

# ぬくもりの家 重要事項説明書

認知症対応型共同生活介護／介護予防認知症対応型共同生活介護

(令和6年9月1日現在)

## 1. 事業所の概要

|         |                     |
|---------|---------------------|
| 事業所名    | ぬくもりの家              |
| 所在地     | 高知県吾川郡仁淀川町森 3665 番地 |
| 管理者名    | 澤村 信一               |
| 電話番号    | 0889-32-1777        |
| FAX 番号  | 0889-20-2778        |
| 事業所指定番号 | 第 3992400048 号      |

## 2. 当事業所の目的及び運営方針

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的   | 事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定認知症対応型共同生活介護事業及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業を提供することを目的とする。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 事業の運営方針 | <ol style="list-style-type: none"><li>1) 指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供にあたって、認知症によって自立した生活が困難になった要介護及び要支援状態の入居者に対して、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、心身の特性を踏まえ、入居者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、食事、入浴、排泄等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練等必要な援助を行う。</li><li>2) 事業の実施にあたっては、入居者の認知症状の緩和や悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行なう。</li><li>3) 事業の実施にあたっては、入居者一人一人の人格を尊重し、入居者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行う。</li><li>4) 事業の実施にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、入居者又は家族に対し、サービスの提供等について、理解しやすいように説明を行う。</li><li>5) 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</li></ol> |

## 3. 事業所の職員体制及び職務内容

| 職種      | 人員    | 職務内容                                 | 備考 |
|---------|-------|--------------------------------------|----|
| 管理者     | 1 名   | 従業者及び業務の管理                           |    |
| 計画作成担当者 | 1 名   | 指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画の作成と関係機関との連絡調整 |    |
| 介護従事者   | 7 名以上 | 介護その他の日常生活上のお世話、食事の提供、機能訓練等          |    |

※ 介護従事者の標準的な時間帯における配置人員（これとは異なる場合もあります）

|    |                            |     |
|----|----------------------------|-----|
| 早出 | 午前 7 時 00 分 ～ 午後 4 時 00 分  | 1 名 |
| 日勤 | 午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 30 分  | 1 名 |
| 遅出 | 午前 10 時 00 分 ～ 午後 7 時 00 分 | 1 名 |
| 夜勤 | 午後 5 時 00 分 ～ 午前 9 時 00 分  | 1 名 |

#### 4. 利用定員

1 ユニット 9 名

#### 5. サービスの内容

- ① 認知症対応型共同生活介護計画又は介護予防認知症対応型共同生活介護計画の立案
- ② 入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上のお世話、機能訓練
- ③ 相談援助サービス
- ④ 健康管理

#### 6. 利用料金

##### (1) 介護給付【基本利用料】

介護給付対象サービスを利用する場合、1 日あたり下記の自己負担額をお支払い頂きます。

| 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 761 円 | 765 円 | 801 円 | 824 円 | 841 円 | 859 円 |

【加算】その他、以下の料金をお支払いいただく場合があります。(1 日あたり)

| 種 類                                                                    | 自己負担額                                     | 内 容                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 初期加算                                                                   | 30 円／日                                    | 入居後 30 日間と、30 日以上入院の後に再び入居された場合。                                                          |
| 医療連携体制加算(Ⅰ)3                                                           | 37 円／日                                    | ※要支援2の方は該当しません。                                                                           |
| 看取り介護加算<br>・死亡日以前 31～45 日<br>・死亡日以前 4～30 日<br>・死亡日以前 2 日又は 3 日<br>・死亡日 | 72 円/日<br>144 円/日<br>680 円/日<br>1,280 円/日 | 医師により回復の見込みがないと診断された利用者について、本人家族と合意が得られた時、計画に基づいてその人らしさを尊重した看取りをした場合。<br>※ 要支援2の方は該当しません。 |
| 入院時費用                                                                  | 246 円／回                                   | 病院又は診療所への入院を要した場合。1 月に 6 回まで。                                                             |
| 退居時情報提供加算                                                              | 250 円／回                                   | 入所者が医療機関に退所した場合、生活歴等を示す情報提供を行った場合。                                                        |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)                                                        | 22 円／日                                    | 勤務者が、法定の条件を満たしている場合。                                                                      |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)                                                         | 所定単位数×18.6%                               | 介護職員の安定的な処遇改善を図る為に、職場環境整備や賃金改善を行う為の加算です。(区分支給限度額外となります)                                   |

