ケアホームみどり

指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護

重要事項説明書

株式会社ケアホームみどり

指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護
重要事項説明書

〈令和7年1月1日現在〉

あなたに対する指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護を提供するにあたり、厚生省令に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1　事業者

事業者の名称	株式会社ケアホームみどり
事業者の所在地	富山県高岡市横田町1丁目2番25号
代表者名	代表取締役社長　寺　崎　　敏　治
電話番号	(0766)21－2040

２　利用施設

富山県指定	平成 16 年 6 月 1 日指定　第 1670201118 号
施設の名称	ケアホ-ムみどり
施設の所在地	富山県高岡市横田町1丁目2番25号
管理者	鴨島　由喜子
電話番号	(0766)21－2040
ファクシミリ番号	(0766)21―2054

３　施設概要

(1)建物

	定員	敷地面積	延床面積
ケアホームみどり	みどり棟9名・さくら棟9名/計18名	15,718.49 ㎡	2,171.73 ㎡

(※定員には介護予防サービス定員を含む)

(2)居室・設備

◇みどり棟…玄関1、居室(10.17 ㎡～10.61 ㎡)9、食堂・厨房1、洗濯室、浴室・脱衣室1、トイレ3、洗面コーナー

◇さくら棟…玄関1、居室(10.11 ㎡～10.61 ㎡)9、食堂・厨房1、洗濯室、浴室・脱衣室1、トイレ3、洗面コーナー

◆共有スペース…玄関、ホール、コミュニティーゾーン、家庭菜園、花壇など

＊居室については、入居の際居室希望を伺いますが、ご利用者の状況や居室の利用状況により、必ずしもご希望に沿えるとは限りません。

＊ご利用者の状況により、居室の変更をお願いする場合があります。その際、ご利用者及び代理人に事前に了解をいただきます。また、ご利用者及び代理人より居室変更の申し出があった場合、居室の利用状況等を勘案して可否を検討し決定します。

4　職員体制（主たる職員）

当事業所では、指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

事業所責任者	管理者　鴨島　由喜子	
計画作成担当者	鴨島　由喜子	伊藤　美穂
介護従事者	常勤　　14 名以上	

5　職員の勤務体制

◎管理者兼介護職員　…4週8休変形労働時間制　　＊日勤帯…　9:00～18:00
◎計画作成担当者兼介護職員…4週8休変形労働時間制　　＊早出帯…　7:00～16:00
◎介護職員（常　勤）…4週8休変形労働時間制　　＊遅出帯…10:00～19:00
＊夜勤帯…17:30～翌 9:30

＊6:30～20:00まで→各ユニットに常勤換算(8 時間労働×3 名分)の介護従事者を配置します。
＊20:00～6:30まで→各ユニットに夜間勤務する介護従事者を1人ずつ配置します。

６　当施設が提供するサービス

食　事　・ 栄養のバランスを考慮した食事を提供します。
・ 季節感を踏まえ嗜好を考慮した食事で、体調なども考慮しています。
朝食/7:00　昼食/12:00　おやつ/15:00　夕食/18:00

入　浴　・ ご利用者の希望・状況に応じ浴室にて、入浴していただきます。
・ ご利用者の状況により入浴できない場合は、清拭等実施します。

排　泄　・ ご利用者の状況により、排泄の誘導・交換を行い、適切な援助を行います。

相　談　・ ご利用者の心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、 ご利用者及び代理人に対し、相談に適切に応じ、必要な助言・援助を行います。
・ ご利用者が退居される際、自宅や地域での生活を継続できるように相談援助を行います。
・ サービス利用に対してのご意見・苦情に誠意をもって対応、改善します。
・ 介護保険の被保険者証の更新、申請等に必要な援助をします。

