

認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護

サービス重要事項説明書

- 1 当ホームが提供するサービスについての相談窓口 *御不明な点は、なんでもお尋ね下さい。
電話 047-456-3777 (午前 8時30分～午後17時30分まで)

2 当ホームの概要

(1) 提供できるサービスの種類

当ホーム名称	ふなばし 翔裕館
所在地	千葉県船橋市松が丘5-32-1
介護保険指定番号	認知症対応型共同生活介護サービス(1290901162号) 介護予防認知症対応型共同生活介護サービス

(2) ホームの職員体制

1. なのはな

職種	業務内容	勤務形態・人数
管理者	従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。	1名
計画作成担当者	利用者及び家族等からの相談に応じ、サービス計画の立案・作成・管理等を行う。	1名
正看護師	利用者の健康状態のチェック保健衛生上の指導や看護を行う。	両ユニット兼務 1名
介護職員	利用者の介護を中心的に行う。(入浴、食事など)	利用者3名に対し1名以上

2. さざんか

職種	業務内容	勤務形態・人数
管理者	従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。	1名
計画作成担当者	利用者及び家族等からの相談に応じ、サービス計画の立案・作成・管理等を行う。	1名
正看護師	利用者の健康状態のチェック保健衛生上の指導や看護を行う。	両ユニット兼務 1名
介護職員	利用者の介護を中心的に行う。(入浴、食事など)	利用者3名に対し1名以上

(2) 設備の概要

1. なのはな

設備の種類	数	面積	設備の種類	数	面積
食堂	1室	66.66 m ²	居室	9個室	11.59 m ²
浴室	1室		洗濯室	1箇所	
便所	3箇所		スタッフルーム	1箇所	(兼用)
定員： 9名					

2. さざんか

設備の種類	数	面積	設備の種類	数	面積
食堂	1室	66.66 m ²	居室	9個室	11.59 m ²
浴室	1室		洗濯室	1箇所	
便所	3箇所		スタッフルーム	1箇所	(兼用)
定員： 9名					

3 サービス内容

① サービス計画の立案

計画作成担当者と介護関係職員が協議の上計画をたて、ご入居者の方およびそのご家族に説明し、同意をいただきます。

② 食事

朝食 8:00 昼食 12:00 夕食 18:00

③ 入浴

ご入居者のご希望に応じ、原則として毎日入浴していただけます。ただし、ご入居者の状態に応じ、清拭や入浴中止となる場合があります。

④ 介護

サービス計画に沿って下記の介護を行います。

- ・洗面 ・調理 ・食事 ・掃除 ・洗濯 ・買い物
- ・入浴 ・散歩 ・シーツ交換等

⑤ 生活相談

ご入居者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要なサポートを行うよう努めます。

⑥ 健康管理

日々、バイタルチェックを行い健康管理に努めます。また、緊急時必要な場合には協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。

(当施設の協力医療機関)

- ・ さくらライフ津田沼クリニック : 内科
- ・ 千葉西クリニック : 内科
- ・ 若葉クリニック : 内科・皮膚科・整形外科
- ・ ラビット歯科 : 歯科医院

⑦緊急時の対応

体調の変化等、緊急の場合は緊急連絡先にご連絡いたします。

⑧その他サービス（理美容サービス）

- ・ 理美容サービスを実施しております。料金は別途かかります。
但し、現状、ボランティア様のご厚意にて、無料にて整髪して頂いております。
ボランティア様のご協力が終了した場合は、有料になります。
- ・ 付添い、通院介助サービス
医療上必要な場合は、通院サービスが行われます。医療費は別途実費をご負担頂きます。又、提携医療機関以外への通院が必要な場合、タクシーを利用した際には、往復のタクシー料金についてご請求させていただきます。

