
	医療機関	11 人
	死亡者	0 人
	その他	0 人
生前解約の 状況	施設側の申し出	0 人
	(解約事由の例)	

	入居者側の申し出	17 人
		(解約事由の例) ・病状悪化につき長期入院のため ・介護度が上がったため

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		朝倉さわやかガーデン 苦情相談窓口
電話番号		088-850-0071
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~12:30
	日曜・祝日	未対応
定休日		土・日・祝・年末年始(12/30~1/3)
窓口の名称		高知市住宅政策課
電話番号		088-823-9463
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	未対応
	日曜・祝日	未対応
定休日		土・日・祝・年末年始

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	① あり	(その内容) <u>(社)全国介護付きホーム協会 団体保険制度</u>
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	① あり	(その内容) <u>保険約款による</u>
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり 2 なし	

(利用者等の意見を把握する体制, 第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査, 意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="radio"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="radio"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 回
	<input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	<input checked="" type="radio"/> 1 代替措置あり	(内容) <u>アンケート調査の実施</u>
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり 2 なし <input checked="" type="radio"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		

不適合事項がある場合の 内容	
-------------------	--

添付書類：別添 1（別の実施する介護サービス一覧表）
別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

介護保険サービスに係る重要事項説明書

特定医療法人 仁泉会

朝倉 さわやか ガーデン

高知県高知市朝倉丙 350 番地 1

TEL 088-850-0071 Fax 088-850-0073

朝倉さわやかガーデン 重要事項説明書

【特定施設入居者生活介護サービス・介護予防特定施設入居者生活介護サービス】

あなた、ご家族または代理人(以下「ご家族等」という)が利用しようと考えている特定施設入居者生活介護サービス・介護予防特定施設入居者生活介護サービス(以下「特定施設サービス」という)「朝倉さわやかガーデン(以下「当施設」という)」について、利用の前に知っていただきたい内容の説明を致します。わからないこと、わかりにくいことがあればお問い合わせください。

1. 特定施設サービスを提供する事業者について

事業者名	特定医療法人 仁泉会
代表者	理事長 田辺 裕久
所在地	高知県高知市朝倉丙 1653 番地 12
連絡先	電話番号 088-844-2701 ファックス番号 088-840-5245

2. 入居者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の名称等

名称	朝倉さわやかガーデン
所在地	高知県高知市朝倉丙 350 番地 1
連絡先	電話番号 088 - 850 - 0071 ファックス番号 088 - 850 - 0073
介護保険指定事業者番号	第 3970107318 号
定員	60 名

(2) 事業の目的及び運営方針

目的	要支援状態及び要介護状態にある入居者(以下「入居者」という)に対し、適切な特定施設サービスを提供します。
運営方針	高齢者が、共同生活住居において自立した日常生活を営むことが出来るよう、家庭的な環境の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上のお世話、生活リハビリに努めます。 関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) 職員体制

職種	職務内容	人員数
管理者	従業者及び業務の管理	1名(兼務)
計画作成担当者	特定施設サービス計画の作成	1名(兼務)以上
生活相談員	入居者およびその家族等からの相談対応及び必要な助言その他の援助	1名(兼務)以上

看護職員または 介護職員	看護職員：入居者の健康管理・緊急時の対応等 介護職員：介護その他の日常生活上のお世話、食事 の提供、生活リハビリ等	看護職員 2名以上 介護職員 18名以上
機能訓練指導員	入居者の機能訓練	1名（兼務）以上

* 研修の機会を設け、従業者の質の向上を図ります。

* 主な勤務時間帯 日勤（9:00～17:00） 早出（7:00～15:00） 遅出（11:00～19:00）
夜勤・明け（17:00～9:00）

3. サービスの内容

- (1) 介護計画の立案
- (2) 入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上のお世話、生活リハビリ
- (3) 相談援助サービス

4. 利用料金

(1) 介護保険対象料金【1割負担額を記載（一定以上の所得者は2割又は3割負担）】

要介護認定区分	自己負担（日額）
要支援 1	183円
要支援 2	313円
要介護 1	542円
要介護 2	609円
要介護 3	679円
要介護 4	744円
要介護 5	813円

* サービス提供体制強化加算 (I) 22円/日

* 夜間看護体制加算 9円/日（要支援者は除く）

* 退院・退所時連携加算 30円/日（要支援者は除く）

* 生活機能向上連携加算 (I) 100円/月 又は (II) 200円/月

* 科学的介護推進体制加算 40円/日

* 介護職員処遇改善加算 1月の所定単位×6%

* 介護職員等特定処遇改善加算 (I) 1月の所定単位×1.8%又は (II) 1月の所定単位×1.2%

* 介護職員等ベースアップ等支援加算 1月の所定単位×1.5%

* 退居時情報提供加算 250円/1回のみ

* 協力医療機関連携加算 (1) 100円/月 又は (2) 40円/月

(2) 介護保険対象外の利用料金

内 容	月 額
食 費 (1,353円/日) ※30日計算	40,590円
共 益 費	18,000円
光 熱 水 費	10,000円
家 賃	32,000円 ～ 36,000円

