

# 重要事項説明書

## 1. サービス提供事業者

事業者の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業者の名称	フリガナ カイゴツキコウレイシャジュウタク ニジノワタク	
	介護付き高齢者住宅 虹のわ多久	
事業者の所在地	846-0012	
	佐賀県多久市東多久町大字別府4677-1	
事業者の連絡先	電話番号	0952-76-5580
	FAX番号	0952-76-5581
	ホームページアドレス	http://www.saga-iryous.or.jp
事業者の代表者名	施設長 木塚 隆輔	

## 2. 住宅事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	フリガナ サガケンイリョウセイカツキョウドウクミアイ		
	佐賀県医療生活協同組合		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 840-0804		
	佐賀県佐賀市神野東4丁目10-5		
事業主体の連絡先	電話番号	0952-31-1249	
	FAX番号	0952-31-1298	
	ホームページアドレス	有	http://www.saga-iryous.or.jp
		無	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	愛野 浩生	
	職名	理事長	
事業主体が行っている主な事業等	医療に関する事業、高齢者・障害者の福祉に関する事業		

## 3. 住宅概要

住宅の開設年月日	2013年8月1日
居住の契約方式	普通賃貸借契約

#### 4. 施設サービスの内容

##### 生活支援サービスに関する方針等

当施設では、居住者に対して個人の有する能力に応じ、自立して日常生活を営むことが出来るよう、支援計画作成者を中心とし、入居者様の実態を把握し、基本サービスとして生活全般の支援及び生活相談・緊急時対応を行います。また、地域の診療所・介護事業所と連携を図り、最後（看取り）まで安心安全に、楽しく住み続けられるように支援していきます。

##### 基本サービス（入居者様全員が受けるサービスです。）

サービスの種類	(提供方法・提供者)
状況把握（安否確認）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日、食事前を目安に各住戸に住宅職員が伺い安否の確認を行います。</li> <li>・上記以外の時間帯も、ご入居者様（ご家族様）とご相談の上、必要に応じて行います。</li> <li>・職員が健康に関する相談をお受けします。また、血圧の測定を実施します。その他、必要に応じて提携医療機関（多久生協クリニック）の情報提供します。</li> </ul> ※提供者：虹のわ多職員
生活相談	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活を送る中で、お困りのこと、介護度が重くなった場合のご不安等について、住宅職員がご相談をお受けします。</li> </ul> ※提供者：虹のわ多職員
緊急時対応	<b>【0時～24時】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日中は、各住戸のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してあるナースコールを押していただければ事務室及び住宅職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応を行います。</li> </ul> ※提供者：虹のわ多職員
レクリエーション及び訓練等の実施	<b>【9時～16時半】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日中はレクリエーションや屋外レク（ドライブ・花見等）・季節のイベント等の活動を提供します。</li> <li>・機能訓練を実施し、身体能力の維持・向上に努めます。</li> </ul> ※提供者：虹のわ多職員
生活支援の実施	<b>【0時～24時】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄・食事の介助が必要な場合は、常時職員が支援します。</li> </ul> ※但し、着脱等で自分で行える行為については身体機能低下防止の為、本人の残存機能を活かす為、ご本人に取り組んで頂きます。 ・入浴等は曜日を定め、計画的に提供します。

##### 上記以外の生活支援サービス等

(当事業所では入居者様の希望により、以下のサービスを提供します。)

選択サービスの種類	料金	(提供内容・方法・提供者)
食事の提供サービス	48,000円／月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食費は月単位での請求となります。</li> <li>・食費：30日の場合 [朝食500円、昼食550円、夕食550円]</li> <li>・朝食は7時30分～8時30分まで、夕食は18時～19時まで。一階の食堂にて提供します。原則居室までの配食は致しません</li> <li>・食事は、住宅内の厨房にて専属の調理員により調理いたします。</li> <li>・キャンセル、変更等は提供される日の前日17時までにお知らせ下さい。それ以降のキャンセルについては、キャンセル料（食費実費）が発生してしまいますので、お気をつけ下さい。 ※提供者：虹のわ多職員</li> </ul>
洗濯代行サービス	500円/回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員が入居者様の洗濯物（乾燥・収納まで）を行います。</li> </ul> ※提供者：虹のわ多職員
外出支援サービス	550円／30分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・買物や病院の通院付添いに、当日午前中までの申し込みがあれば、職員1名が同行します。利用は一日1時間が上限です。</li> </ul> ※提供者：虹のわ多職員

## 5. 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護職員体制

特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護職員体制等			
職員			
サービス種別	人数	資格・委託先等	
管理者	1人	介護福祉士	
介護士	5人	介護福祉士・ヘルパー2級等	
相談員	1人	介護福祉士	
看護師	2人	准看護師	
支援計画作成者	1人	ケアマネージャー・介護福祉士	
事務員	1人		
調理員	5人	調理師・栄養士	
夜間の職員体制	常駐の ( <input checked="" type="radio"/> 有 ) ・ 無 )	1人	