4 ご利用料金

お支払いいただく料金の単価は以下のとおりです。

①基本料金

<1 割負担>

	1日あたりの利用料金	1日あたりの自己負担額	1ヶ月あたりの自己負担額
要支援2	7,894円	790円	23,684円
要介護1	7,936円	794円	23,810円
要介護2	8,305円	831円	24,917円
要介護3	8,558円	856円	25,676円
要介護4	8,727円	873円	26,182円
要介護5	8,906円	891円	26,719円

<2 割負担>

	1日あたりの利用料金	1日あたりの自己負担額	1ヶ月あたりの自己負担額
要支援2	7,894円	1,579円	47,367円
要介護1	7,936円	1,588円	47,620円
要介護2	8,305円	1,661円	49,834円
要介護3	8,558円	1,712円	51,351円
要介護4	8,727円	1,746円	52,363円
要介護5	8,906円	1,782円	53,438円

<3 割負担>

	1日あたりの利用料金	1日あたりの自己負担額	1ヶ月あたりの自己負担額
要支援2	7,894円	2,369円	71,051円
要介護1	7,936円	2,381円	71,430円
要介護2	8,305円	2,492円	74,750円
要介護3	8,558円	2,568円	77,027円
要介護4	8,727円	2,619円	78,545円
要介護5	8,906円	2,672円	80,157円

※入居より30日以内の期間については、初期加算として1日あたり30単位加算されます。(×10.54)

- ②家賃 70,000円 (月額)
- ③食費 1,980円 (日額) (※朝500円 昼700円 夕780円)
- ④管理費 17,322円 (月額) 税込
- ⑤共益費 21,178円 (月額) 非課税
- ⑥その他 日常生活において通常必要となる費用で利用者が負担することが適当と認められる費用

※ 入居期間中に入院またはご自宅等に外泊した期間の取り扱いについては、家賃・管理費・共益費は全額ご請求させていただきます。食費は実食分をお支払いいただきます。

※ 月の途中での入居、退去時は家賃、管理費は日割り計算にて申し受けます。

※ 退居の際は居室を原状回復(壁紙の張り替え・エアコンのクリーニング・その他破損部分の修繕等)することとします。尚、それに要する費用は、利用者が負担することとします。

- ⑦初期加算 入居した日から起算して30日以内の期間
 - <1割負担> 30単位/日 1日あたり約32円 月額約960円
 - <2割負担> 30単位/日 1日あたり約64円 月額約1,920円
 - <3割負担> 30単位/日 1日あたり約95円 月額約2,850円

(月額は30日換算)

- ⑧医療連携体制加算

看護師との24時間の連絡体制の確保により、重度化及び緊急時への対応を行います。上記の基本料金に1日当たり約38円が加算されます。

 - <1割負担> 37単位/日 1日あたり約38円 月額約1,140円
 - <2割負担> 37単位/日 1日あたり約76円 月額約2,280円
 - <3割負担> 37単位/日 1日あたり約114円 月額約3,420円

(月額は30日概算)

- ⑨協力医療機関連携加算

協力医療機関との実効性のある連携体制を構築し、病状が急変した場合等、医師や看護職員が相談対応を行う体制を常時確保しています。

<1割負担>	100単位/月	(1月あたり約1,054円)
<2割負担>	100単位/月	(1月あたり約2,108円)
<3割負担>	100単位/月	(1月あたり約3,162円)

⑩看取り介護加算

医師の医学的知見に基づき、回復の見込みがないと判断された場合、利用者の介護に係る計画を作成し、医師・看護師・介護職員等が共同して終末期の対応を実施いたします。

1) 死亡日以前31～45日

<1割負担>	72単位/日	(1日あたり約759円)
<2割負担>	72単位/日	(1日あたり約1,518円)
<3割負担>	72単位/日	(1日あたり約2,277円)

1) 死亡日以前 4～30日

<1割負担>	144単位/日	(1日あたり約152円)
<2割負担>	144単位/日	(1日あたり約304円)
<3割負担>	144単位/日	(1日あたり約455円)

2) 死亡日前日及び前々日

<1割負担>	680単位/日	(1日あたり約717円)
<2割負担>	680単位/日	(1日あたり約1,434円)
<3割負担>	680単位/日	(1日あたり約2,150円)

