

指定認知症対応型共同生活介護・指定予防介護認知症対応型共同生活介護

福祉コミュニティ高岡あいの風 重要事項説明書

指定認知症対応型共同生活介護・指定予防介護認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、重要事項を以下のとおり説明する。

1. 担当事業所の名称

事業主体(法人名)	社会福祉法人あいの風福祉会
指定番号	1690200595
所在地	〒933-0941 富山県高岡市内免5丁目50番1
電話番号及びFAX番号	電話 0766-26-0311 FAX0766-26-0312
事業所の形態	単独型

2 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	社会福祉法人あいの風福祉会が設置する福祉コミュニティ高岡あいの風(以下「事業者」という。)が行う共同生活住居の入居者に対する地域密着型サービスに該当する指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護(以下「共同生活介護」という。)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、共同生活住居の管理者や従業員が、要支援2以上、もしくは要介護者であって認知症の状態にあるもの(当該認知症に伴って著しい精神症状を呈する者及び当該認知症に伴って著しい行動異常がある者並びにその者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。以下同じ。)に対し、24時間の適切なサービスを提供することを目的とする。
運営の方針	<p>1 家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、及び機能訓練を24時間体制下で行うことにより、入居者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにする。</p> <p>2 入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立った共同生活介護の提供に努める。</p> <p>3 地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。</p> <p>4 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。</p> <p>5 事業所は、指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕を提供するに当たっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとする。</p>

3. 担当事業所の従業員の職種、職務内容、員数及び勤務体制

職 種	職務内容	員数	勤 務 体 制
管理者	事業内容調整	1	常勤1
計画作成担当者	介護職員	1	常勤1(介護職員兼務)
介護職員(日勤者)	介護職員	6以上	常勤換算6以上
看護職員	看護職員	1	非常勤1以上

共同生活住居の従業員の職種、員数及び職務の内容は次のとおりとする。

一 管理者 1人

専ら共同生活住居の職務に従事する常勤の者で共同生活住居の従業員の管理、業務実施状況の把握、その他の管理を一元的に行うとともに、従業員にこの規程を遵守させるための必要な指揮命令を行う。

二 計画作成担当者 1人

利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した共同生活介護計画を作成する。

三 介護従業者 6人(常勤換算)以上

管理者の指示を受け、入居者の日常生活状況等の把握に努め共同生活介護計画に基づき必要な食事、入浴及び排泄等の援助並びに金銭管理の指導、健康管理の助言等生活指導を行うとともに緊急時等の対応を行う。

四 看護職員 1人以上(非常勤)

看護師は利用者の健康状態を把握し、関係医療機関との連携を行う。

4. 事業所の営業日及び営業時間

年中無休・24時間対応

5. 認知症対応型共同生活介護費等(介護保険適用サービス)

介護保険が適用される利用者については、原則として提供した認知症対応型共同生活介護費及び予防介護認知症対応型共同生活介護費、下記の料金表(10割相当額)の介護保険負担割合相当分をお支払いいただきます。ただし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、利用者の負担額を変更します。各料金は一日あたりの介護報酬(10割相当額)です。利用者が以前に保険料の滞納がある場合は、利用者から10割をお支払いいただき、当事業所が発行するサービス提供証明書をもって差額の支払いを受けることができます。

・1日あたりの介護報酬(10割相当額)

区分	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
認知症対応共同生活介護費	7,490円	7,530円	7,880円	8,120円	8,280円	8,450円
医療連携加算(I)	-	370円	370円	370円	370円	370円
医療連携加算(II)		50円	50円	50円	50円	50円
初期加算	300円	300円	300円	300円	300円	300円
夜間支援体制加算	250円	250円	250円	250円	250円	250円
サービス提供体制強化加算(I)	220円	220円	220円	220円	220円	220円
(II)	180円	180円	180円	180円	180円	180円
(III)	60円	60円	60円	60円	60円	60円

1 上記の金額は、1日あたりの介護報酬(10割相当額)です。

2 初期加算は、入居日から30日間加算されます。

3 医療連携加算・サービス提供体制強化加算・夜間支援体制加算は事業所として加算体制が整った場合加算されます。

4 医療連携加算(I)

イ:事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること

ロ:事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置していること。

ハ:事業所の職員として、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること。

5 協力医療機関連携加算

高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築する観点から、入居者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入居者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を定期的(概ね月に1回程度 ZOOM 可)に開催すること。

I:事業所が利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ協力医療機関並びに協力歯科医療機関を定めた場合……………100単位/月

II:上記以外の医療機関の場合..... 40 単位/月

6 利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合であって、入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれる場合、退院後、当該事業所に入居する場合、1月に6日を限度として1日/246単位を算定させていただきます。

