

「特定施設入所者生活介護」で キャッスルでの生活をより安心に・・・

ケアハウス ホワイトキャッスルは、特定施設入所者生活介護の指定を受けています。

(北海道指定 第 0170401681号)

定員 21名

ケアハウスは、日常生活は原則として自立維持できることとなっていますが、入居期間中に病気や加齢とともに生活機能の低下があらわれ、要介護状態になる方もいます。

そのような方にはケアハウスの基本サービス(食事の提供・入浴の準備・緊急時の連絡、対応・日常の生活相談)の他、介護を必要とする方に個々の心身の状況に応じた介護サービスプランを作成して個別の介護サービスをおこない、住み慣れたケアハウスにできるだけ長く住み続けられるよう自立支援をいたします。その介護サービスを「特定施設入所者生活介護」といい、当ケアハウスはその提供施設として指定を受けています。

「特定施設」の介護サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。尚、要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。ご相談ください。



ケアハウス ホワイトキャッスル

特定施設入居者生活介護利用料金一覧

(1) 利用料 以下の料金表によって、ご契約者の介護度に応じたサービス利用料をお支払下さい。

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
① 1割負担金 (介護保険給付)	5,567円	9,522円	16,488円	18,526円	20,656円	22,633円	24,732円
② 協力医療機関連携加算	102円	102円	102円	102円	102円	102円	102円
③ 夜間看護体制加算	該当しません		274円	274円	274円	274円	274円
④ サービス提供体制強化加算	670円	670円	670円	670円	670円	670円	670円
⑤ 科学的介護推進体制加算	41円	41円	41円	41円	41円	41円	41円
⑥ 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	11円	11円	11円	11円	11円	11円	11円
⑦ 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	203円	203円	203円	203円	203円	203円	203円
⑧ ADL維持等加算(Ⅱ)	該当しません		61円	61円	61円	61円	61円
⑨ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	818円	1,325円	2,259円	2,519円	2,792円	3,046円	3,314円
合計	7,412円	11,874円	20,109円	22,407円	24,810円	27,041円	29,408円

☆ 特定施設入居者生活介護をご利用される方はケアハウス利用料金とは別途上記料金が自己負担(介護保険負担割合が1割負担の場合)となります。

☆ 上記の月額額は1ヶ月30日にて算定しております。

☆ 月の途中から利用される場合は、日割計算となります(②⑤⑥⑦⑧は月単位の加算の為日割り計算とはなりません)。

☆ ケアハウス事務費については所得階層区分⑦階層以上の方に関しては月額28,300円で統一となります。

☆ 上記加算の他、条件により一時的に以下加算が追加される場合があります。

- ・ 退院・退所時連携加算・・・30日を超える入院後、医療機関との連携を行う事で退院時より特定施設入居者介護利用した際など30日間に限り算定(31円/日)。
- ・ 退去時情報提供加算・・・特定施設入居者生活介護利用者が入院された際に医療機関に情報提供した際に限り算定(254円/回)。

令和6年6月1日付

(2) その他のサービスは下記の料金でご利用になれます。

個別の外出介助に伴う費用

30分ごと	600円 (但し、それに伴う交通費は実費負担とする。)
※ 原則として3時間未満までの対応。それ以上は応相談。	

日常生活上の便宜に要する費用

買い物代行等 (近郊のみ)	一回につき 100円
---------------	------------

※ おむつ代・医療費・嗜好品購入費等は実費負担となります。

事務費所得階層別区分表

(特定施設入居者生活介護)

階層	対象収入による階層区分	事務費	生活費	管理費	利用料総額
1	1,000,000 以下	10,000	46,940	13,500	70,440
	1,000,001 円～1,500,000 円	10,000	46,940	15,000	71,940
2	1,500,001 円～1,600,000 円	13,000	46,940	15,000	74,940
3	1,600,001 円～1,700,000 円	16,000	46,940	15,000	77,940
4	1,700,001 円～1,800,000 円	19,000	46,940	15,000	80,940
5	1,800,001 円～1,900,000 円	22,000	46,940	15,000	83,940
6	1,900,001 円～2,000,000 円	25,000	46,940	15,000	86,940
7	2,000,001 円～2,100,000 円	28,300	46,940	15,000	90,240
8	2,100,001 円～2,200,000 円	以下同額にて省略			
9	2,200,001 円～2,300,000 円				
10	2,300,001 円～2,400,000 円				
11	2,400,001 円～2,500,000 円				
12	2,500,001 円～2,600,000 円				
13	2,600,000 円～2,700,000 円				
14	2,700,001 円～2,800,000 円				
15	2,800,001 円～2,900,000 円				
16	2,900,001 円～3,000,000 円				
17	3,000,000 円～3,100,000 円				
18	3,100,001 円以上				

