

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

重要事項説明書

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社 メディカルケア 営利法人
代表者名	代表取締役 池尾深雪
所在地・連絡先	(住所) 富山県射水市東明七軒5-13 (電話) 0766-86-8857 (FAX) 0766-86-8856

2 事業所の概要

事業所の名称	ケアホームなかそね
所在地・連絡先	(住所) 富山県高岡市中曾根2374番地 (電話) 0766-54-0023 (FAX) 0766-54-0024
事業所番号	1690200330
管理者の氏名	高道 定利

3 共同生活介護の目的及び運営方針

(1) 目的

共同生活において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、入居者がその有する能力に応じた自立した生活を営むことができるように支援することを目的とします。

(2) 運営方針

- ・「いつでもどこでもその人らしく一緒に暮らす」をモットーに法人運営の基本に、利用者主体の原則を掲げ、質の高いサービスの実践を目指します。
- ・新しい地域福祉サービス開発と住民参加のまちづくりを進めます。
- ・教育、研究機関との共同による福祉教育と福祉文化の醸成に貢献します。

(3) その他

事 項	内 容
認知症対応型共同生活介護計画の作成及び事後評価	センター方式を利用しアセスメントを行い、本人・家族の思いやこれまでのなじみのものを大切にしながら、よりよいケアができるよう、出来ない部分をさりげなく支援できるプランの作成をします。
従業員研修	職場内・外で実施

4 設備の概要

(1) 構造等

敷 地		1652.89 m ²
建 物	構 造	木造1階
	延べ床面積	216.76 m ²
	利用定員	9名

(2) 居室

居室の種類	室 数	面積(一人当たりの面積)	備 考
一人部屋	9	8.46 m ² (8.46 m ²)	
二人部屋		m ² (m ²)	

(3) 主な設備

設 備	室 数	面積(一人当たりの面積)	備 考
居間・食堂	1	44.68 m ² (4.96 m ²)	
台 所	1	7.36 m ² (m ²)	
浴 室	1	3.2 m ² (m ²)	

5 職員の体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				常勤換算 後の 人数(人)	職 務 の 内 容
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	1		1			0.5	管理を一元的に行う
計画作成担当者				1		0.7	サービス計画を作成する
介護従業者	8	3	1	4		5.3	利用者の介護全般

6 職員の勤務体制

従業員の職種	勤務体制	休 暇
管 理 者	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務	土・日・祝
計画作成担当者	⑩勤 (9:00~16:00)	シフトによる
介護従業者	日勤 (8:30~17:30) A勤 (7:00~16:00) B勤 (10:00~19:00) C勤 (16:30~翌9:30)	シフトによる

7 サービス内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

食事、掃除、その他の家事等について、介護従業者がお客様のお手伝いをします。

種 類	内 容
日常生活の援助	利用者様がスムーズに生活できるよう、その場面においてできない部分をさりげなく援助します。
レクリエーション等	個々の趣味や興味のあることをしながら、楽しく過ごしていただきます。 買い物、ドライブ etc…外へ出る機会を増やし、気分転換できるよう配慮します
相談及び援助	親身になって本人さんの思いを理解し、話を聞きながら、解決の手助けをします。

イ 費用

原則として料金表の利用料金の1割及び2割が利用者の負担額となります。

また、負担額が2割の方のうち特に所得の高い方は3割の負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払下さい。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

サービス提供証明書及び領収証は、後に利用料の償還払いを受ける時に必要となります。

【料金表】

	1日あたりの単位数	1日あたりの費用	30日あたりの費用
要支援2	761単位	761円	22,830円
要介護度1	765単位	765円	22,950円
要介護度2	801単位	801円	24,030円
要介護度3	824単位	824円	24,720円
要介護度4	841単位	841円	25,230円
要介護度5	859単位	859円	25,770円
初期加算 ※1	30単位	30円	900円

※1 初期加算

入居した日から起算して30日以内の期間について、入院・外泊期間を除き加算

※2 医療連携体制加算（I）

イ 事業所の職員として看護師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名以上配置していること 37単位/日

医療連携体制加算（II）医療連携体制加算（I）のいずれかを算定しており算定日が属する月の前3月間において、医療的ケアが必要な利用者を1名以上受け入れていること 5単位/日

- ※3 介護職員処遇改善加算 (I) 介護保険適用月額料金に18.6%加算
 (II) 介護保険適用月額料金に17.8%加算
 (III) 介護保険適用月額料金に15.5%加算
 (IV) 介護保険適用月額料金に12.5%加算

※4 夜間支援体制加算 (I) 1ユニット 50単位/日

※5 看取り介護加算

- (1) 死亡日以前4日以上30日以下 144円
- (2) 死亡日以前2日又は3日 680円
- (3) 死亡日 1,280円

※6 サービス提供体制強化加算

- (1) 介護福祉士が60%以上配置されていること。 18円/日
- (2) 介護福祉士が50%以上配置されていること。 12円/日
- (3) 常勤職員が75%以上配置されていること。 6円/日
- (4) 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。 6円/日

※7 科学的介護推進体制加算

介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進し、介護サービスの質の向上を図る。

※8 口腔衛生管理体制加算 30単位/月

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合。

※9 栄養スクリーニング加算 5単位/回(6月に1回)

サービス利用者に対し利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報(医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。)を計画作成担当者で共有した場合に算定する。

