

認知症対応型共同生活介護事業

重要事項説明書

有限会社 わかば
うえるケアホーム わかば

認知症対応型共同生活介護
重要事項説明書

令和 年 月 日

この認知症対応型共同生活介護重要事項説明書は、利用希望者が認知症対応型共同生活介護サービスを受けられるに際し、利用希望者やその家族に対し、当法人の事業運営規定の概要や認知症対応型共同生活介護事業者などの勤務体制等、利用希望者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。

1. 当認知症対応型共同生活介護事業サービスについての相談窓口

電話番号	0 5 2－5 2 4－5 7 1 1
施 設 長	高林 妙子 （タカバヤシ タエコ）

＊ ご不明な点は、何でもおたずね下さい。

2. 弊社の概要

（1）法人本部

法 人 名	有限会社 わかば
所 在 地	愛知県名古屋市西区枇杷島4丁目10番5号
代 表 者	代表取締役 村上 知
電話番号	0 5 2－5 2 4－5 7 1 1

（2）提携先

法 人 名	株式会社 地域福祉研究所
所 在 地	本社 広島県福山市本庄町中2丁目6番地28 102
代 表 者	代表取締役 村上 知
電話番号	0 8 4－9 4 4－6 6 7 7

3. 当認知症対応型共同生活介護事業の概要

（1）当事業所の内容等

事業所名	うえるケアホーム わかば
所 在 地	愛知県名古屋市西区枇杷島4丁目10番5号
電話番号	0 5 2－5 2 4－5 7 1 1
介護保険事業者番号	2 3 7 0 4 0 1 0 4 0
当事業所のその他のサービス	介護予防認知症対応型共同生活介護 共用型認知症対応型通所介護

（2）事業所の職員体制

職 種	勤務形態
施設長（管理者）	常勤勤務 1名
介護従事者	常勤 10名以上 非常勤 若干名 （うち、計画作成担当者1名）

（3）設備の概要

居室（全戸室）	10.00 m ²	台所	各階1ヶ所
浴室	各階1ヶ所	食卓・居間	各階1ヶ所
トイレ	各階3ヶ所	談話コーナー	1階1ヶ所

4. 当事業所の特徴、サービスの内容について

有限会社わかばが運営する認知症対応型共同生活介護事業所「うえるケアホーム わかば」では、家庭的でこじんまりとした生活空間の中、少人数の認知症高齢者が継続的なグループを保ち、ケアを受けながら、できるだけ自立して生活するための『家』です。ベッドなどで画一的なケアを受けるのを待っているのではなく、『生活の主体者』となり、個々に残された残存機能を最大限に活かせるよう必要なケアを提供します。

グループホーム「うえるケアホーム わかば」の基本とするところは、「認知症高齢者が、自らの家で普通の生活を送ることが出来るような環境作り」を行うことです。したがって入居される利用者は「介護を受ける者」ではなく、『生活する主体』として、また、スタッフは「介護の提供者」ではなく、「生活のパートナー（うえるケアホーム わかばでは、リビングパートナーと呼びます。）」としての意識を共有することが重要だと考えています。具体的には、入居される利用者それぞれの、認知症対応型共同生活介護計画を作成して、買い物、食事の支度、掃除、洗濯等を「共同」で行い、利用者の出来ない部分を「さりげなくサポート」していきます。

「うえるケアホーム わかば」は、「ゆったりと自由な暮らし」「穏やかで安らぎのある暮らし」「自分らしさや誇りを保った暮らし」といったことを実現することを目指し日常のケアにあたります。

5. 入居に関する費用等について

(1) 敷金の取り扱い

敷金は、家賃の2ヶ月分として140,000円をお預かりさせていただきます。敷金は、退居時の居室の整備（クロス貼り替え・清掃・残置物の処分等）や原状回復（修理が必要な場合）に必要な費用を差し引かせて頂きます。

※1. 利用者は退居するまでの間、敷金をもって賃料、共益費その他の債務と相殺をすることはできません。

※2. 入居期間中に賃料及び共益費の滞納があった場合は、未払い分について敷金から差し引かせていただきます。

(2) 毎月の利用料金

生活に係る費用と介護保険自己負担額の合計金額となります。

生活に係る費用

家賃	70,000円	
共益費	8,400円	*エレベーター、受水槽、給湯設備等の維持管理費
水道光熱費	17,850円	
食事材料費	30,900円（30日当たり）	1,030円／1日当たり
合計	127,150円	