「指定介護予防特定施設入居者生活介護」重要事項説明書

令和6年6月1日 現在

当施設は介護保険の指定を受けています。
(北海道指定 第 0170401681号)

当施設のご契約者に対して指定介護予防特定入居者生活介護サービスを提供いたします。施設の概要や提供サービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。

当サービスの利用は、原則として要支援認定及び要介護認定の結果「要支援1」「要支援2」と認定された方が対象となります。尚、要支援認定及び要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆ 目 次 ◆◆

事業所の概要、居室の概要	P1
職員の配置状況、勤務体制	P2
提供するサービスと利用料金	P3～P5
協力医療機関、苦情の受付について	P6
施設を退所、または利用を停止していただく場合	P7

1. 事業所の概要

(1) 設置法人

法人名 社会福祉法人 緑誠会
法人所在地 札幌市手稲区西宮の沢4条3丁目3番45号
代表者名 理事長 田中 誠児
電話番号 (011) 683-5521

(2) 利用施設

施設の種類 指定介護予防特定施設入居者生活介護
平成18年4月1日指定
施設の名称 ケアハウス ホワイトキャッスル
施設長名 施設長 五十嵐 貴則
施設の所在地 札幌市手稲区西宮の沢1条4丁目14番10号
電話番号 (011) 694-1011
FAX番号 (011) 694-1007
開設年月日 平成7年8月1日
定員 21名

(3) 事業の目的と運営方針

要支援1, 2と認定された利用者が自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身機能の維持回復を図り生活全般をサポートします。

24時間体制で、介護スタッフによる質の高いサービスを提供し、住み慣れた環境で不安のない生活を過ごしていただくよう努めます。

2. 居室の概要

設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	21室	26.69m ² (1人あたり)
食堂	1室	
機能訓練室	1室(多目的室使用)	
家族介護者教室	1室	
一般浴室	3室	一般浴(男女別)2室 個人浴1室
便所	21室(各自室)	個室に含
洗面所	21室(各自室)	個室に含
一時介護室	1室	8.53m ²

* 左記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護予防特定施設入居者生活介護に必置が義務づけられている施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

◎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いたします。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やご家族等と協議の上、決定するものとします。

3. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護予防特定施設入居者生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置いたします。

(定員21名に対する職員配置状況)

職 種	区 分		常勤換算後の人員	事業者指定の基準	保有資格
	常 勤	非常勤(兼務)			
管理者	1		1	1	社会福祉主事(任用)
生活相談者	1		1	1	介護支援専門員
介護職員	7	0	7	6	介護福祉士
看護職員	1		1	1	看護師
計画作成担当者		1	1	1	介護支援専門員
機能訓練指導員		1	1	1	看護師

(職員の勤務体制)

従業者の職種	勤 務 体 制	休 暇
管理者	勤務時間(9:00~17:00) 常勤で勤務	4週7休他 ※年末年始 ※国民の休日 (振替休日を含む)
生活相談員	勤務時間(9:00~17:00) 半日勤務(9:00~12:00)	
看護職員	勤務時間(9:00~17:00) 常勤で勤務	
介護職員	勤務時間(9:00~17:00) 早番①(7:20~15:20) 早番②(8:00~16:00) 遅番(11:00~19:00) 夜間勤務(16:45~8:45) 半日勤務(9:00~12:00)	
介護職員	・昼間は、原則として職員1名あたり入居者3名のお世話をします。 ・夜間は、原則として夜勤職員1名あたり入居者2名のお世話をいたします。	

4. 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) 当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