7 高齢者施設等感染対策向上加算

① 高齢者施設等感染対策向上加算I

新興感染症の発生時に、第二種協定指定医療機関と連携体制を確保していること並びに新興感染症以外の一般的な感染症の発生時の対応について、協力医療機関と対応方法を取り決め、連携し適切に対応している場合かつ感染対策向上加算や外来感染対策向上加算を満たす医療機関や地域の医師会が実施する感染対策の研修・訓練に1年に1回以上参加し、助言や指導を受けている場合。.....10 単位/月

② 高齢者施設等感染対策向上加算II

感染対策向上加算や外来感染対策向上加算を満たす医療機関から、感染者が発生した場合の感染対策について3年に1回以上の実地指導を受けている場合.....5 単位/月

8 新興感染症等施設療養費

利用者が、厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合、相談対応や診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、感染した利用者に対して適切な感染対策を行った上で介護サービスを実施した場合

...240 単位/日(1ヶ月に1回 連続5日を限度として算定)

9 介護職員処遇改善加算※区分支給限度額には含みません。

① 介護職員処遇改善加算I)

介護度別サービス利用料金及び上記該当加算を加えた額の1000分の186に相当する加算

② 介護職員処遇改善加算II)

介護度別サービス利用料金及び上記該当加算を加えた額の1000分の178に相当する加算

10 その他加算におきましても必要な加算体制が整った場合に提供に応じて申し受けます。

・その他の費用(介護保険適用外の全額自己費)

項目	家賃		食材料費	光熱水費	洗濯費
単位	30日	31日	1日あたり	1日あたり	1月
費用	66,000円	68,200円	1,700円	550円	3,000円

※洗濯費は別途消費税がかかります。

※オムツ代・理美容代は実費負担となっております。

※食事代のキャンセル料について

利用予定日の2日前までに申し出があった場合 無料

利用予定日の前日に申し出があった場合 食事代金の50%

利用予定日の当日に申し出があった場合 食事代金全額

6. 協力医療機関

各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変に備えて以下の医療機関との連携体制を整備しています。

内科	小関クリニック	富山県高岡市大坪町2-4-11
歯科	万葉歯科医院	富山県高岡市二上町1087
介護老人保険施設	福祉コミュニティ高岡あいの風	富山県高岡市内免5丁目50番1

7. 利用料金の支払い方法

利用料、その他の費用の請求	利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。利用月分は翌月15日に郵便局自動口座引落としさせていただきます。
---------------	---

8. 利用にあたっての留意事項

被保険者証の提示	サービス利用の際は、介護保険被保険者証を提示してください。
利用開始について	<ul style="list-style-type: none"> ・結核、水痘、疥癬、MRSA 等など、感染症の診断のある方 上記の感染症について事業所の申し出により、サービスの休止・中止・解除又は要望に応じて頂く場合があります。 ① ご利用者様の心身の状況に発症が疑われる変化(体温、血圧、褥瘡等)がみられた場合[送迎時含む]。尚利用中にこの状態が生じた場合には受診及び検査のご協力をお願いいたします。 ② 入院等で本サービス利用を中止し、再度本サービスを利用される場合は対象となる疾患の検査結果が正常とみなされた場合、本サービスを継続できます。 <p>インフルエンザ・ノロウイルス等感染力が強く、感染が蔓延する恐れがある感染症と診断された場合は専門機関への入院、隔離への同意、ご家族様のご協力をお願いいたします。</p> <p>利用の申込みの際は、主治医の診断書を提示いただきます。</p>
サービス提供について	<p>サービスの提供にあたり、やむなくサービス提供の一部を差し控える場合があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者本人がサービス提供行為を強く拒まれ、かつ、利用者家族がその意思に同意された場合 ・サービス提供期間中に前号の状態になった場合
禁止行為	<p>利用者は、事業所内で次の行為をしてはならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、又は自己の利益のために他人の自由を侵すこと。 ・けんか、口論、泥酔などで他の利用者等に迷惑を及ぼすこと。 ・秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。 ・指定した場所以外で火気を用いること。 ・故意に事業所備品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと。 <p>・騒音・暴力行為等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。また無断で他の利用者の宿泊室に立ち入らないようにしてください。</p> <p>ご利用者様及び専有物等の故意又は過失による損害賠償が発生、もしくはその由による損害で事業所の従業者が労災給付を受けた場合(第三者災害)は行政よりご契約者様又はご利用者様に対し直接賠償請求がなされる場合があります。</p>
外泊、外出について	外出・外泊の際は、必ず行く先と帰宅日時を職員に申し出てください。
設備、備品の使用	事業所内の設備や備品は、本来の用法に従ってご利用ください。本来の用法に反した利用により破損等が生じた場合は、弁償していただく場合があります。
私物の持ち込み	ペットの持ち込みはお断りいたします。また、居室に収納できるもの。大きな物は持ち込みできない。他の入居者の迷惑にならないもの。

