(指定認知症対応型共同生活介護)
塩野室ハウス 重要事項説明書

当事業者はご契約者に対して認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたい事項を次のとおり説明いたします。

1 事業者

- (1) 法人名 医療法人 修和会
- (2) 法人所在地 栃木県日光市荊沢 600-32
- (3) 電話番号 0288-30-3277
- (4) 代表者氏名 理事長 石塚早男
- (5) 設立年月日 平成 14 年 7 月 1 日

2 事業所の概要

(1) 事業所の目的と方針

- ・当事業所は認知症である要介護認定を受けた高齢者が、住み慣れた地域で穏やかな日常生活を送る事ができるように ご支援をさせて頂く事を目的としています。
- ・当事業所は家庭的な環境のもと ご利用者の意思及び人格を尊重し地域や ご家族との結びつきを重視した運営を行います。

- (2) 事業所の名称 塩野室ハウス
- (3) 事業所の所在地 栃木県日光市塩野室町 1504-20
- (4) 電話番号 0288-26-8770
- (5) 管理者名 細井和枝
- (6) 開設年月日 平成 19 年 6 月 1 日
- (6) 利用定員 9 名
- (7) 施設概要

敷地面積	865.30 m ²
規模及び構造	木造平屋建て 251.74 m ² 冷暖房・スプリンクラー設備・火災報知機・誘導灯防火上主要な間仕切り壁設置・トップライト・合併処理浄化槽・ナースコールあり
居室部分	全室個室（1部屋 4.5 畳）
共用部分	台所・食堂兼居間・廊下・浴室・トイレ・洗濯室
管理部門	事務室

3 職員の配置状況

従業者の職種	員数	常勤	非常勤	資格
管理者	1	1	0	介護福祉士
計画作成担当者	1	1	0	介護支援専門員
介護職員	4~8	4~8	0~3	介護福祉士・ヘルパー2級 その他

*配置状況について増減あり

4 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
介護職員	日勤…8:30~17:30 日勤2…8:00~17:00 早番…7:00~16:00 遅番…10:00~19:00 夜勤…17:00~9:00 *ご利用者の身体状況に合わせ、就業規則内で勤務時間を変更する事あり
管理者 計画作成担当者	日勤…8:30~17:30

5 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、ご利用料金の9割、8割、7割が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 食事（但し、食材料費等は別途いただきます。）

・ご利用者ととともに調理し、栄養と身体状況及び嗜好に考慮した家庭的な食事を提供します。

（食事時間の目安）

朝食…7:00~8:00 昼食…12:00~13:00 夕食…17:30~18:00

② 入浴

・ご利用者の意思を尊重しつつ、週二回以上の入浴をしていただけるように配慮します。

・ご利用者の身体状況に応じて適切な入浴介助を行い、入浴の自立についても適切な援助を行います。

③ 排泄

・ご利用者の身体状況に応じて適切な排泄介助を行い、排泄の自立についても適切な援助を行います。

④ 身の回りの事

・ご利用者の今までの生活リズムを第一と考え、毎日の暮らしに寄り添います。

・個人の尊厳に配慮し、清潔で過ごしやすい環境を整えます。

⑤ 地域との関わり

・ご利用者の今までの地域との関わりを大切にし、日々の生活の中で持続できるよう配慮し援助していきます。

⑥ 健康管理

・協力医療機関（石塚クリニック）による定期的な訪問診察日を設けて健康管理に努めます。

・緊急の対応が必要な場合には、すみやかに協力医療機関に連絡をとり医師の指示に従います。

⑦ ケアプランの作成

・ご利用者が地域との関わりを継続しつつ、いつまでもその人らしい生活がおくれるようなケアプランを作成いたします。

・畑仕事や日々の買い物から家事全般を通して、それぞれが役割をもち自立した生活がおくれるようなケアプランを作成いたします。

⑧ 相談及び援助

・当事業所は、ご利用者及びご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。

<サービスご利用料金>

下記の料金表により、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた額（自己負担額）をお支払いいただきます。

サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度と負担割合に応じて異なります。

※1 単位＝10.14 円であり、保険給付総額のそれぞれ 1 割、2 割、3 割が自己負担となります

●認知症対応型共同生活介護費 <日額>

負担割合	要支援 2	要介護 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1 割	761 単位/日	765 単位/日	801 単位/日	824 単位/日	841 単位/日	859 単位/日
2 割	1,522 単位/日	1,530 単位/日	1,602 単位/日	1,648 単位/日	1,682 単位/日	1,718 単位/日
3 割	2,283 単位/日	2,295 単位/日	2,403 単位/日	2,472 単位/日	2,523 単位/日	2,577 単位/日

●初期加算

初期加算	入居時は 初期加算として当初 30 日間、1 日 30 単位が加算されます。 ※2 割負担・60 単位 ※3 割負担・90 単位
	入院が一月以上の場合も、退院日より 30 日間初期加算が加算されます。

●サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 単位 / 日 ※2 割負担・44 単位 / 日 ※3 割負担・66 単位 / 日 介護職員のうち介護福祉士が 70%以上配置されていること または 介護職員のうち勤続年数 10 年以上の介護福祉士が 25%以上であること
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 単位 / 日 ※2 割負担・36 単位 / 日 ※3 割負担・54 単位 / 日 介護職員のうち介護福祉士が 60%以上配置されていること
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位 / 日 ※2 割負担・12 単位 / 日 ※3 割負担・18 単位 / 日 介護職員のうち介護福祉士が 50%以上配置されていること または 介護職員のうち常勤職員が 75%以上配置されていること または 介護職員のうち勤続年数 7 年以上の者が 30%以上配置されていること

●入院時費用の加算

一月に 6 日を限度として算定	入院後三カ月以内に退院が見込まれる入居者について、再入居の受け入れ態勢を整えている場合には、一月に 6 日を限度として 1 日につき 2 4 6 単位を算定 ※2 割負担・492 単位 / 日 ※3 割負担・738 単位 / 日
-----------------	---

●介護職員等処遇改善加算

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 18.6%	加算の算定にあたり、以下 3 種類の要件をそれぞれ満たすこと ◇キャリアパス要件(Ⅰ～Ⅴ) ◇月額賃金改善要件(Ⅰ～Ⅱ) ◇職場環境要件(6 区分)
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の 17.8%	
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の 15.5%	
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位数の 12.5%	

●身体拘束廃止未実施減算

所定単位数の 100 分の 10 に相当する単位数を減算	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行ってはならない ・身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する ・身体拘束等の適正化のための指針を整備する ・身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施する
------------------------------	---

●高齢者虐待防止措置未実施減算

所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減算	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等の活用可能)を定期的開催することとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る ・虐待防止のための指針を整備すること ・従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施すること ・上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと
-----------------------------	---

●業務継続計画未実施減算

所定単位数の 100 分の 3 に相当する単位数を減算	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定すること ・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること
-----------------------------	---

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用金額の全額がご利用者の負担となります。

<サービスの概要とご利用料金>

区分	ご利用者負担金
食費	日額 1,680 円 (朝食 400 円 昼食と間食 680 円 夕食 600 円)
家賃	月額 25,000 円 (日割り計算の場合 日額 840 円)
光熱水費	月額 21,600 円 (日割り計算の場合 日額 720 円)
冬期光熱水費	冬期 12 月～翌 3 月の期間は通常料金の 2 割増しを別途徴収
個人光熱水費	特別に個別で使用する目的での電化製品の持ち込みに対して 1 台につき 1 日 20 円、2 台目以降 10 円追加の徴収
オムツ類	<ul style="list-style-type: none"> ・原則、個人購入の上持ち込み ・オムツ券や預り金での施設職員による購入代行も可 ・排泄用品処理代 5000 円～6,250 円 / 月
理美容サービス	1 回 2,000 円
レクリエーション費	毎月 300 円
病院への通院介助	1 回 1,000 円 (基本的にはご家族の対応となります)
入院時の対応	1 回 1,000 円 (施設からの救急搬送以外にご家族の対応となります)
入院時の居室確保料	1 日 2,000 円 (入院 31 日目より算定)
その他	必要に応じ別途協議