(I) 利用料金が介護保険から給付される場合※介護保険負担割合証に準じます

(II) 利用料金の全額をご契約者に負担していただく場合

(I) ①介護保険給付サービス

種 類	内 容	利 用 料 金
食 事	<ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士が作成する献立表により栄養並びにご契約者の身体の状況配慮した食事を提供いたします。 食事はできるだけ離床して食堂で摂っていただけるよう配慮します。 朝食時間 7:30～9:00 昼食時間 11:45～13:00 夕食時間 17:30～19:00	通常、利用料金の1割をご契約者が負担し、残りの9割は介護保険から給付されます。 <u>※介護保険負担割合証に準じます</u>
排泄の介助	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状況に応じた適切な排泄の介助の自立にむけた援助をおこないます。 	協力医療機関連携加算
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> 週2回以上の入浴または清拭を行います 入浴時に見守りまたは状況に応じて入浴介助を行います。 	サービス提供体制強化加算
清掃・洗濯	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状況等、必要に応じ職員と一緒に居室の清掃・衣類などの洗濯を行えるよう支援します。 	科学的介護推進体制加算
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> できる限り、要介護状態とならないよう、離床に配慮、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 シーツの交換等、清潔で快適な生活を送れるよう、適切な整容が行われるよう援助いたします。 	生産性向上推進体制加算(II) 生活機能向上連携加算(II)
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 看護師が薬剤管理を含め、日常の健康管理をいたします。 緊急時必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関の責任をもって引き継ぎます。 ご契約者の希望により協力医療機関に通院する場合は、その介添えをいたします。 	介護職員等処遇改善加算(I)
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> 当施設は、入居者及びその家族からの相談について誠意をもって対応し、可能な限り必要な援助を行います。 	

② 協力医療機関連携加算 100単位/月

協力医療機関との連携体制を構築するため利用者の病歴などの情報共有や急変時などにおける対応の確認などを行う会議を定期的を開催することで創設された加算。

③ サービス提供体制強化加算 22単位/日

特定施設の入居者が重度化した場合でも、引き続き、当該施設においてサービスを提供し続けるための手厚い介護体制の確保を推進する観点から創設された加算です。

④ 科学的介護推進体制加算 40単位/月

科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出とフィードバック情報の活用により、介護サービスの質の評価と科学的介護の取り組みを推進するために新設された加算。

⑤ 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10単位/月

介護現場における生産性向上に資する取り組みの促進を図る観点から委員会の開催や安全対策を講じたうえで1つ以上テクノロジーを導入し業務改善を行う事で創設された加算。

⑥ 生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200単位/月

リハビリを提供している施設より理学療法士等に三月に一度訪問していただき個別機能訓練計画を作成し機能訓練の助言及び評価をしてもらう事で得られる加算。

⑦ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

所定の要件を満たしている場合、利用総単位数（基本+単価）に12.8%を乗じる。

（Ⅱ）介護保険の給付対象とならないサービス（自費負担）

種類	内容	利用料金
おむつの提供	希望に応じて提供いたします。	ご契約者に、実費を負担していただきます。
行事・レクリエーション	ご契約者の希望により、行事・レクリエーション等に参加していただくことができます。その際の活動内容によって費用をいただく場合があります。	※ 別紙参照 ※ 料金は1ヶ月ごとにまとめて清算する場合とその都度清算でお支払いただく場合がございます。
通院・入院などの送迎	ご契約者の希望により、医療機関への通院・入院の介助をいたします。	

(2) サービス料金 (1単位×10.14円)

介護度	1日当り単価	①1ヶ月料金(1割負担)	介護保険からの給付額(9割)	介護サービス料金
要支援 1	183	5,567円	50,101円	55,668円
要支援 2	313	9,522円	85,692円	95,214円

介護度	②協力医療連携加算	③サービス提供体制強化加算	④科学的介護推進体制加算	⑤生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	⑥生活機能向上連携加算(Ⅱ)	⑦介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	①+②+③+④+⑤+⑥+⑦ 自己負担総額
要支援 1	102円	670円	41円	11円	203円	818円	7,412円
要支援 2						1,325円	11,874円