## (2) 介護保険給付対象外の費用

### ア) 家賃等

| 種 類 | 月 額      | 日割りの場合<br>(日額) | 備 考                                                                                          |
|-----|----------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家賃  | 12,000 円 | 400 円          | 月の途中で入退居した場合には、日割り計算とする。また、外泊又は入院した場合には、食材費のみ日割り計算とする。1日3回の食事の内、1食でも提供された場合、日額 1,150 円で計算する。 |
| 共益費 | 13,000 円 | 430 円          |                                                                                              |
| 食材費 | 34,500 円 | 1,150 円        |                                                                                              |

### イ) その他 ※ご利用希望の方のみとなります。

| 種 類     | 利用料金      | 備 考              |
|---------|-----------|------------------|
| 寝具レンタル代 | 3,000 円/月 | 日割りの場合 1 日 100 円 |
| おむつ代    | 実費        |                  |
| 理美容代    | 実費        |                  |

## (3) 利用料金の支払い方法

利用者負担金は、利用月の月末で締めを行い、翌月の 10 日までに請求しますので、同月末日までに下記の方法でお支払いください。

### ① 自動引落

高知県農業協同組合、ゆうちょ銀行がご利用できます。

利用月の翌月 15 日に引き落とします。

### ② 現金払いも相談に応じます。

### ③ 窓口振込

| 金融機関名                              | 口 座 名 義                                 | 口座番号                                        |
|------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 高知県農業協同組合<br>仁淀出張所                 | (有)ぬくもり介護センターおおの<br>代表取締役 大野 芳子(オオノヨシコ) | 普通預金<br>0274618                             |
| 四国銀行 越知支店                          | (有)ぬくもり介護センターおおの<br>代表取締役 大野 芳子(オオノヨシコ) | 普通預金<br>0199018                             |
| ゆうちょ銀行<br>※ゆうちょ銀行からのお振<br>込の場合     | (有)ぬくもり介護センターおおの<br>代表取締役 大野 芳子(オオノヨシコ) | 記号 16400<br>番号 11804311                     |
| ゆうちょ銀行<br>※ゆうちょ銀行以外の銀行<br>からお振込の場合 | (有)ぬくもり介護センターおおの<br>代表取締役 大野 芳子(オオノヨシコ) | 店名:六四八(ロクヨンハチ)<br>店番:648<br>普通預金<br>1180431 |

※保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金(10 割)をいただき、サービス提供証明証を発行します。サービス提供証明証を、後日市町村の窓口へ提出しますと、払い戻しを受けることができます。

## 7. 運営についての留意事項

- (1) 従業員の質的向上を図るための研修の機会を設け、業務体制を整備する。
- (2) この規定に定める事項のほか、運営に関する重要事項は有限会社ぬくもり介護センターおおのと事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

## 8. サービス利用にあたっての留意事項

|                 |                                                                                                                      |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 面 会 時 間         | 面会時間 午前 8 時～午後 8 時<br>来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。                                                                        |
| 外 出 ・ 外 泊       | 外出・外泊をされる場合には、事前にお申し出ください。                                                                                           |
| 居室、設備、器具の利用     | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、弁償していただくことがあります。                                                  |
| 喫 煙             | 決められた場所以外での喫煙はお断りします。                                                                                                |
| 迷 惑 行 為 等       | 騒音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。                                                                                           |
| 金 銭、貴 重 品 の 管 理 | 施設管理を基本としております。本人に管理能力がある場合、または小額の場合は個人管理をしていただいても構いません。                                                             |
| 所 持 品 の 持 込 み   | 特に制限はありません。                                                                                                          |
| 宗 教 活 動・政 治 活 動 | 住居内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。                                                                                 |
| 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。                                                                                            |
| そ の 他           | (1) 職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。<br>(2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。<br>(3) サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載すること。 |