機能訓練 ・ 作業療法的な活動を中心とし、ご利用者の状況等に応じて、機能の減退を防止或いは回復を目的とし、各種訓練活動を援助します。

健康管理 ・ 医師（協力医療機関の医師）と共に、ご利用者の健康状況を把握し、必要に応じて健康保持のため適切な処置をします。

ｱｸﾃｨﾋﾞﾃｨ・ 各種季節行事、レクリエーション活動、買い物、趣味活動等を代理人及び地域の方々との交流を図りながら実施していきます。

円滑な退居のための援助

・ご利用者が当事業所を退居する場合には、ご利用者及び代理人の希望、心身の状況、置かれている状況などを勘案して、円滑な退居のために下記の援助を行います。

① 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
② 居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターの紹介
③ その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介など

入院等

・ご利用者の心身の状況により、医療機関等で 21 日以上に亘る入院等が見込まれる場合は、ご利用者及び代理人と利用に関しての相談をさせていただきます。入院等の場合、居住費は日割りとして徴収させていただきます。（但し、退居或いは入院期間中の居

室を利用させていただき、短期利用認知症対応型共同生活介護で他の利用者が短期間入居される場合、相当期間は徴収致しませんのでご了承ください。)

代理人/身元引受人

・契約締結時に代理人と身元引受人をお願いしております。契約に基づくご利用者及び代理人の事業者に対する連帯債務者となり、事業者より要請があれば、共に協議し、必要な決定・判断をしていただきます。

◎上記以外の日常生活全般に亘る援助を、(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画に基づきご利用者の残存能力を伸ばしながら、ご利用者と共に行うよう努めます。

7　利用料金（１日当たり）

(1) 介護保険給付対象

<table>
<tr><th>項　目
介護度</th><th colspan="2">(介護予防)認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)　基本報酬</th><th colspan="2">サービス提供体制強化加算</th><th colspan="2">初期加算</th></tr>
<tr><td>要支援2</td><td>749単位</td><td rowspan="6">左記は
1割負担の場合</td><td rowspan="6">22
単位</td><td rowspan="6">左記は
1割負担
の場合</td><td colspan="2">入居日より30日間のみ</td></tr>
<tr><td>要介護1</td><td>753単位</td><td rowspan="5">30
単位</td><td rowspan="5">左記は
1割負担
の場合</td></tr>
<tr><td>要介護2</td><td>788単位</td></tr>
<tr><td>要介護3</td><td>812単位</td></tr>
<tr><td>要介護4</td><td>828単位</td></tr>
<tr><td>要介護5</td><td>845単位</td></tr>
</table>

※入居期間が１月を超えるご利用者が退居し、居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合、 退居後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行った場合は次の通り負担して頂くことがあります。

１割負担の場合 400 単位/回

退居先が医療機関の場合退所時情報提供加算250単位(一回のみ)

※上記以外に、認知症対応型医療連携体制加算(Ⅰ)、37単位/日が加算されます。

※別途、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)として、基本サービス費に各種加算を加えた総額に 18.6%を乗じた金額が加算されます。

※ 別途、科学的介護推進体制加算として月 40 単位が、協力医療機関連携加算として月100単位が加算されます。

<u>※尚、基本料金と加算料金は、「介護保険負担割合証」に記載されている１割または、２割または3割のご負担となります。</u>

(2) 介護保険給付対象外(必要費用)

1 入居保証金(入居時のみ)　50,000 円
2 居住費　(全室個室)　60,000 円/月　※1
3 食材料費　56,100円/月　※2
4 光熱水費　15,000 円/月　※3
5 寝具リース料　2,700 円/月　※4

※1～※4については途中退所の場合日割り計算になります

(3) 介護保険給付対象外(随時費用)

1 おむつ代　紙オムツ　100 円/枚
紙パンツ　100 円/枚

尿パット　　30円/枚　　尿パット(大容量)は70円/枚

2 理美容代 ･･･ 実費相当額

8 サービス利用料金の変更

（1） 前期[7の(1)]に定めるサービス利用料金については、 介護給付費体系の変更があった場合は、当該サービス利用料金を変更させていただきます。

（2） 前記[7の(2)(3)]に定めるサービス利用料金については、 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合は、変更を行う1か月前までに説明をした上で、当該サービス利用料金を相当な額に変更させていただきます。