- ☆ 上記の月額は1ヶ月30日にて算定しております。
- ☆ 協力医療機関連携加算(100単位)・科学的介護推進体制加算(40単位)・生産性向上推進体制加算(Ⅱ)(10単位)・生活機能向上連携加算(Ⅱ)(200単位)は1ヶ月毎の加算となります。
- ☆ サービス提供体制強化加算は1日毎の加算となります。(1日/22単位)
- ☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- ☆ 各加算の他、条件により一時的に以下加算が追加される場合があります。
 - ・退院・退所時連携加算・30日を超える入院後、医療機関との連携を行う事で退院時より特定施設入居者介護利用した際など30日間に限り算定(31円/日)。
 - ・退去時情報提供加算・特定施設入居者生活介護利用者が入院された際に医療機関に情報提供した際に限り算定(254円/回)。

(3) 利用料金の支払方法 (契約書第5条参照)

(Ⅰ)介護保険給付サービスの場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたしますので毎月15日までに以下のいずれかの方法にてお支払ください。ただし、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金額とします。 <p>①窓口にて現金支払 ②指定口座への振込み ② 金融機関からの自動引落とし</p>
------------------	--

5. 協力医療機関

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記の医療機関において診療や入院治療を受ける事が出来ます。

(但し、下記の医療機関での診療・入院治療を義務づけるものではありません)

医療機関の名称	医療法人 札幌宮の沢病院
院長名	日野 裕介
所在地	札幌市手稲区西宮の沢1条4丁目14番35号
電話番号	011-685-3838
診察科	内科
入院設備	ベッド数 355床

医療機関の名称	医療法人社団 白水会 木の実歯科医院
管理者	箕輪 隆宏
所在地	札幌市手稲区西宮の沢1条4丁目10番17号
電話番号	011-685-8211
診察科	歯科

6. 苦情の受付について

当施設では、以下の方法で苦情やご相談を受け付ける専用窓口を設けています。

ご利用方法	①電話 (011) 694-1011 ②面接 随時 ③苦情箱 1階 事務所カウンター前の設置
窓口担当者	村田 一広 (生活相談員)
受付時間	平日 9:00~17:00 対応手順については別紙参照

7. 施設を退所または利用を停止していただく場合

契約の有効期間中に以下のような事項に該当するに至った場合は、当施設から退所または特定施設利用の停止をしていただくことになります。

- ① 要支援認定及び要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ② 事業者がやむを得ない事由により特定施設を閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消され場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ ご契約者から退所又は利用停止の申出があった場合（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退所又は利用停止を申出することができます。その場合には、退所又は利用停止を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

但し、以下の場合には即時に解約、解除し、施設を退所又は利用停止することができます。

介護保険給付対象外サービスの利用料金に同意できない場合

ア、ご契約者が入院された場合

イ、事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める特定施設サービスを実施できない場合

ウ、事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合

エ、事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続し難い重大な事情が認められる場合

オ、他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、若しくは傷つける恐れがある場合

- ⑥ 事業者からの退所又は利用停止の申出を行った場合（契約解除）

ア、ご契約者が契約締結時に、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合

イ、ご契約者によるサービス料金の支払いが6ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合

ウ、ご契約者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者若しくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為行うこと等によって、本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合

エ、ご契約者が連続して3ヶ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合若しくは入院した場合

オ、ご契約者が介護老人福祉施設又は介護老人保健施設に入所した場合若しくは介護療養型医療施設に入院した場合

契約終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、おかれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

介護予防特定施設入居者生活介護サービスの提供の開始に際し、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 ホワイトキャッスル（介護予防特定施設入居者生活介護）

説明者職員名

氏 名

㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護予防特定施設入居者生活介護サービスの提供を開始することに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

利用者の家族など 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

続 柄 _____

「指定特定施設入居者生活介護」重要事項説明書

令和6年6月1日 現在

当施設は介護保険の指定を受けています。
(北海道指定 第 0170401681号)

当施設のご契約者に対して指定特定入居者生活介護サービスを提供いたします。
施設の概要や提供サービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。

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。尚、要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆ 目 次 ◆◆

事業所の概要、居室の概要	・ P1
職員の配置状況、勤務体制	・ P2
提供するサービスと利用料金	・ P3～P5
協力医療機関、苦情の受付について	・ P6～P7
施設を退所、または利用を停止していただく場合	・ P8～