9. サービスの概要

食事介助	契約した業者(栄養士配置)が献立を作成し、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を計画的に提供いたします。
排泄介助	利用者の状況に応じ、適切な介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	利用者の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。
健康チェック	血圧測定、体温測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。
入浴	定期的に、または、利用者の希望により入浴を行います。

10. 非常災害時の対策

非常災害時の対応方法	日頃から防災教育、避難訓練等に取り組むと共に、災害発生時には、管理者の指示の下、迅速かつ適切に対応を図ります。また、防犯上21時の巡回後、明朝6時まで出入口の施錠をする。
平常時の訓練等	年2回(春・秋)の火災予防運動避難訓練を行います。

11. 緊急時の対応方法

事故発生時や 利用者の体調 悪化時の緊急 時の対応方法	事故発生時等は家族に連絡するとともに、下記経路にて対応と報告を行う
	変化なし…当事者 ⇒ 管理者
	要観察 …当事者 ⇒ 管理者 主治医
	要治療 …当事者 ⇒ 管理者 主治医 代表 市町村
	後遺症 …当事者 ⇒ 管理者 主治医 代表 市町村 警察
死亡 …当事者 ⇒ 管理者 主治医 代表 市町村 警察	
	※事故防止に極力努め、事故発生時は速やかに報告を行い、対応に努めます。重大事故は、市町村に報告し、対応について指導を受けます。 損害賠償問題につきましては、契約書に基づき対処いたします。

12. 秘密の保持

個人情報の使用等及び秘密の保持	<p>個人情報の使用等及び秘密の保持</p> <p>(1)事業所及びその従業者は、利用者及びそのご家族の個人情報を、次に掲げるサービス提供のために必要な範囲内において、使用、提供又は収集(以下、使用等とする)させて頂くとともに、利用者及びそのご家族は予め通知又は公表するものとする。</p> <p>①利用者にサービスを提供するために必要な場合。 ②利用者にかかわる居宅サービス計画及び介護計画の立案、作成及び変更に必要な場合。 ③サービス担当者会議その他介護支援専門員及び関係サービス事業所との情報共有及び連絡調整等のために必要な場合。 ④利用者が医療サービスの利用を希望され、主治医の意見書を求める必要のある場合。 ⑤利用者の容態の変化等に伴い、ご家族、医療機関及び行政機関等に緊急連絡を要する場合。 ⑥行政機関の指導又は調査を受ける場合。 ⑦サービスの質の向上を目的とした第三者評価機関による評価を受ける場合。</p> <p>(2)事業所は、利用者及びそのご家族の個人情報に関して、利用者から開示または訂正の要求がある場合には所定の方法に従い、開示又は訂正するものとする。</p> <p>(3)事業所及びその従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びそのご家族に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏らさないものとする。この守秘義務は、従業者退職後及び本契約終了後も同様とする。</p> <p>⑧厚労省科学的介護システム等に利用者の情報を提供する場合</p>
-----------------	---

13. サービス提供に関する相談・苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ・提供したサービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付ける窓口を設置します。(下記事業所苦情相談窓口)
- ・相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

【円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順】

- ① 利用者又は家族
- ② 苦情相談窓口

- ③ 苦情内容を的確に把握する。
- ④ 個別の相談記録ファイルに苦情内容及び対応内容を記録する。
- ⑤ 担当者会議(法人役員、事業所管理者、計画作成担当者、介護職員)を開催しサービス計画の評価並びに職員の対応等実態を把握する。
- ⑥ サービス計画の見直し等、必要な改善を行い、職員の対応等についても必要な措置を速やかに講ずる。
- ⑦ 苦情処理担当者から、利用者に対応内容を説明し理解を得る。

14. 苦情相談機関

事業所苦情相談窓口	担当者 管理者 中島 将公 連絡先 0766-26-0311 苦情解決責任者 堀 悟史 連絡先 0766-26-0311
事業所外苦情相談窓口	高岡市高齢介護課 0766-20-1365
	富山県国民健康保険団体連合会 介護保険課 076-431-9833
	富山県福祉サービス運営適正化委員会 076-432-3280

15. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	管理者 中島 将公
-------------	-----------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)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、これを市町村に通報します。

16. 身体的拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。
- (2) 非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

17.サービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有
実施した直近の年月日	令和6年10月
第三者評価機関	富山福祉サービス第三者評価推進機構
評価結果の開示状況	事業所内掲示

令和 年 月 日

私は、本説明書にもとづいて、重要事項の説明を確かに受けました。

氏名 :

_____ 印

身元保証人 :

_____ 印

家族代表 : (*身元保証人と同様の場合記入不要)

_____ 印

上記の内容についてこの書面にに基づき利用者に説明を行いました。

事業所名称 : 福祉コミュニティ高岡あいの風

事業者法人名 : 社会福祉法人あいの風福社会

_____ 理事長 網 武志 印