

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
ケアホーム国吉あいの風 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）	ユニバーサルトラスト株式会社
指定番号	1690200108
所在地	〒933-0968 富山県高岡市国吉 752 番地 1
電話番号及びFAX番号	電 話 0766-32-1333 FAX 0766-32-1334
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	ユニバーサルトラスト株式会社が設置するケアホーム国吉あいの風（以下「事業所」という。）が行う指定認知症対応型共同生活介護（以下「サービス」という。）は要介護者の居宅及び事業所において、療養上の管理の下で、家庭的な環境と地域住民との交流を通じ、必要な日常生活上の援助を行い、利用者がその有する能力に応じ、心身の機能の維持回復を図るとともに、機能訓練及び居宅において自立した日常生活を営むことができることを目的とする。
運営の方針	1 当事業所において提供する認知症対応型居宅介護サービスは、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の主旨及び内容に従い、利用者の意思及び人格を尊重し、介護計画に基づき、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう目標を設定してサービスを提供することにより、利用者の機能訓練及び日常生活または療養生活の支援を行う。 2 事業の実施にあたっては、高岡市・地域包括支援センター・地域の保健医療機関及び福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

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（日勤者）	介護職員	6以上	常勤換算 6以上 非常勤1（看護職員兼務）
看護職員	看護職員	1	非常勤1（介護職員兼務）

共同生活住居の従業者の職種、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者の管理、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、従業者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

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の各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額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	7,610円	7,650円	8,010円	8,240円	8,410円	8,590円
医療連携加算(Ⅰ)ハ	-	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	390円	300円	300円	300円
夜間支援体制加算	500円	500円	500円	500円	500円	500円
入退院支援の取組	2,460円	2,460円	2,460円	2,460円	2,460円	2,460円
口腔・栄養スクリーニング加算	200円/回	200円/回	200円/回	200円/回	200円/回	200円/回
栄養管理体制加算	300円/月	300円/月	300円/月	300円/月	300円/月	300円/月
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	1,000円/月	1,000円/月	1,000円/月	1,000円/月	1,000円/月	1,000円/月
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	2,000円/月	2,000円/月	2,000円/月	2,000円/月	2,000円/月	2,000円/月
科学的介護推進体制加算	400円/月	400円/月	400円/月	400円/月	400円/月	400円/月
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・・・57単位/日

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・・・47単位/日

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・・・37単位/日

5 医療連携加算(Ⅱ)

医療連携加算(Ⅰ)のいずれかを算定している場合に医療的ケア(留置カテーテル使用・インスリン注射実施・喀痰吸引実施・褥瘡治療等)が必要な利用者を受け入れた場合に算定。・・・5単位/日

6 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

7 利用者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、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。

8 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

9 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)

10 退居時情報提供加算

医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定。

11 認知症専門ケア加算(Ⅰ)

日常生活自立度Ⅲ以上が利用者全体の半数以上であり、認知症介護実践リーダー研修」及び「認知症看護にかかわる適切な研修」を受講済みの職員を配置したうえでチームとして専門的な認知症ケアを実施している場合、かつ当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導にかかる会議を定期的に開催している場合に算定。・・・3単位/日

12 認知症専門ケア加算(Ⅱ)

認知症専門ケア加算(Ⅰ)の算定要件を満足したうえで認知症介護の指導にかかる専門的な研修を修了している従業者を1名以上配置し、認知症ケアの指導などを実施している場合かつ介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修を実施または実施を予定している場合に算定。・・・4単位/日

13 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)

以下の要件を満たした場合に算定・・・150単位/月

(1) 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上。

(2) 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる。

(3) 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施。

(4) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を実施。

14 認知症チームケア推進加算(Ⅱ)

以下の要件を満たした場合に算定・・・120単位/月

(1) 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)の(1)、(3)及び(4)に掲げる基準に適合。

(2) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる

15 介護職員処遇改善加算 ※区分支給限度額には含まれません。

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

16 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	60,000円	62,000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	藤田内科クリニック	富山県高岡市瑞穂町4-25
歯科	万葉歯科医院	富山県高岡市二上1087
介護福祉施設	特別養護老人ホーム 藤園苑	富山県高岡市早川390-1

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16日に郵便局自動口座引落としと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	サービス利用の際には、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	<p>・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。</p> <p>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。</p> <p>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> <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>利用の申込みに際しては、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> <p>・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</p> <p>・サービス提供期間中に前号の状態になった場合</p>
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> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。</p> <p>・指定した場所以外で火気を用いること。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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>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・外泊の際には、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	
<p>※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。</p> <p>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。</p>	

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利用者サービスを提供するために必要な場合。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
-----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>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。</p> <p>⑥行政機関の指導又は調査を受ける場合。</p> <p>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厚労省科学的介護情報システム等に利用者の情報を提供する場合</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.3 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。

1.4. 苦情相談機関

事業所苦情相談窓口	担当者 管理者 中沖 慶太 連絡先 0766-32-1333 苦情解決責任者 事務局 堀 悟史 連絡先 0766-32-1333
事業所外苦情相談窓口	高岡市役所高齢介護課 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

1.5. 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	職・氏名：管理者 中沖 慶太
-------------	----------------

- (2) 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、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。

1.6. 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	
実施した直近の年月日	
第三者評価機関	
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基つき利用者に説明を行いました。

事業所名称 : ケアホーム国吉あいの風

事業者法人名 : ユニバーサルトラスト株式会社

代表取締役 野尻 貴志

印