（3） ご利用者及び代理人は、前記(1)(2)の変更に同意することができない場合には契約を解除することができます。

9 サービス利用料金の支払い

（1） ご利用者及び代理人は、要介護度に応じて、所定の料金体系に基づいたサービス利用料金[7の(1)]から介護保険給付額を差し引いた差額分(自己負担分：通常はサービス料金の1割)を事業者に支払うものとします。

（2） 前項の他、ご利用者及び代理人は介護保険給付対象外等の諸費用[7の(2)(3)]を事業者に支払うものとします。

（3） サービス提供月の翌月17日までに、指定先に請求書を郵送いたします。
支払いは、サービス提供月の翌月27日に、事前に申し込みいただいた預金口座より、引き落としさせていただきます。
【指定金融機関】 北陸銀行　昭和通支店　【口座名義】：株式会社 ケアホームみどり

10 苦情の受付

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は苦情受付窓口にて受け付けます。

○ 苦情受付窓口

サービスに関する相談や苦情など、各家(ユニット)の担当者へ遠慮なくお申し出ください。その他、下記の公的機関でも苦情申立てができます。

受付窓口　　グループホーム(ケアホームみどり)
受付担当者　鴨島　由喜子、伊藤 美穂、多田　敏宏、
解決責任者　施設長　上野　寛子
第三者委員　藤樫　和弘
受付方法　　来所、電話、FAX、書面(郵便)等、どのような方法でも対応します。
受付日・時間　月曜日～日曜日　8:30～17:30
受付連絡先　電話番号　0766-21-2040　FAX　0766-21-2054
処理体制・手順

① 意見・苦情を受付担当者又は第三者委員が受付けます。
② 意見・苦情受付票を受付担当者又は第三者委員が作成します。
③ 解決責任者が、受付票を確認し、調査・改善担当者と期日を決定し、台帳に保管します。
④ 調査・改善担当者は、申出内容についての事実確認・実態調査を実施し、解決責任者に報告します。

⑤ 解決責任者及び受付担当者が、苦情処理チームを召集し現状把握と改善策を取りまとめ、改善報告票を作成し、改善対策の励行と台帳に保管します。

⑥ 解決責任者もしくは受付担当者が、ご利用者及び代理人に調査報告・説明・承諾を得、必要に応じ謝罪・改善についての説明を行います。

⑦ 解決責任者及び受付担当者が、改善対策の現状を確認します。

＊ご意見や苦情に対し、迅速に誠意ある対応を行います。

（2）行政機関その他苦情受付機関

高岡市福祉保健部 長寿福祉課	所在地　〒933－8601　 高岡市広小路7番50号 電話番号(0766)20－1372･FAX(0766)20－1364 受付時間　8:30～17:00
富山県国民健康保険団体連合会	所在地　〒930－8538　 富山市下野字豆田 995 番地の 3 電話番号(076)431－9833･FAX(076)431－9834 受付時間　8:30～17:00
富山県福祉サービス運営適正化委員会	所在地　〒930－0094　 富山市安住町 5 番 21 号 電話番号 (076)432－3280･FAX (076)432－6146 受付時間　9:00～17:00

11　協力医療機関

医療機関の名称	林内科医院
所在地	高岡市中島町 3-17　　電話番号(0766) 22-0777
診療科	内科

医療機関の名称	厚生連高岡病院
所在地	高岡市永楽町 5-10　 電話番号(0766) 21-3930
診療科	内科、精神科、神経内科、消化器科、小児科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科、リハビリテーション科