1. 事業所の概要

(1) 設置法人

法人名	社会福祉法人 緑誠会
法人所在地	札幌市手稲区西宮の沢4条3丁目3番45号
代表者名	理事長 田中 誠児
電話番号	(011) 683-5521

(2) 利用施設

施設の種類	指定特定施設入居者生活介護 平成18年1月1日指定
施設の名称	ケアハウス ホワイトキャッスル
施設長名	施設長 五十嵐 貴則
施設の所在地	札幌市手稲区西宮の沢1条4丁目14番10号
電話番号	(011) 694-1011
FAX番号	(011) 694-1007
開設年月日	平成7年8月1日
定員	21名

(3) 事業の目的と運営方針

利用者の介護度にあったサービスを提供することで、本人の有する生活能力を引き出し、いつまでも自立した生活を送れるよう生活全般をサポートします。

24時間体制で、介護スタッフによる質の高いサービスを提供し、住み慣れた環境で不安のない生活を過ごしていただくよう努めます。

2. 居室の概要

設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	21室	26.6 ⁹ m ² （1人あたり）
食堂	1室	
機能訓練室	1室（多目的室使用）	
家族介護者教室	1室	
一般浴室	3室	一般浴（男女別）2室 個人浴1室
便所	21室（各自室）	個室に含
洗面所	21室（各自室）	個室に含
一時介護室	1室	8.5 ³ m ²

* 左記は、厚生労働省が定める基準により、指定特定施設入居者生活介護に必置が義務づけられている施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

◎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いたします。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やご家族等と協議の上、決定するものとします。

3. 職員の配置状況

当施設では、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する職員として、以下の職種の職員を配置いたします。

(定員21名に対する職員配置状況)

職 種	区 分		常勤換算 後の 人員	事業者指 定の基準	保有資格
	常 勤	非常勤 (兼務)			
管理者	1		1	1	社会福祉主事（任用）
生活相談者	1		1	1	介護支援専門員
介護職員	7	0	7	6	介護福祉士
看護職員	1		1	1	看護師
計画作成担当者		1	1	1	介護支援専門員
機能訓練指導員		1	1	1	看護師

(職員の勤務体制)

従業者の職種	勤 務 体 制	休 暇
管理者	勤務時間（9：00～17：00） 常勤で勤務	4週7休他 ※年末年始 ※国民の休日 (振替休日 を含む)
生活相談員	勤務時間（9：00～17：00） 半日勤務（9：00～12：00）	
看護職員	勤務時間（9：00～17：00） 常勤で勤務	
介護職員	勤務時間（9：00～17：00） 早番①（7：20～15：20） 早番②（8：00～16：00） 遅番（11：00～19：00） 夜間勤務（16：45～8：45） 半日勤務（9：00～12：00）	
介護職員	・昼間は、原則として職員1名あたり入居者3名のお世話をします。 ・夜間は、原則として夜勤職員1名あたり入居者21名のお世話をいたします。	

4. 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) 当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

(Ⅰ) 利用料金が介護保険から給付される場合※介護保険負担割合証に準じます

(Ⅱ) 利用料金の全額をご契約者に負担していただく場合

(Ⅰ) ①介護保険給付サービス

種 類	内 容	利 用 料 金
食 事	<ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士が作成する献立表により栄養並びにご契約者の身体の状況配慮した食事を提供いたします。 食事はできるだけ離床して食堂で摂っていただけるよう配慮します。 朝食時間 7：30～9：00 昼食時間 11：45～13：00 夕食時間 17：30～19：00	通常、利用料金の1割をご契約者が負担し、残りの9割は介護保険から給付されます。 <u>※介護保険負担割合証に準じます</u> 協力医療機関連携加算
排泄の介助	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状況に応じた適切な排泄の介助の自立にむけた援助をおこないます。 	夜間看護体制加算
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> 週2回以上の入浴または清拭を行います。 入浴時に見守りまたは状況に応じて入浴介助を行います。 	サービス提供体制強化加算
清掃・洗濯	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状況等、必要に応じ職員が居室の清掃・衣類などの洗濯を行います。 	科学的介護推進体制加算
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 シーツの交換等、清潔で快適な生活を送れるよう、適切な整容が行われるよう援助いたします。 	生産性向上推進体制加算(Ⅱ) ADL維持等加算(Ⅱ)
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 看護師が薬剤管理を含め、日常の健康管理をいたします。 緊急時必要な場合には、主治医あるは協力医療機関の責任をもって引き継ぎます。 ご契約者の希望により協力医療機関に通院する場合は、その介添えをいたします。 	生活機能向上連携加算(Ⅱ) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> 当施設は、入居者及びその家族からの相談について誠意をもって対応し、可能な限り必要な援助を行います。 	