## 6. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	
毎月10日に請求書を発行し、入居者様に送付します。 ・基本サービス・・・介護保険利用料・水道光熱費（自室・共用） ・選択サービス・・・食事の提供、洗濯代行サービス、外出支援サービス	
支払方法	
毎月25日に支払請求分を（口座振込み・口座自動振替・現金持参）にて、お支払いいただきます。	

## 7. 生活支援サービスへの苦情に対応する窓口等

苦情に対応する窓口等の状況			
窓口の名称	虹のわ多久お客様相談窓口		
電話番号	0952-76-5580		
対応している時間	平日	0時	00分 ~ 24時 00分
	土曜	0時	00分 ~ 24時 00分
	日曜	0時	0分 ~ 24時 0分
	祝日	0時	0分 ~ 24時 0分
定休日	なし		
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			
具体的な対応	本契約に基づき、サービス等を入居者に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置（ご家族への連絡、救急車の呼び出し等）を行います。		

## 8. 生活支援サービス利用に当たっての留意事項

外出・帰宅・訪問等	
外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間8時～20時まで（緊急時・看取り等の時期を除く）。※夜間の外出の際や外泊時は、事前に住宅職員へご連絡下さい。	
共用施設の利用について	
浴室	入浴は支援計画に沿って行います。一人で入られる場合は、共用浴室の利用時間を事前にお知らせ下さい。
洗濯室	洗濯機・乾燥機が空いている場合は自由にお使いください。
共用キッチン	共用キッチンの利用希望については、支援員に事前にお知らせください。
ゴミ処理について	
ゴミ出しは室内清掃時、職員が行いますがそれ以外で捨てられる場合は、各フロアのゴミ箱へ分別をして捨てて下さい。粗大ゴミ等については、ご家族で処分をお願い致します。	

## 9. 契約の解除内容等

入居者からの解約	
入居者は事業者に対して、解約する1ヶ月前に文書にて解約の申し出を下記連絡先に通知することで、本契約を解約することができます。	
事業者からの解除	
事業者は、生活支援サービス契約書第8条の規定に基づき、以下の場合には本契約を解除することができます。 ①他の入居者の生命の危害を及ぼす恐れがある場合 ②本契約を継続することが社会通念上、著しく困難な場合 ③入居者が正当な理由なく支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納した場合	

## 10. 損害賠償責任保険の内容

損害賠償責任保険の加入状況	
<input checked="" type="radio"/> 有	・ 無 ( )

## 11. 介護保険利用料

介護度	介護保険料(単位)	介護保険料(10割)	保険給付額(9割)	負担金額(1割)	備考
要支援1	183単位	¥1,830	¥1,647	¥183	負担割合証の負担割合により負担額が異なります。 2割：2倍 3割：3倍
要支援2	313単位	¥3,130	¥2,817	¥313	負担割合証の負担割合により負担額が異なります。 2割：2倍 3割：3倍
要介護1	542単位	¥5,420	¥4,878	¥542	負担割合証の負担割合により負担額が異なります。 2割：2倍 3割：3倍
要介護2	609単位	¥6,090	¥5,481	¥609	負担割合証の負担割合により負担額が異なります。 2割：2倍 3割：3倍
要介護3	679単位	¥6,790	¥6,111	¥679	負担割合証の負担割合により負担額が異なります。 2割：2倍 3割：3倍
要介護4	744単位	¥7,440	¥6,696	¥744	負担割合証の負担割合により負担額が異なります。 2割：2倍 3割：3倍
要介護5	813単位	¥8,130	¥7,317	¥813	負担割合証の負担割合により負担額が異なります。 2割：2倍 3割：3倍

※負担金額は1日当たりの金額になります。

## 12. 加算の算定

### 1) 介護処遇改善加算3

・介護報酬総単位数の11.0%に相当する単位数。

### 2) サービス提供体制加算Ⅲ

加算項目	算定日	単位数	介護保険料(10割)	保険給付額(9割)	負担金額(1割)
サービス提供体制加算Ⅲ	1日につき	6単位	60円	54円	6円

### 3) 協力医療機関連携加算

・介護報酬単位数：100単位/月

### 4) 科学的介護推進体制加算（LIFE加算）

・介護報酬単位数：40単位/月

### 5) 退院・退所時連携加算 30単位/1日

・病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から指定特定施設に入居した場合に、入居日から30日間算定

※入居後は30日を超える入院があった場合も算定。

加算項目	算定日	単位数	介護保険料(10割)	保険給付額(9割)	負担金額(1割)
退院・退所時連携加算	30日間	30単位	300円	270円	30円

説明年月日

令和 年 月 日

入居者様に対して、賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者名 **佐賀県医療生活協同組合**

所在地 **佐賀県佐賀市神野東4丁目10-5**

代表者名 **理事長 愛野浩生** ㊞

説明者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

私は上記事業者から、賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

入居者住所 \_\_\_\_\_

入居者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

代筆者住所 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