3) 死亡日

<1割負担>	1,280単位/日	(1日あたり約1,350円)
<2割負担>	1,280単位/日	(1日あたり約2,699円)
<3割負担>	1,280単位/日	(1日あたり約4,047円)

⑪介護職員処遇改善加算

介護度別の基本単位数に各加算を加え、介護職員処遇改善加算の17.8%を乗じます。

⑫若年性認知症利用者受入加算

受け入れた若年性認知症の利用者ごとに、個別の担当者を決めて、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行っていきます。尚、若年性認知症とは、40歳以上65歳未満で医師から認知症の診断を受けた方が対象となり、65歳の誕生日の前々日まで、加算の算定が可能となっております。

<1割負担>	120単位/日	1日あたり約127円/日	月額約3,810円
<2割負担>	120単位/日	1日あたり約253円/日	月額約7,590円
<3割負担>	120単位/日	1日あたり約379円/日	月額約11,370円

(月額は30日概算)

※介護保険関連法令の改正等により料金を変更する場合は、事前にご説明し、ご了承いただきます。

⑬科学的介護推進体制加算 40 単位/月の加算

負担割合に応じてご負担額が変わります。

負担割合	1割負担	月額	約41円
負担割合	2割負担	月額	約82円
負担割合	3割負担	月額	約123円

5 支払方法

原則として毎月15日頃に前月分の請求をいたしますので、月末日までにお支払ください。ただし、退居される場合は、退居日までの分をその都度請求いたしますので、退居日までにお支払ください。お支払方法は、銀行振込、口座引き落としのどちらかでお願いたします。尚、銀行振込にてお支払いいただく場合には送金手数料が必要となりますが、ご入居者の負担とさせていただきます。

6 入退居の手続き

(1) 入居手続き

まずは、お電話等でお申し込みください。

所定の契約手続き終了後、サービスの提供を開始します。

(2) 退居手続き

① ご入居者のご都合で退居される場合

退居を希望される1ヶ月前までにお申し出ください。

② その他

- ・ご入居者が介護保険施設に入所された場合、契約を終了いたします。
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご入居者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要支援と認定された場合は、所定の期間の経過を待って退居していただくこととなります。
- ・ご入居者がお亡くなりになった場合、契約を終了いたします。
- ・サービスご利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、14日以内に支払わない場合、又はご入居者やご家族などが当ホームや当ホームの従事者に対してこの契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合は退居していただく場合がございます。この場合、契約終了7日前までに文書で通知いたします。
- ・ご入居者が病院または診療所に入院し、長期に退院できる見込みがない場合、文書で通知のうえ、契約を終了させていただく場合がございます。この場合、退院後に再度入居を希望される場合は、お申し出ください。
- ・ご入居者が他のご入居者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつ通常の介護方法ではこれを防止することができないと判断した場合は、文書で通知のうえ、契約を終了させていただく場合がございます。
- ・やむを得ない事情によりホームを閉鎖又は縮小する場合、契約を終了し退居していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知します。

7 入院期間中の体制

病院又は診療所に入院する必要がある場合、入院後三月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、ご入居者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保しております。

8 当ホームのサービスの特徴等

(1) 運営の方針

事業の実施にあたっては、ご入居者の認知症状の進行を緩和し、ご入居者にとって当ホームが自らの生活の場であると実感できるよう、ご入居者の心身の状況にあわせて適切なサポートを提供いたします。またご入居者の社会的孤立感の解消、および心身機能の維持に配慮します。さらに提供するサポートが漫然かつ画一的なものとならないようおこないます。

事業の実施にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、ご入居者またはそのご家族に対し、サービスの提供方法について理解しやすいように説明いたします。また、ご入居者に関しての介護以外の日常生活に関するご相談についても対応いたします。