②協力医療機関連携加算 100単位/月

協力医療機関との連携体制を構築するため利用者の病歴などの情報共有や急変時などにおける対応の確認などを行う会議を定期的開催することで創設された加算。

③夜間看護体制加算 9単位/日

看護職員が自宅でのオンコールの連絡体制をとるなどし、夜間の緊急時には医療機関と連絡して対応を図るための加算です。

④サービス提供体制強化加算 22単位/日

特定施設の入居者が重度化した場合でも、引き続き、当該施設においてサービスを提供し続けるための手厚い介護体制の確保を推進する観点から創設された加算です。

⑤科学的介護推進体制加算 40単位/月

科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出とフィードバック情報の活用により、介護サービスの質の評価と科学的介護の取り組みを推進するために創設された加算。

⑥生産性向上推進体制加算 10単位/月

介護現場における生産性向上に資する取り組みの促進を図る観点から委員会の開催や安全対策を講じたうえで1つ以上テクノロジーを導入し業務改善を行う事で創設された加算。

⑦ADL維持等加算(Ⅱ)

利用者の健康状態・身体機能維持が適切に出来ていることの評価を数値化し、得られる値によって年度により算定単位数の異なる加算（30単位もしくは60単位）。

⑧生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200単位/月

リハビリを提供している施設より理学療法士等に三月に一度訪問していただき個別機能訓練計画を作成し機能訓練の助言及び評価をしてもらう事で得られる加算。

⑨介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

所定の要件を満たしている場合、利用総単位数（基本+単価）に12.8%を乗じる。

（Ⅱ）介護保険の給付対象とならないサービス（自費負担）

種類	内容	利用料金
おむつの提供	希望に応じて提供いたします。	ご契約者に、実費を負担していただきます。
行事・レクリエーション	ご契約者の希望により、行事・レクリエーション等に参加していただくことができます。その際の活動内容によって費用をいただく場合があります。	※ 別紙参照 ※ 料金は1ヶ月ごとにまとめて清算する場合とその都度清算でお支払いいただく場合がございます。
通院・入院などの送迎	ご契約者の希望により、医療機関への通院・入院の介助をいたします。	

(2) サービス料金 (1単位×10.14円)

介護度	1日当り単価	①1ヶ月料金 (1割負担)	介護保険からの 給付額 (9割)	介護サービス 料金
要介護 1	542	16,488円	148,388円	164,876円
要介護 2	609	18,526円	166,731円	185,257円
要介護 3	679	20,656円	185,895円	206,551円
要介護 4	744	22,633円	203,691円	226,324円
要介護 5	813	24,732円	222,582円	247,314円

介護度	② 協力 医療 連携 加算	③ 夜間看 護体制 加算	④ サービ ス提供 体制強 化加算	⑤ 科学的 介護推 進体制 加算	⑥ 生産性向 上推進体 制加算 (Ⅱ)	⑦ ADL 維持等 加算 (Ⅱ)	⑧ 生活機 能向上 連携加 算(Ⅱ)	⑨ 介護職員 等処遇 改善加 算(Ⅰ)	① + ② + ③ + ④ + ⑤ + ⑥ + ⑦ + ⑧ + ⑨ 自己負担総額
要介護 1	102円	274円	670円	41円	11円	61円	203円	2,259円	20,109円
要介護 2								2,519円	22,407円
要介護 3								2,792円	24,810円
要介護 4								3,046円	27,041円
要介護 5								3,314円	29,408円

- ☆ 上記の月額は1ヶ月30日にて算定しております。
- ☆ 協力医療機関連携加算(100単位)・科学的介護推進体制加算(40単位)・生産性向上推進体制加算(10単位)・ADL維持等加算(60単位)・生活機能向上連携加算(200単位)は1ヶ月毎の加算となります。
- ☆ 夜間看護体制加算は1日毎の加算となります。(1日/9単位)
- ☆ サービス提供体制強化加算は1日毎の加算となります。(1日/22単位)
- ☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- ☆ 各加算の他、条件により一時的に以下加算が追加される場合があります。