*その他の費用（お預かり金として2万円を事業所で管理いたします）

日常生活に要する費用で、ご本人に負担いただく事が適当であるもの
（たとえば）… 個人の日常生活用品や外出先での嗜好品、受診やお薬の代金等
*別途、入居時補償金として3万円をお預かりしております。
*健康診断書等の書類についても実費となります。

(3) 利用者負担金のお支払方法

毎月末締め、翌月27日口座引き落としとさせていただきます。
（ただし、引き落とし日が土、日にかかる場合には翌日となります）

(4) 請求書・領収書の発行

毎月の請求書作成時に前月分の利用料入金を確認したうえで領収書を作成し、郵送いたします。

(5) サービス提供証明書の発行

事業者は、ご利用者から利用者負担金の支払いをうけ、ご利用者から求められたときは、ご利用者に対し提供した認知症対応型共同生活介護サービスの内容、利用単位、費用等を記載したサービス提供証明書を交付いたします。

(6) 居室の明け渡し

契約が終了するときは、利用者負担金を支払いの上、契約終了日までに居室を明け渡していただきます。又、契約終了日までに居室を明け渡せない場合、契約終了日の翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る所定の利用者負担金（日額2,000円）をお支払いいただきます。

（*契約が終了する時）…・契約者の意思による時

- ・契約者の状態が当事業所の介護サービスの範囲を超えると判断された時
- ・利用料金の滞納等、当契約の違反行為と認められた時

(7) 医療費のお支払い

ご利用者の希望により、協力医療機関等で診察や医師による往診等を受けた場合、実費のお支払いをお願いいたします。

(8) 入院中のお取扱い

ご利用者が病院等に入院し概ね60日以内に退院すれば、退院後も再び当事業所に優先的に入居できるよう努めます。但し、入院の場合には、居室の確保料としての日額2,000円を31日目よりその日数分事業所に支払う事とします。又、支払いを拒否した場合には、その居室の確保はできないものとします。

6 協力医療機関

- ・名称 医療法人修和会 石塚クリニック
- ・院長名 石塚早男
- ・所在地 栃木県日光市荊沢 600-32
- ・電話番号 0288-30-3277
- ・診療科 内科・胃腸科・肛門科・外科・放射線科・リハビリ科
- ・入院設備 なし
- ・契約概要 当事業所と石塚クリニックとは、ご利用者の定期的な健康管理と病状に急変等があった場合の協力医療機関として契約を締結しております。

7 協力歯科医療機関

- ・名称 かにしデンタルクリニック
- ・院長名 香西俊介
- ・所在地 栃木県日光市今市 1159-12
- ・電話番号 0288-23-0007
- ・診療科 歯科
- ・入院設備 なし
- ・契約概要 当事業所とかにしデンタルクリニックとは、ご利用者の定期的な歯科検診と病状に急変等があった場合の協力歯科医療機関として契約を締結しております。

8 緊急時等の対応方法

- ・サービスの提供中、ご利用者に病状の急変・その他の緊急事態が生じた時はすみやかに協力医療機関に連絡するなどの必要な措置を講じます。
- ・サービスの提供により事故が発生した場合は、当該ご利用者のご家族・市町村等に連絡するとともに必要な措置を講じます。又、その発生状況・その際に行った処置について記録し、原因を解明し、再発防止の対策を講じます。

9 非常時の対応方法

- ・サービスの提供中に天災その他の災害が生じた場合、従業者はご利用者の避難等適切な措置を講じます。
- ・管理者は 日常的に具体的な対処方法・避難経路及び協力機関との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。
- ・非常時に備えて、年に2回 定期的に避難・救出・その他必要な訓練をおこないます。
- ・防災設備…スプリンクラー・消火器・火災報知器 等の設置