(2) ホーム利用にあたってご留意いただく事項

- | | |
|---------------|---|
| ・ 面会 | 基本的にはいつでも可能です。ただし、ご入居者の状態により、一時的に面会時間をご相談させていただきます。----- |
| ・ 外出、外泊 | 外出・外泊は自由にできます。その際には職員にお声掛けください。----- |
| ・ 設備、器具の利用 | 施設内の設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただく場合がございます。----- |
| ・ 飲酒、喫煙 | 喫煙は所定の場所をお願いいたします。飲酒も基本的に自由ですが、ご入居者の状態により、喫煙、飲酒量を職員により限定させていただきます。----- |
| ・ 金銭、貴重品の持ち込み | 詳しくは職員にご相談ください。----- |
| ・ 所持品の持ち込み | 詳しくは職員にご相談ください。----- |
| ・ 宗教、政治活動 | ホーム内での他のご入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。----- |
| ・ ペット | ペットの持ちこみおよび飼育はお断りします。----- |

9 緊急時の対応方法

ご入居者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先①	
氏名	
住所	
電話番号（携帯）	（ ）
続柄	
勤務先名（TEL）	
緊急連絡先②	
氏名	
住所	
電話番号（携帯）	（ ）
続柄	
勤務先名（TEL）	

10 非常災害対策

※別紙 「ふなばし 翔裕館 消防計画」及び「災害・火災発生時対策」参照
当ホームは非常災害に関する具体的な計画をたて、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他の必要な訓練をおこなうものとする。

11 緊急時の対処方法

利用者に容体の変化等があった場合は、医師あるいは協力医療機関に連絡し、必要な処置を講ずるほか、ご家族の方へ速やかに連絡いたします。

事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、身元引受人、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和保険会社
保 険 名	介護保険、社会福祉事業者総合保険

1 2 虐待防止に関する事項

- 1 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。
 - (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともにその結果について、従業者に周知徹底を図る。
 - (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
 - (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
 - (4) 虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者を置く。
- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所の従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとする。

1 3 衛生管理及び感染症の対策等

- 1 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとする。
- 2 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるとともに、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるものとする。
 - (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6か月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
 - (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
 - (3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

1 4 身体拘束

事業所は、サービスの提供にあたって、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。なお、やむを得ず身体拘束等行動制限を行う場合は、次の事項を実施するものとする。

1. やむを得ず身体拘束を行う場合は、管理者を中心とした事業所全体で検討し、次の手順による説明書を作成し、家族へ説明・同意を得る。
 - ① 利用者がいかなる状態であるかの客観的解説。
 - ② 当該事業所で行いうる介護手法での対応が困難な理由。
 - ③ 今後の当該利用者に対する介護の方針。
 - ④ 具体的な身体拘束の内容とその手段についての解説。
2. 拘束中は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録し、完結の日から5年間保存する。
3. 身体拘束中は常に事業所全体で解除するための検討を行う。
4. 身体拘束の適正化
 - ① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催し、従業員に周知徹底を図る。
 - ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。
 - ③ 身体的拘束等の適正化のため、研修は（新規採用時及び年間研修計画に位置付け）を2回以上実施する。

15 第三者評価の実施状況

受審 有 ・ 無

評価日 (年 月 日)

評価機関 ()

評価結果の公開状況 有 ・ なし

16 サービス内容に関する相談・苦情

<ふなばし 翔裕館>

ご入居者相談・苦情担当 作田 美智代

電話 047-456-3777

<市町村相談窓口>

船橋市役所 指導監査課 指導監査第二係

電話 047-404-2712

<国保連相談窓口>

千葉県国民健康保険団体連合会

電話 043-254-7409

「認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護」の提供開始にあたり、ご入居者に対して、契約書及び本書面に基づいて重要事項について説明しました。

令和 年 月 日

【事業所】

所在地 〒274-0064

千葉県船橋市松が丘 5-32-1

名称 ふなばし 翔裕館

説明者 氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から「認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護」についての重要事項について説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

(保証人) 住所 _____

氏名 _____ 印