## 9. 虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

|             |           |
|-------------|-----------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者 澤村 信一 |
|-------------|-----------|

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業員または擁護者(利用者の家族など高齢者を現に擁護する者)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します。

## 10. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。

ただし、以下の 3 つの要素をすべて満たす状態にある場合は、利用者または家族に対して説明し同意を得た上で、必要最低限の身体拘束を行うことがあります。

その場合は、専用の様式を用いてその様子・日時心身の状況・やむを得ない理由などを記録し、拘束の早期解除に向けて、必要性や方法などについて逐次検討を行います。

必要がなくなった場合は、早急に解除し利用者・家族に報告します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性……利用者本人または他の利用者などの生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い事。
- (2) 非代替性……身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がない事。
- (3) 一時性……身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

## 11. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに入居者の家族に連絡するとともに、当事業所の職員がその時間、事故の内容及び対応について記録し、賠償すべき事故の場合は、速やかに損害賠償を行います。事故の内容等によっては市町村、関係機関等に報告し適切な対応をします。

## 12. 緊急時の対応

サービス提供中に利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

## 13. 非常災害対策

- 1 サービスの提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業者は入居者の避難等適切な措置を講ずる。
- 2 防火管理についての責任者は、管理者を当てる。
- 3 防火管理責任者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとる。
- 4 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処する計画を作成する。
- 5 年 4 回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。

## 14. 衛生管理等について

- ① 当施設では、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、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ② 当施設において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- ③ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

#### 15. 第三者による評価の実施状況

|               |         |        |                          |
|---------------|---------|--------|--------------------------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1    あり | 実施日    |                          |
|               |         | 評価機関名称 |                          |
|               |         | 結果の開示  | 1   あり            2   なし |
|               | ②   なし  |        |                          |

#### 16. 権利擁護

入居者の人権尊重の理念のもとに、入居者の生活のことや財産管理は、入居者自身の意思で決定することが困難な入居者でも、安全、安楽に生活できるよう、可能な限りの援助をします。

#### 17. 協力医療機関

|                                          |                    |
|------------------------------------------|--------------------|
| 医 療 機 関 の 名 称                            | 仁淀川町国民健康保険 仁淀診療所   |
| 所            在            地              | 高知県吾川郡仁淀川町森 2577-3 |
| 診            療            科            目 | 内科 ・ 消化器科 ・ 外科 他   |
| 電            話            番            号 | 0889-32-1125       |

#### 18. 協力歯科医療機関

|                                          |                     |
|------------------------------------------|---------------------|
| 医 療 機 関 の 名 称                            | 中内歯科診療所             |
| 所            在            地              | 高知県吾川郡仁淀川町森 2577-18 |
| 電            話            番            号 | 0889-32-1013        |

#### 19. 医療連携体制

入居者の日常的な健康管理を行ったり、利用者の状態を判断し、看護師が医療面から適切な指導援助を行う。通常時及び特に状態悪化時における医療機関との連絡調整連携を行う。

#### 20. 入院期間中における居室確保と居住費

入院見込み期間が7日を超えての入院となった場合は退居となる。なお、入院中の居住費に関しては、外泊時と同様の扱いとなり、食材費のみ日割り計算となる。

## 21. 相談・苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については次の窓口で対応します。

|             |           |                           |
|-------------|-----------|---------------------------|
| 当事業所お客様相談窓口 | 責 任 者     | 澤村 信一                     |
|             | 対 応 時 間   | 午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 30 分 |
|             | 電 話 番 号   | 0889-32-1777              |
|             | F A X 番 号 | 0889-20-2778              |