10 運営推進会議

- ・当事業所は 地域に密着し地域に開かれたものにするために運営推進会議を設置し、おむね2カ月に1回の会議を開催します。

11 相談・苦情の対応

- ・窓口 塩野室ハウス
- ・受付担当者 細井和枝
- ・ご利用時間 平日 午前9時～午後5時
- ・ご利用方法 電話 0288-26-8770 (FAX 同番) 又は面接により
- ・苦情等を受け付けた場合にはその内容を記録し、その解決に努めます。

※その他 下記の公的機関においても苦情の申し出ができます。

- ・日光市健康福祉部高齢福祉課介護サービス係
栃木県日光市今市本町1 (電話) 0288-21-5100
- ・国民健康保険団体連合会
栃木県宇都宮市本町3番9号栃木県本庁合同ビル6階 (電話) 028-663-2220
- ・栃木県運営適正化委員会
栃木県宇都宮市若草町1-10-6 とちぎ福祉プラザ内 (電話) 028-622-2941。

1 2 やむをえない場合の身体拘束について

- ・当事業所は、ご利用者または他のご利用者の生命又は身体を保護する為緊急時等やむをえない場合を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行いません。
- ・緊急時等やむをえない場合には、その態様及び期間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむをえない理由を記録します。又、後日ご家族へ説明の上、同意をいただきます。

1 3 個人情報の保護

- ・当事業所は、ご利用者の個人情報について事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に使用しないものとします。ただし、外部への情報提供については、医療機関等での使用等の正当な理由がある場合には使用することがあります。
- ・個人情報の取り扱いについて、別途同意書にご署名ご捺印いただきます。

1 4 秘密の保持

- ・当事業所の従業者は、業務上知り得たご利用者やご家族の秘密を保持いたします。又、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持いたします。

1 5 自己評価・外部評価の実施について

- ・「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」に基づき、年に一度、提供する介護サービスの自己評価を実施します。また、定期的に栃木県の指定する第三者機関による評価を受け、それらの結果を公表いたします。
- ・第三者機関による評価は、サービス事業者の組織運営及びサービス提供内容について、その透明性を高め、サービスの質の向上・改善に寄与することを主な目的としています。

1 6 その他 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

- ・来訪・面会…来訪者は、面会簿に記入して下さい。
- ・外出・外泊…届け出をして頂きますので、職員に申し出てください。
外出中のご利用者の異変は必ずご連絡ください（特に病院受診や外食などの場合）
- ・居室・設備・備品の利用…ご使用にあたっては本来の使用方法にしたがってご利用ください。これに反した使用により破損等が生じた場合には、賠償していただく事があります。
- ・身の回りの品…今までお使いの、なじみの品をお持ちいただけます。
- ・飲食物の持ち込み…必ず職員にお声かけください。
- ・喫煙…事業所内は全館禁煙です。
- ・飲酒…ご希望がある場合には、ご相談ください。
協力医療機関の医師等と協議し、検討いたします。
- ・迷惑行為等…騒音等、他のご利用者の迷惑になるような行為はお断りいたします。
また、むやみに他のご利用者の居室等に立ち入らないようお願いいたします。
- ・宗教・政治活動等…当事業所内での宗教活動や政治活動・営利行為等は一切お断りいたします。

「塩野室ハウス」サービス利用同意書

指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明をおこないました。これを証するため 本書 2 通を作成し、契約者と事業者が記名押印の上 それぞれ 1 通を保有するものとします。

令和 年 月 日

職 名 管 理 者 氏 名 細 井 和 枝 印

私は、本書面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サービスの提供開始に同意しました。

ご 利 用 者 氏 名 _____ 印

代 理 人(身元引受人) _____ 印
(続柄)

<緊急時の連絡先> ご入居者身元引受連絡先

氏名	(続柄)
住所	〒
電話番号	① ②

氏名	(続柄)
住所	〒
電話番号	① ②

<必要書類の送付先>

氏名	(続柄)
住所	〒
電話番号	① ②