介護保険自己負担額

*認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）

要介護度	1日の単位数	30日当たりの金額
要支援2	749単位（約799円）	23,997円
要介護1	753単位（約804円）	24,121円
要介護2	788単位（約841円）	25,247円
要介護3	812単位（約867円）	26,161円
要介護4	828単位（約884円）	26,529円
要介護5	845単位（約902円）	27,073円

*若年性認知症利用者受入加算…120単位 該当者のみ

受け入れた若年性利認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、そのものを中心に、当該利用者の特使やニーズに応じたサービス提供を行います。

*利用者が入院したときの費用の算定

連続して7泊以上の入院が発生した場合：入院翌日より6日目まで246単位/日

*初期加算 …30単位/日 入居日より30日間

*医療連携体制加算（Ⅰ）ハ…37単位/日

事業所に看護師を1名以上確保しています。

利用者に対する日常的な健康管理、通常時及び状態の悪化時における医療機関（主治医）との連携・調整を行います。

*協力医療連携体制加算（Ⅰ）…100単位/月

*退居時相談援助加算 …400単位/1回限り 該当者のみ

退居後の食事・入浴・健康管理・機能訓練・家屋の改善等に関する相談援助を行い、退居より2週間以内に市町村・地域包括支援センターに対して介護状況を示す文書を添えて情報提供を行います。

*認知症専門ケア加算 …3単位/日

厚生労働省の指定する研修を修了しているものが、従業者に対して認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術指導に係る会議を定期的に行います。

*サービス提供体制加算（Ⅲ）…6単位/日

介護福祉士が50%以上、または常勤職員が75%以上、または勤続7年以上の職員が30%以上、のいずれかに該当すること。

*口腔・栄養スクリーニング加算 …20単位/6か月ごと

従業者が入居時及び利用中6か月ごとに利用者の口腔の健康状態、栄養状態のスクリーニングを行っていきます。

*介護職員処遇改善加算（Ⅰ）…利用の合計単位数に対して11.1%を乗じた単位数

*介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）…利用の合計単位数に2.3%を乗じた単位数

*科学的介護推進体制加算 …40単位/月

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の利用者の心身の状況に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出し、認知症対応型共同生活介護の見直しを行います。

*看取り介護加算

看取り介護加算 ・要支援2は除く ・該当者のみ	72単位	／日	死亡日以前31～45日
	144単位	／日	死亡日以前4～30日
	680単位	／日	死亡日以前2日または3日
	1,280単位	／日	死亡日

*介護保険自己負担額は、市町村の発行する介護保険負担割合証に基づく負担（1～3割）の額となります。

*費用の額にかかわるサービスの提供にあたっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者又はその家族の同意を得ます。

(3) 入院時の費用

入院時には介護保険の負担金は発生しませんが、居室料金・水道光熱費・共益費は発生します。

(4) 事業所で設置している備品について

個室内：洗面台 エアコン 電動ベッド
※ベッドマットレスは、ご希望者は自費での購入となります。

(5) 入居者側でご用意いただくものについて

1. 衣類・タオル等の身の回りの品、個室内でのティッシュペーパー等日用品 2. 個室内でのテレビ等電化製品、 3. 個室内のタンス等収納家具、布団類、ベッド（ベッドマットレス） 4. 防炎加工されたカーテン
--

(6) 料金の支払い方法

自動口座引き落とし
ご指定の金融機関の口座から、月1回引き落とし致します。

初回は、敷金、当月居住費、次月居住費を合算した額となります。
入居の翌月より、居住費及び介護保険自己負担額を合算した額を引き落としします。

6. 入居退居の手続き、流れ等

- ☐ 入居の流れ

①

〔家族／利用希望者〕

申し込み

②

〔事業者〕

面談または病院訪問等により「入居可能であるか調査」

③

〔事業者〕

入居可能と判断

④

〔家族／利用希望者〕

入居意思確認

⑤

〔家族／利用希望者〕と〔利用者〕

契 約（契約書締結）

⑥

〔家族／利用希望者〕

入居費用入金

・敷金

・入居当月分の家賃、共益費、食事材料費、水道光熱費（入居日から残り日数分）

・翌月分の家賃、共益費、食事材料費、水道光熱費
- ⑦

〔事業者〕

入金確認
- ⑧

〔利用者〕

入居
- ＊

利用当月分の家賃等の計算は、年日日数で日割り計算した金額です。
- ＊

介護保険サービス分（１～３割）負担金については、翌月の請求、支払いになります。

- ☐ 退居の流れ

基本的には、３０日前までに申し出ていただき、「解約申込書」をご記入いただきます。（入居後、著しい病状の悪化、認知症状の重度化に伴う激しい暴力行為、共同生活が困難と判断される行為等がある場合は、退居していただく事があります。）