※10 身体拘束廃止未実施減算 10%/日減算

身体的拘束等の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

1. 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所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こと。
2. 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回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。
3. 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
4. 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

※11 若年性認知症利用者受入加算 120単位/日

若年性認知症の人やその家族に対する支援を促進する観点から、若年性認知症の人を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供する方が対象となります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

種類	内容	利用料
保証金	専用居室、共用部分の利用権取得及び退去後の居室の原状回復等の費用	100,000円
家賃	居住に要する費用	60,000円
食費	食事の提供に要する費用	46,800円
光熱水費	水道電気等に要する費用	10,000円
理容・美容	出張による理容・美容	実費分
行事	ドライブや買い物などでの必要経費	実費分
タオル代	リース代	実費
寝具代	リース代	実費
特別な食事	ご希望に応じた特別食の提供費用	実費
日常生活費	シャンプー、トリートメント、洗濯用洗剤	50円×日数
レクリエーション費	レクリエーション材料費等	800円
感染症対策費		2,340円

※食費は30日/月計算で記載。

大盛りについては一食80円。7,200円/月加算される。

その他の費用

食材料費その他認知症対応型共同生活介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

又、実費分の料金の小計に消費税が加算されます。ただし、家賃は課税対象外です（社会物価情勢上、税率に変動があれば、その都度に応じた消費税を加算致します）。

※食事の提供に関する費用については、非課税のため額面通りの金額がお客様の負担となります。

当ホームでは、利用者様が気持ちよく過ごして頂けるようにアロマオイル、ミネラル水を提供致します。（無料）

・アロマオイル

香りを楽しみ、気分や気持ちをリラックスさせたり等多様な効果があります。

・ミネラル水

高齢者はミネラル不足になり易く、ミネラル不足で骨が弱くなったりなどの様々な不健康な症状が出てきます。その状態に陥らない為にミネラル水を飲んで頂きます。

8 利用料等のお支払方法

毎月、7日までに「7.サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたします。利用料金は毎月15日に予めお知らせした金融機関から自動振替させていただきます。残高不足等により自動振替できなかった場合には速やかに下記の口座へお振り込みください。なお、お振込された金融機関の振込明細書をもって領収書に代えます。

北陸銀行

店名 越前町支店

貯金種目 普通 口座番号 5041870

口座名義 株式会社メディカルケア

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 管理者 栗田百合子 ご利用時間 8:30～17:30 (月～金) ご利用方法 電話、FAX 又は来所
事業所外相談窓口	富山県国民健康保険団体連合会 TEL 076-431-9827 高岡市役所高齢介護課 TEL 0766-20-1365

10 非常災害時の対策

非常時の対応	火災通報装置の設置		
避難訓練及び防災設備	年2回の避難訓練の実施		
	設備名称	個数等	個数等
	スプリンクラー(ヘッド)	26	
	自動火災報知機	24	
	誘導灯	2	
消防計画等	消防署への提出日：令和 年 月 日 防災管理者：寺 由美子		

11 協力医療機関等

医療機関	病院名及び所在地	松本内科クリニック 富山県高岡市大町16-1
	電話番号	0766-27-6066
	診療科	内科
	入院設備	なし
歯科	病院名及び所在地	山田歯科医院 富山県射水市本町1-9-22
	電話番号	0766-84-4885
	入院設備	なし

1 2 夜間緊急時の対応機関

名称及び所在地	高岡市民病院 富山県高岡市宝町4-1
電話番号	0766-23-0204 (代)

1 3 住居の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 10:00 ~ 19:00 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出て下さい。来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得て下さい。
外出・外泊	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下さい。
居室・設備・器具の利用	住居内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償して頂く場合があります。
喫煙	全館・敷地内禁煙
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑のなる行為はご遠慮下さい。 また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないで下さい。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理して下さい。
宗教活動・政治活動	住居内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
動物飼育	住居内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

<平成24年11月17日改正> 事業者、事業所住所変更

<平成25年 5月 1日改正> 管理者変更

<平成25年 9月16日改正> 管理者変更

<平成26年 4月 1日改正> 利用料金変更

<平成27年 4月 1日改正> 利用料金変更

<平成29年 4月 1日改正> 利用料金変更

<平成29年10月 1日改正> 利用料金変更

<平成29年12月 1日改正> 管理者変更

<平成30年 4月 1日改正> 加算内容変更

<平成30年 7月 1日改正> 利用料金変更

<平成31年 3月 2日改正> 利用料金変更

<平成31年 3月26日改正> 利用料金負担割合変更

<令和 1年10月 1日改正> 利用料金変更

<令和 4年 7月 1日改正> 管理者変更

<令和 4年 8月 1日改正> 利用料金変更

<令和 4年10月 1日改正> 利用料金変更

- <令和 5年 5月 1日改正> 管理者変更
- <令和 5年 11月 1日改正> 利用料金引き落とし日及び振込み口座変更
- <令和 6年 6月 1日改正> 介護保険改定による料金変更及び管理者、相談窓口変更
- <令和 7年 2月 1日改正> 食費の料金変更
- <令和 7年 5月 1日改正> 管理者変更

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	富山県高岡市中曾根2374番地
	事業者(法人)名	株式会社 メディカルケア
	施設名	ケアホーム なかそね
	(事業所番号)	1690200330
	代表者名	代表取締役 池尾深雪 印

説明者 職 名 _____

氏 名 _____ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人(選任した場合) 住 所 _____

氏 名 _____ 印