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申立てができます。

|                            |                                   |           |                           |
|----------------------------|-----------------------------------|-----------|---------------------------|
| 仁<br>淀<br>川<br>町<br>役<br>場 | 医 療 保 険 課<br>介 護 保 険 係            | 所 在 地     | 仁淀川町大崎 200                |
|                            |                                   | 対 応 時 間   | 午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 15 分 |
|                            |                                   | 電 話 番 号   | 0889-35-1080              |
|                            |                                   | F A X 番 号 | 0889-35-0228              |
|                            | 池 川 総 合 支 所<br>池 川 地 域 課<br>福 祉 係 | 所 在 地     | 仁淀川町土居甲 916-3             |
|                            |                                   | 対 応 時 間   | 午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 15 分 |
|                            |                                   | 電 話 番 号   | 0889-34-2112              |
|                            |                                   | F A X 番 号 | 0889-34-2687              |
|                            | 仁 淀 総 合 支 所<br>仁 淀 地 域 課<br>福 祉 係 | 所 在 地     | 仁淀川町森 2552-1              |
|                            |                                   | 対 応 時 間   | 午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 15 分 |
|                            |                                   | 電 話 番 号   | 0889-32-1132              |
|                            |                                   | F A X 番 号 | 0889-32-1100              |
| 高知県社会福祉協議会                 |                                   | 所 在 地     | 高知市朝倉戊 375-1              |
|                            |                                   | 対 応 時 間   | 午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時      |
|                            |                                   | 電 話 番 号   | 088-844-9007              |
|                            |                                   | F A X 番 号 | 088-844-9411              |
| 高知県国民健康保険<br>団体連合会(国保連)    |                                   | 所 在 地     | 高知市丸の内 2-6-5              |
|                            |                                   | 対 応 時 間   | 午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 15 分 |
|                            |                                   | 電 話 番 号   | 088-820-8410・8411         |
|                            |                                   | F A X 番 号 | 088-820-8413              |

## 22. 当社の概要

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 名 称 ・ 法 人 種 別 | 有限会社 めくもり介護センターおおの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 代 表 者 氏 名     | 代表取締役 大野 芳子                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 所 在 地 ・ 電 話   | 高知県吾川郡仁淀川町森3675番地<br>電話 0889-20-2777                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 事 業 内 容       | 1. 居宅介護支援事業（めくもり介護センターおおの）<br>2. 訪問介護事業（めくもり介護センターおおの）<br>3. 第1号訪問事業（めくもり介護センターおおの）<br>4. 地域密着型通所介護事業（仁淀川町デイサービスセンターひなた荘）<br>5. 第1号通所事業（仁淀川町デイサービスセンターひなた荘）<br>6. 障害福祉サービス事業（めくもり介護センターおおの）<br>7. 認知症対応型共同生活介護事業（めくもりの家）<br>8. 介護予防認知症対応型共同生活介護事業（めくもりの家）<br>9. 認知症対応型共同生活介護事業（ひだまりの家）<br>10. 介護予防認知症対応型共同生活介護事業（ひだまりの家）<br>11. 障害者等日中一時支援事業（仁淀川町デイサービスセンターひなた荘）<br>12. 基準該当短期入所生活介護事業<br>（仁淀川町基準該当短期入所生活介護ひなた荘）<br>13. 基準該当介護予防短期入所生活介護事業<br>（仁淀川町基準該当短期入所生活介護ひなた荘）<br>14. 共生型生活介護事業（仁淀川町デイサービスセンターひなた荘） |

### 【説明確認欄】

令和      年      月      日

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契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

|     |      |                    |
|-----|------|--------------------|
| 事業者 | 所在地  | 高知県吾川郡仁淀川町森3675番地  |
|     | 事業者名 | 有限会社 めくもり介護センターおおの |
|     | 事業所名 | グループホーム めくもりの家     |
|     | 管理者  | 澤村 信一              |

説明者 \_\_\_\_\_ (印)

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契約の締結にあたり、上記の通り説明を受けました。

利用者      住所      高知県吾川郡仁淀川町

氏名      \_\_\_\_\_ (印)

(代筆者)      住所      \_\_\_\_\_

氏名      \_\_\_\_\_ (印)

本人との続柄      \_\_\_\_\_