7. 利用についての留意事項等

- （１）利用についての留意事項

①要介護認定の判断結果が、要支援２または要介護１から要介護５のいずれかであることが必要です。

②医師の診断書等により利用申込者が、認知症状態にあると確認できる事が必要です。

③利用後、著しい病状の悪化、認知症状の重度化に伴う激しい暴力行為、共同生活が困難と判断される行為等がある場合は、退居していただく事があります。
- （２）利用に関するその他の留意事項

①面会・・・時間等の制限はありません。

ただし、早朝や夜遅い時間になる場合は、ご連絡下さい。

②外出／外泊・・・自由です。事前予約等は必要ありません。ただし、感染症の流行時には外出・面会の制限をいたします。

③預かり金について・・・利用者の病院診察料支払い、理髪代、個人の嗜好品の購入等、毎月の入居費用に含まれない費用の支払いを行うため、10,000円程度の金額を預かり金とさせていただきます。（希望される場合）

＊預かり金の規定の整備、領収書（レシート）保管し、来室時または月ごとにご家族への報告を致します。
8. サービス提供の留意事項
- ①

利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ち、利用者が「生活の主体」になるようサービスの提供に努めます。

②

利用者の心身の状態等の把握と適切なサービスに努めます。

③

利用者個々に、認知症対応型共同生活介護計画を作成し、利用者が日常生活を営む上での必要なサービスを提供致します。

④

認知症対応型共同生活介護計画を始め、利用者及び家族の方に、その提供方法等を説明致します。

⑤

事業運営に当たっては、地域社会との連携を密に図るとともに、協力医院、関係市町村、居宅介護支援事業所等との連携を図り総合的なサービスに努めます。

⑥

うえるケアホーム わかばでは、サービスの提供にあたり利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、車椅子やベッドに胴や四肢を縛る、居室外から鍵を掛ける、あるいは向精神薬を過度に使用する等の方法による身体拘束を致しません。
9. 協力医療機関について
- | 医療機関名 | 所在地 | 診療科目 |
|--------------|-----------------------------|------------|
| 松井醫院 | 名古屋市西区上名古屋２丁目５－７
下里川ビル２F | 内科
泌尿器科 |
| 可知デンタル・クリニック | 名古屋市東区東桜２丁目１７－３６ | 歯科 |
10. 非常災害対策
- （１）事業所は、非常災害に対する具体的な防災計画を立て、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行います。

（２）主な、防災設備は、非常通報設備、消火器、避難誘導灯、スプリンクラー及び各個室内に煙感知器の設置をしています。

（３）訓練の実施に当たっては、施設内職員による実施または消防署と連携して行います。
11. サービスについて
- （１）当事業所の苦情窓口

高林 妙子	052-524-5711
-------	--------------

（２）その他の苦情窓口

名古屋市西区役所	052-521-5311
名古屋市役所介護保険課指導係	052-959-3087
愛知県国民健康保険団体連合会	052-971-4165
12. 秘密の保持

- ① 当事業所は、業務上知り得た利用者又はご家族の秘密（情報）を厳守致します。
- ② 当事業所は、協力医療機関や関係機関等との相談、会議等を開催する場合、利用者の個人情報を用いる場合は、あらかじめ利用者又はご家族に同意を得ることとします。

令和 年 月 日

13. 事故発生時の対応

当事業所が利用者に対して行うサービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者のご家族と保険者に連絡するとともに、関係機関等にも連絡し、必要な処置を講じます。当事業所が入居者に対して提供しましたサービスにおいて、損害賠償をすべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

また、利用者の責めに帰すべき事由によって、事業者及び第三者が損害を被った場合には、事業者は利用者に対して損害賠償を請求できるものとします。

損害保険加入先： あいおいニッセイ同和損保

14. ハラスメント対策

当事業所では、介護士が安心して働けることができる環境を整えるため、利用者、ご家族様より身体的暴力、精神的暴力、セクシャルハラスメント等の著しい迷惑行為があった場合は、サービスの中断や契約を解除する場合があります。

サービスの提供にあたり、利用者（又はご家族）に対して、本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

【事業者】

所在地 : 〒462-0012 愛知県名古屋市西区枇杷島4丁目10番地の5

名 称 : うえるケアホーム わかば

説明者 : 所 属 うるケアホーム わかば

氏 名 _____ 印 _____

私は、本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護事業のサービスについての重要な事項の説明を受けました。

利用者 : 住 所

氏 名 _____ 印 _____

代理人：住 所

氏 名 _____