

認知症対応型共同生活介護 凜 重要事項説明書

1 事業主体概要

事業主体名	合同会社しずない介護サービス
法人の種類	合同会社
代表者名	代表社員 遠藤 敏弘
所在地	日高郡新ひだか町静内神森248番地10
基本理念	「誰もが住み慣れた場所でごく普通に暮らせる幸せを創造する」 <ul style="list-style-type: none">・コンプライアンスを推進する・高品質のサービスを提供する・優秀な人材の育成に注力する・地域包括ケア体制を構築する・適性利益を継続的に確保する

2 事業所の概要

事業所名	認知症対応型共同生活介護 凜
目的	合同会社しずない介護サービスが開設する認知症対応型共同生活介護 凜(以下「事業所」という)が行う認知症共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護(以下「事業」という)の適正な運営を確保する為に人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の介護職員が、要介護状態(介護予防にあたっては要支援2)であって認知症の状態にある高齢者に対し「住み慣れた地域」において「家庭的な環境」の下で、「時間がゆるやかに」流れ「専門的スタッフ」に「さりげなく見守られ」認知症の状態にある人、一人ひとりが、その人らしい生活を再構築していく住まい(家)若しくはケア(支援)を提供する事を目的とする。
運営方針	「すべての人々が自立、尊厳を持って暮らせる質の高いサービスを提供します」 <ul style="list-style-type: none">・これまでの生活を継続できる個別ケアを行います・その人らしく生活してもらうための支援をします・できる限りおむつを使わない排泄ケアを目指します・「食べたい」を可能にするセレクトメニューを行います・身体拘束ゼロを厳守します・看取り介護体制の充実を目指します・地域の「介護拠点」としての役割を担います

管 理 者	壁 岸 由 香
開設年月日	平成30年3月15日
所 在 地	日高郡新ひだか町静内神森248番地10
電 話 番 号	0146-49-0901
F A X 番 号	0146-42-1910
居室の概要	6畳 9室(個室)
共用施設の概要	トイレ、洗面所、浴室、脱衣室、台所、居間、食堂、玄関、ユーティリティー、その他
緊急対応、防火設備等	ナースコール(各居室)、自動火災通報装置、消火器等、火災報知器、スプリンクラー、

3 協力医療機関

- | | | |
|---|---------|-----------------------|
| 1 | 協力医療機関名 | 山田クリニック |
| | 診療科目 | 内科 |
| | 所在地 | 日高郡新ひだか町静内旭町1丁目30番27号 |
| 2 | 協力医療機関名 | 山口歯科医院 |
| | 診療科目 | 歯科・矯正歯科 |
| | 所在地 | 日高郡新ひだか町静内御幸町3丁目1番72号 |
| 3 | 協力医療機関名 | 石井病院 |
| | 診療科目 | 精神科・神経科・内科 |
| | 所在地 | 日高郡新ひだか町静内高砂町3丁目3番1号 |

4 職員体制

管理者	1名(常勤1名、計画作成担当者と兼務) 管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている事業の実施に関し、事業所の介護従業者に対し遵守すべき事項において指揮命令を行います。
計画作成担当者	2名(常勤兼務2名、その内介護支援専門員1名) 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画を作成するとともに、連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、医療機関等との連絡・調整を行います。
介護従業者	10名以上 介護従業者は利用者に対して、介護サービスを提供します。

5 勤務体制

昼間の体制	日勤	8：30～17：30	(3名以上)
	早出	7：00～16：00	(1名)
	遅出	10：00～19：00	(1名)
夜勤の体制	夜勤	16：00～翌9：00	(1名)

6 サービス及び利用料等

保険給付サービス 食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの支援・機能回復支援・訪問看護による健康管理・相談・支援等は要介護等(介護予防に当たっては要支援2)に応じて包括的に提供され、各利用者の負担割合に応じた額になります。尚、介護報酬改定により変更になる場合には、改めて説明して同意を頂きます。

介護度	サービス利用料 (1割負担、1日につき)	サービス利用料 (2割負担、1日につき)	サービス利用料 (3割負担、1日につき)
要支援2	761円	1,522円	2,283円
要介護1	765円	1,530円	2,295円
要介護2	801円	1,602円	2,403円
要介護3	824円	1,648円	2,472円
要介護4	841円	1,682円	2,523円
要介護5	859円	1,718円	2,577円

保険対象外サービス 下記料金に従い利用に応じた自己負担となり料金の改定は理由を付して事前に連絡される。

居室の提供 個室：35,000円/月 ※ 但し、生活保護受給者は住宅扶助の基準額とする。

食材料費 1,430円/日

オムツその他及び 実費負担

個人消耗品の費用

その他サービス 光熱費：10,000円/月

暖房費：10,000円/月(9月～5月)

家賃(入居時) 35,000円(当月分家賃)