- ・退院・退所時連携加算・30日を超える入院後、医療機関との連携を行う事で退院時より特定施設入居者介護利用した際など30日間に限り算定(31円/日)。
- ・退去時情報提供加算・特定施設入居者生活介護利用者が入院された際に医療機関に情報提供した際に限り算定(254円/回)。

(3) 利用料金の支払方法（契約書第5条参照）

(I) 介護保険給付サービス の場合	<ul style="list-style-type: none">・ 利用料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたしますので毎月15日までに以下のいずれかの方法にてお支払ください。ただし、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金額とします。 <ol style="list-style-type: none">①窓口にて現金支払②指定口座への振込み③金融機関からの自動引落とし
-----------------------	--

5. 協力医療機関

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記の医療機関において診療や入院治療を受ける事が出来ます。

(但し、下記の医療機関での診療・入院治療を義務づけるものではありません)

医療機関の名称	医療法人 札幌宮の沢病院
院長名	日野 裕介
所在地	札幌市手稲区西宮の沢1条4丁目14番35号
電話番号	011-685-3838
診察科	内科
入院設備	ベッド数 355床

医療機関の名称	医療法人社団 白水会 木の実歯科医院
管理者	箕輪 隆宏
所在地	札幌市手稲区西宮の沢1条4丁目10番17号
電話番号	011-685-8211
診察科	歯科

6. 重度化した場合における対応に係る指針

①重度化した場合

当施設では、利用者が住み慣れた環境での生活を維持できるよう医療関係者・家族等と協力して対応していきますが、身体機能が著しく低下及び精神的疾患等により常時介護が必要、あるいは医療的管理が継続的に必要となり特定施設での生活が困難になってきたと施設が判断した場合は、当施設に医療設備がないことから、本人・家族等と相談のうえ病院などの医療機関や他の施設等に移る対応をとるものとする。

②夜間及び緊急時の連絡と対応について

利用者に病状の急変などがあった場合は、速やかにかかりつけ医・当施設の協力病院・緊急連絡先（家族等）へ連絡いたします。また、夜間においては「夜間緊急時の連絡・対応マニュアル」に則り、夜勤介護職員と看護師・医療機関等や施設職員との連携により、24時間の連絡体制を確保しており、健康上の管理等を行います。

7. 苦情の受付について

当施設では、以下の方法で苦情やご相談を受け付ける専用窓口を設けています。

ご利用方法

- ①電話 (011) 694-1011
- ②面接 随時
- ③苦情箱 1階 事務所カウンター前の設置

窓口担当者

村田 一広（生活相談員）

受付時間

平日 9:00～17:00
対应手順については別紙参照

8. 施設を退所または利用を停止していただく場合

契約の有効期間中に以下のような事項に該当するに至った場合は、当施設から退所または特定施設利用の停止をしていただくことになります。

- ① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ② 事業者がやむを得ない事由により特定施設を閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消され場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ ご契約者から退所又は利用停止の申出があった場合（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退所又は利用停止を申出することができます。その場合には、退所又は利用停止を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

但し、以下の場合には即時に解約、解除し、施設を退所又は利用停止することができます。

介護保険給付対象外サービスの利用料金に同意できない場合

ア、ご契約者が入院された場合

イ、事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める特定施設サービスを実施できない場合

ウ、事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合

エ、事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続し難い重大な事情が認められる場合

オ、他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、若しくは傷つける恐れがある場合

⑥ 事業者からの退所又は利用停止の申出を行った場合（契約解除）

ア、ご契約者が契約締結時に、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合

イ、ご契約者によるサービス料金の支払いが6ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合

ウ、ご契約者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者若しくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うこと等によって、本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合

エ、ご契約者が連続して3ヶ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合若しくは入院した場合

オ、ご契約者が介護老人福祉施設又は介護老人保健施設に入所した場合若しくは介護療養型医療施設に入院した場合

契約終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、おかれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

特定施設入居者生活介護サービスの提供の開始に際し、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 ホワイトキャッスル（特定施設入居者生活介護）

説明者職員名

氏名

㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、特定施設入居者生活介護サービスの提供を開始することに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ ㊞

利用者の家族など 住所 _____

氏名 _____ ㊞

続柄 _____