12　協力歯科医療機関

医療機関の名称	やまもと歯科医院
所在地	高岡市能町南 3-26-5　　電話番号(0766) 28-3100

13　連携・支援施設

連携･支援施設の名称	高岡老人保健施設　長寿苑
所在地	高岡市京田 72　　　　　電話番号(0766) 26-5678

14　非常災害対策

（1）職員は常に災害事故防止と利用者の安全確保に努めるものとします。

（2）当事業所は消防法その他の法令に定められた消防設備等を設置するものとし、非常災害

時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、火災等災害時に消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう、職員に周知徹底します。

（3） 当事業所は消防法第 8 条に規定する防火管理者をおきます。

（4） 防火管理者は、消防法施行規則第 3 条に規定する消防計画(震災、風水害含む)を作成し、当該消防計画に基づき、消火、通報、避難等訓練を年 2 回以上行います。

（5） 防火管理者は火災予防上の点検、検査を実施し、消防用設備等の点検、整備に立会います。また火気使用の取り扱いの指導、職員に対する防災教育の実施、 その他防火管理上必要な業務を行い、火災等非常時における対策を常に整備し、不慮の事態に備えるものとします。

15　緊急時における対応方法

ご利用者の病状に急変が生じた場合は、予め届けていただく連絡先に速やかに連絡するとともに、主治医又は協力医療機関への連絡を行う等、必要な措置を講じます。

16　緊急やむを得ない身体拘束の対応

ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、代理人に説明し、確認をいただくとともに、直ちに必要な事項について記録するものとします。

17　事故発生時の対応

（1） 対応責任者　鴨島　由喜子、伊藤　美穂、多田　敏宏

（2） 処理体制・手順

① ご利用者に対する認知症対応型共同生活介護の提供の際、事故が発生した場合は、速やかに医師（主治医）の指示により、生命身体の安全を最優先に必要な措置を講じます。

② ご利用者の緊急連絡先に状況説明・措置内容を伝え、対応要請します。

③ 県・市町村に事故発生の報告書を送ります。

④ 事故発生にかかわった担当者は、事故報告書を記載し、再発防止策を提案し、管理者へ提出します。

⑤ 管理者は、報告書を再発防止に向けて全ての従事者に回覧・周知徹底させ、報告書を台帳に保管します。

⑥ 一連の経過を再度ご利用者の連絡先、市町村に報告します。

18　その他の留意事項

（1） 面会時間は、午前 10:00～午後 4:00 迄です。来訪者の方は、面会簿にご記入をお願いします。 ※感染対策として、現在は事前のご予約をお願いしています。

（2） 外出・外泊は機会をみて是非お願いします。各棟（ユニット）の職員まで、お申し出いただき、届出用紙にご記入ください。 ※外出・外泊に関しては職員にご相談願います。

（3） 事業所・敷地内での、ご利用者・来訪者及び従事者に対する宗教・政治活動はご遠慮ください。

（4） 個室での動物の飼育は、お断りします。

以上、指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供にあたり、この書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

上記重要事項の説明を証するため、本書 2 通を作成し、利用者及び代理人、事業者が記名捺印のうえ、各 1 通を保有するものとします。

令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　説明者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者	代理人　住　所	〒		
	代理人　氏　名			
	電話番号	（　　）　ー	携帯	（　　）　ー
	私は、本人に代わり、上記署名を行いました。 私は、本人の意思を確認しました。			
	本人との関係	（代理人）		
	利用者　住　所	〒		
	利用者　氏　名			
	電話番号	（　　）　ー	携帯	（　　）　ー

事業者	当事業者は、指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護として利用者の申し込みを受諾し、この重要事項説明書に定める指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護を誠実に責任を持って行います。			
	所　在　地	〒933－0842 富山県高岡市横田町１丁目2番25号		
	名　　称	株式会社ケアホームみどり		
	代表者名	代表取締役社長　寺　崎　　敏　治		
	電話番号	(0766)21－2040(代)	FAX	(0766)21－2054

以下余白