加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

《認知症対応型共同生活介護》

加算	基本単位	利用料	利用者負担額			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
初期加算	30	300円	30円	60円	90円	入居日から30日間の加算料金
協力医療機関連携加算1	100	1,000円	100円	200円	300円	当該加算の算定要件を満たす場合の1月当たりの加算料金
協力医療機関連携加算2	40	400円	40円	80円	120円	
医療連携体制加算Ⅰ1	57	570円	57円	114円	171円	当該加算の算定要件を満たす場合の1日当たりの加算料金
医療連携体制加算Ⅰ2	47	470円	47円	94円	141円	
医療連携体制加算Ⅰ3	37	370円	37円	74円	111円	
医療連携体制加算Ⅱ	5	50円	5円	10円	15円	
看取り介護加算1	72	720円	72円	144円	216円	死亡日以前31日以上45日以下
看取り介護加算2	144	1,440円	144円	288円	432円	死亡日以前4日以上30日以下
看取り介護加算3	680	6,800円	680円	1,360円	2,040円	死亡日以前2日又は3日
看取り介護加算4	1,280	12,800円	1,280円	2,560円	3,840円	死亡日
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	220円	22円	44円	66円	当該加算の算定要件を満たす場合の1日当たりの加算料金
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	180円	18円	36円	54円	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	60円	6円	12円	18円	

要介護度による区分なし

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 186/1000	左記単位数 ×地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割	当該加算の算定要件を満たす場合の1月当たりの加算料金
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の 178/1000					
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の 155/1000					

《介護予防認知症対応型共同生活介護》

加算	基本単位	利用料	利用者負担額			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
初期加算	30	300円	30円	60円	90円	入居日から30日間の加算料金
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	220円	22円	44円	66円	当該加算の算定要件を満たす場合の1日当たりの加算料金
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	180円	18円	36円	54円	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	60円	6円	12円	18円	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 186/1000	左記単位数 ×地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割	当該加算の算定要件を満たす場合の1月当たりの加算料金
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の 178/1000					
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の 155/1000					

7 介護保険の給付外でのサービスの内容及び取扱いについて。

(1) 金銭管理について

利用者及びその家族から自らの金銭を管理することが困難な場合は、利用者の申し出により事業者において預かり金依頼書の記名、押印を持って金銭の管理を

代行いたします。詳細は次の通りです。

- ①管理限度額 日常生活に必要な相当額とします。
- ②管理形態 金銭をお預かりし管理します。但し、利用者の特別な申し出により、事業者が管理可能と認めた場合には自己による管理を可能とします。

8 衛生管理

事業所は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように努めます。尚、事業所で「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」を作成し、その指針に基づき行なっていきます。

9 緊急時の対応

事業所は、現にサービスを提供しているときに利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治の医師、または協力医療機関の医師等に連絡を取る等必要な措置を講じます。

10 事故発生時の対応

事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族に連絡を行なうとともに、必要な措置を行ないます。また、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行ないます。尚、その損害賠償を適切に対応がとれるように、損害賠償保険に加入しています。

11 苦情の受け付けについて（契約書第23条参照）

(1)当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受付ます。

- 苦情受付窓口(担当者)

職・氏名 職・氏名 管理者 壁 岸 由 香

- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

また、苦情受付ポストを玄関に設置しています。

(2)行政機関、その他の苦情受付機関

日高中部広域連合 所在地 日高郡新ひだか町静内緑町4丁目5番1号
電話番号 0146-42-5103
F A X 0146-45-0122

国民健康保険団体連合会 所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館
電話番号 011-231-5161
FAX 011-233-2178

北海道社会福祉協議会 所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 かでの2, 7
電話番号 011-241-3766
FAX 011-251-3971

1.2 個人情報の保護

事業所は、利用者又は家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めます。また、利用者又は家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しませんが、外部への情報提供についてはあらかじめ利用者又は家族の同意を書面にていただきます。

1.3 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の養護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じています。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催します。（「高齢者虐待防止委員会」）
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。（「高齢者虐待防止のための指針」）
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施する担当者を設置します。

担当者：管理者 壁岸 由香

また、サービス提供中に事業所従業者又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

1.4 身体拘束

事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為はしません。やむを得ず身体拘束を行う場合は、その態様及び時間、心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。尚、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的で開催します。（「身体的拘束等適正化検討委員会」）
- (2) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。（「身体的拘束等の適正化のための指針」）
- (3) 身体的拘束等の適正化をすすめるための定期的な研修を実施します。

(4) 前3号に掲げる措置を適切に実施する担当者を設置します。

担当者：管理者 壁岸 由香

1.5 運営推進会議

事業所の行う事業内容等が適切に行われ、地域に開かれたサービスとして、質の確保がなされているかの評価を受けるとともに、地域の要望や助言等を聞かせてもらう機会として、2月に1回運営推進会議を開催しています。

1.6 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する事業の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、その計画に従い必要な措置を講じます。

- (1) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- (2) この計画は、定期的に見直しを行い、必要に応じて内容等を変更します。

1.7 その他

- (1) 事業所は、全ての介護従業者に対し認知症介護に係る基本的な研修を受講してもらいます。また、従業者の質的向上を図るための研修を毎月行っています。
- (2) 事業所は、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動により、従業者の就業環境が害されることを防止するための指針を明確化して、必要な措置を講じています。〔「ハラスメント防止対策に関する指針」〕

年 月 日

認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

認知症対応型共同生活介護 凜

説明職氏名

管理者

壁 岸 由 香

印

私は、本書面にに基づいて事業者から重要事項の説明を受け、認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護の提供開始に同意しました。

利用者氏名

契約者（親族代表者）

住 所

氏 名

印

続 柄

- * この重要事項説明書は、厚生労働省第39号（平成12年3月31日）第4条の規程に基づき、入居申込み者又は、ご家族への重要事項の説明のために作成したものです。