* 居室設備、居室の広さ、利便性等により家賃は異なります。

* 月の途中で入退居した場合には、日割り計算となります。また、入院や外泊した場合には、食費と光熱水費が日割り計算となります。

- (3) その他の費用が必要になった時は、その旨を入居者またはご家族等に説明し、同意を得たもの限り請求させていただきます。
- ・個人の日用品や嗜好品
 - ・排泄せつ用品
 - ・理美容費
 - ・その他、急遽必要となった物品等に関しては、事後承諾を得てその金額を請求いたします。

- (4) 連帯保証人は、乙と連帯して乙の責務を負担するものとします。尚、連帯保証人の極度額の設定は100万円です。

(5) 支払方法

- * 請求書は、利用月の翌月10日までに発行しますので、その月の月末までにお支払下さい。
- * お支払方法は、銀行振込または口座振替または現金支払いでお願いします。

5. 入居退居にあたっての留意事項

- (1) 入居時は以下の点に留意し共同生活を営むこととします。
- (イ) 危険行動により、他の入居者に迷惑や悪影響を及ぼさない。
 - (ロ) 入居者間での人権を尊重し、プライバシーを侵害しない。
- (2) 当施設では、入居者及びご家族等に対し、次に掲げる場合は、利用契約を解除・終了することができます。
- (イ) 入居者が要介護認定において自立と認定された場合
 - (ロ) 病気や認知症の進行などにより、当施設での入居継続が不適切と認められた場合
 - (ハ) 入居者が介護保険施設等へ入所や医療機関に入院した場合
 - (ニ) 入居者及びご家族等が、利用料その他の支払うべき費用を3ヶ月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず30日間以内に支払われない場合
 - (ホ) 入居者及びご家族等が、当施設やその従業者または他の入居者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
 - (ヘ) 天災・災害・施設設備の故障その他やむを得ない理由により当施設が利用できない場合
- (3) 入居者及びご家族等は、当施設に対し、いつでも利用契約の解除・終了を申し出ることができます。この場合には、30日以上予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。
- (4) 入居者が当施設で対応できない程度の医療行為等が必要となった場合は、医療機関又は介護保険施設等を紹介する等、適切な対応を行ないます。
また、退居の際には、入居者及びご家族等の希望を踏まえた上で、退居後の生活環境や介護の継続性に配慮し、必要な援助を行っていきます。

6. 秘密の保持

当施設及びその従業者は、サービスを提供する上で知り得た、入居者及びそのご家族等に関する秘密を、正当な理由なく第3者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約終了後も継続します。

7. 身体拘束の取り扱い

- (1) 当施設では介護サービス提供に当って入居者または他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他、入居者の行動を制限する行為は行ないません。身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- (2) 身体拘束廃止を推進するために、職員一人一人が基本的なケアを見直し、入居者の要望や意思を尊

重したケアを行うことができるよう職員研修を実施します。

8. 衛生管理について

(1) 職員の健康管理など

職員は採用時、及び年1回の健康診断と夜勤従事者には少なくとも半年に1回の健康診断を行います。また、メンタル面でのサポートとして職員へのカウンセリング等を実施します。

(2) 当施設における感染予防対策、感染症発生動向に基づいた事前対応方法・感染予防対策

・研修体制

- ① 感染対策マニュアルを利用した基本的な感染予防策と感染症の対応に関して、研修を定期的に実施します。
- ② 採用時には、基本的な感染予防方法の指導を徹底します。
- ③ 保健所や関係機関からの情報などは随時研修を行います。

・感染予防策

- ① トイレや施設の入出口に手洗い消毒液の設置と手洗いの習慣づけをします。
- ② 汚物・廃棄物の保管場所の衛生管理を実施します。
- ③ MRSAなど入居者の感染源となるものの消毒の徹底をします。
- ④ 1人から他に移さないためにも、入居者個々の観察を十分実施し、感染のリスクが考えられる場合は早急な対応を行います。
- ⑤ 掃除の徹底をします。

9. 緊急時の対応方法

サービス提供中に入居者に緊急の事態が発生した場合、入居者の主治医、協力医療機関に速やかに連絡し、救急治療あるいは緊急入院等が受けられるようにします。

10. 協力医療機関

当施設では、下記の医療機関に協力いただき、入居者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

協力医療機関

名称	特定医療法人仁泉会 朝倉病院
住所	高知県高知市朝倉丙 1653 番地 12
名称	特定医療法人仁泉会 朝倉さわやかクリニック
住所	高知県高知市朝倉丙 350 番地 1
名称	山崎歯科医院
住所	高知県高知市春野町内ノ谷 1387 番 2

11. 非常災害対策

- (1) 防火教育訓練及び基礎訓練・・・年2回以上
- (2) 入居者を含めた総合訓練・・・年2回以上

12. 相談窓口、苦情相談

- (1) サービス提供に関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

朝倉さわやかガーデン 相談窓口	電 話 番 号	088 - 850 - 0071
	ファックス番号	088 - 850 - 0073
	管 理 者	矢野 希世子
	受 付 時 間	平日 9:00～17:00

- (2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

高知市介護保険課 保険苦情窓口	所在地	高知市役所 介護保険課事業係
	電話番号	088-823-9972
	ファックス番号	088-824-8390
	受付時間	平日 8:30～17:15
高知県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所在地	高知県高知市丸ノ内 2-6-5
	電話番号	088-820-8410・088-820-8411
	ファックス番号	088-820-8413
	受付時間	平日 8:30～17:15

《説明確認欄》

令和 年 月 日

- 「朝倉さわやかガーデン」の契約締結にあたり、重要事項を説明しました。

事業者所在地 高知県高知市朝倉丙 1653 番地 12
 事業者名 特定医療法人 仁泉会
 代表者 理事長 田辺 裕久
 事業所名 朝倉さわやかガーデン
 管理者 施設長 矢野 希世子 印
 説明者 _____ 印

- 「朝倉さわやかガーデン」の契約締結にあたり、重要事項の説明を受けました。

《入居者》

住所 _____
 氏名 _____ 印

《ご家族代表または代理人》

住所 _____
 氏名 _____ 印

《連帯保証人》

住所 _____
 氏名 _____ 印

重度化した場合における対応に関する指針

1. 急性期における医師や医療機関との連携体制

- (1) 当事業所入居者に、体調の急変などが発生した場合には、当事業所の看護師または入居者の主治医もしくは協力医療機関（医療法人仁泉会 朝倉病院）の対応により、速やかに適切な処置を行います。
また、医師の指示により当事業所看護師が定期的な看護対応を継続的に行うことにより、入居者の心身状況を常に把握し体調管理を行います。
- (2) 入居者が体調の急変などにより、入院を伴う医療処置を行うことが必要な状態となったときには、速やかにご家族代表者または代理人（以下「家族等」といいます。）に連絡し、当該医療処置の実施場所等について、次のとおりの意向を伺います。
- ① 医師の判断により当事業所を利用した状態で、医師が指示する医療処置を当事業所の看護師が実施できる場合は、当事業所内で対応を行います。
 - ② 医師により当事業所に居住した状態での看護、介護が困難と判断された場合は、医療機関への入院を調整いたします。
 - ③ その他、入居者、ご家族等が医療機関への入院を希望する場合等には、希望する医療機関への入院を調整いたします。
- (3) 入居者の病状等により、医師の医学的見地を参考とし、看取りに関する意向についての確認が必要となった場合は、速やかに家族等との協議の場を設けます。

2. 医療機関への入院中の入居費用取扱いについて

賃料（家賃）、共益費については減額はありませぬ。水道光熱費については、入院が生じた翌日から1ヵ月を30日として日割り計算となります。

※食事のキャンセルは、朝食・昼食・夕食ともに前々日の正午までの申し入れとなっており、入院及び急な外出・外泊も同様の取り扱いとなります。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			併設・隣接 の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	訪問看護ステーション あさくら	高知県高知市朝倉丙350番地1
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	朝倉さわやかガーデン	高知県高知市朝倉丙350番地1
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	居宅介護支援事業所 朝倉	高知県高知市朝倉丙350番地1
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	訪問看護ステーション あさくら	高知県高知市朝倉丙350番地1
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	朝倉さわやかガーデン	高知県高知市朝倉丙350番地1
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<地域密着型介護予防サービス>					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	居宅介護支援事業所 朝倉	高知県高知市朝倉丙350番地1
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接	介護医療院 朝倉	高知県高知市朝倉丙1653番地12
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

別添2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護(地域密着型・介護予防を含む)の指定の有無							なし	あり
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス (利用者一部負担※1)		個別の利用料で、実施するサービス				備考	
			(利用者が全額負担)	包含※2	都度※2	料金※3		
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり		○	使用頻度や種類によって変動 業者から個別に購入を要す	
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり			原則、併設クリニックのみ	
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	無 週2回職員が確認し、簡単な掃き掃除等は施設が実施 それ以上は業者へ委託	
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	回数によって変動 業者へ委託	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり				
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	業者へ委託	
買い物代行	なし	あり	なし	あり				
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	年1回実施	
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			原則、緊急時のみ。ご家族等と交代するまでの間の対応	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。