

重要事項説明書

(指定介護予防)指定認知症対応型共同生活介護

—なでしこの家—

当事業所はご契約者に対して指定認知症対応型共同生活介護サービス及び指定介護予防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、契約上ご注意頂きたい事を次の通りご説明いたします。

◆◆目次◆◆

1、事業主体概要	2
2、施設概要	2
3、職員体制	3
4、勤務体制	3
5、サービス及び利用料金等	3
6、利用料金のお支払い方法	6
7、協力医療機関	7
8、サービス提供により賠償すべき事故が発生した時の対応	8
9、苦情相談機関	8
10、秘密保持と個人情報の保護について	9
11、身体拘束等を行う際の手続きについて	9
12、虐待防止に関する事項	9
13、運営推進会議の設置	9
14、非常火災時の対応	9
15、緊急時における対応方法	9
16、サービス利用にあたっての留意事項	10

1,事業主体概要

事業主体名	株式会社なでしこ
代表者氏名	代表取締役 中川 清彦
所在地	〒546-0013 大阪府大阪市東住吉区湯里一丁目14番5号
電話及びFAX番号	TEL 06-6705-0200 FAX 06-6705-0315
他の介護保険 関連の事業	① 特定施設入居者生活介護 ハートフルリビングなでしこ ② 地域密着型特定施設入居者生活介護 ハートフルリビングなでしこ桑津 ③ 小規模多機能型居宅介護 私の家なでしこ ④ 看護小規模多機能型居宅介護 私の家なでしこ南田辺 ⑤ 特定施設入居者生活介護 ハートフルリビングなでしこ都島 ⑥ 認知症対応型共同生活介護 なでしこの家友渕町 ⑦ 認知症対応型通所介護<共用型>なでしこの家 デイたいむ ①③⑤⑥⑦介護予防有
他の介護保険 以外の事業	なし

2,施設概要

施設名	なでしこの家
目的	有限会社なでしこが設置する「なでしこの家」という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、事業所の管理者、計画作成担当者、介護職員が要介護状態（指定介護予防認知症対応型共同生活介護にあたっては要支援状態）にある高齢者に対し、適切な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生活介護を提供することを目的とする。
施設の運営方針	1、本事業所において提供する指定認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する大阪市条例の趣旨及び内容に沿ったものとする。 2、利用者様の人格を尊重し、常に利用者様の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の認知症対応型共同生活計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成することにより、利用者様が必要とする適切なサービスを提供する。 3、利用者様及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。 4、適切な介護技術を持って家庭的な環境と地域に根付いたサービスを提供する。

	5、常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。
施設の種類	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
管理者	宮川 照正
開設年月日	平成 23 年 1 月 1 日
保険事業者指定番号	2790800110
所在地	〒546-0012 大阪府大阪市東住吉区中野二丁目 5 番 11 号
電話及び FAX 番号	TEL 06-6705-0080 FAX 06-6705-0010
居室の概要	居室 27 室（1 室 10.08 ㎡）
共用施設の概要	トイレ 9（各ユニット 3）
防犯防災設備 避難設備の概要	消火器、スプリンクラー、自動火災報知機と火災通報装置の連動、 誘導灯
損害賠償責任保険加 入先	あいおいニッセイ同和損保
実施地域	大阪市内

3、職員体制

職員の職種	員数	常勤		非常勤		常勤換算
		専従	非専従	専従	非専従	
管理者	1		1			0.6
計画作成担当者	2		2			1.6
介護従事者	26	6		21		28.0
看護職員	2				2	1.6
その他	5					

*常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数＜週 38 時間＞で除した数です。

4、勤務体制

昼間の体制	基本時間	6:00～21:00
	管理者	9:00～18:00
	計画作成担当者	9:00～18:00
	看護職員	9:00～18:00
	1 ユニット	
	介護職員 3 名	早出 7:00～16:00 日勤 9:00～18:00 遅出 10:30～19:30
夜間の体制	基本時間	21:00～6:00
	介護職員 3 名	17:30～9:30

5、サービスおよび利用料金等（非課税の記載のないものは税込となります）

保険給付サービス （非課税）	食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等の日常生活の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等 上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額（省令により変動有り）が自己負担となります。
家賃	55,000 円（非課税）
管理費	35,000 円 共用部分の維持管理費・水道光熱費・建物の修繕管理費・居室内の水道代
食費	48,000 円<30 日の場合>1,600 円/日 内訳 朝食 300 円 昼食 600 円 おやつ 100 円 夕食 600 円 *欠食の受付は欠食日より前日までとなっています。 （非課税）
福祉用具	実費（商品により消費税の有無が別）
行事費等	内容により実費徴収
オムツ	実費
理美容	実費
医療費	実費
外出	協力医療機関以外の通院やその他特別な外出介助 1 時間以内 2,000 円 以後 30 分ごとに 1,000 円（税込）
交通費	当該利用者様に関わることで発生した交通費は実費 *搬送等で付き添いをした場合、最速手段にて職員が事業所へ戻る必要があるため、公共交通機関のみならずタクシーを使用することがあります。
その他	個人で購入した品物で立替したものの費用 生活するうえで係る費用
入院期間中における 居住費や食費の取り 扱い	家賃 減額なし 食費 入院中の費用なし 管理費 日割り半額 ※管理費の日割りの半額とは、管理費を月の日数で割り小数点以下切捨て、その金額を 1/2 にして小数点以下を切り上げた金額を指す。
体験利用（非課税）	1 日 5,000 円 食費別途 1,600 円/日（朝食：300 円、昼食：600 円、おやつ：100 円、夕食：600 円） リネン費 100 円/日

●介護保険料金

介護度	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本単位	748 単位	752 単位	787 単位	811 単位	827 単位	844 単位

<上記 1 日単位>

● 加算

1) 入院時費用

- ・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）事業所に入居後、医療機関に入院し 3 ヶ月以内に退院し再入居になった場合も 1 月に 6 日を限度として同様の初期加算が摘要となり、下記のとおり加算分の自己負担が必要となります。

単位数	246 単位
-----	--------

2) 初期加算

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）事業所に入居した日から起算して 30 日以内の期間については、初期加算として下記のとおり加算分の自己負担が必要となります。<30 日を超える病院又は診療所への入院の後に認知症対応型生活介護（介護予防認知症対応型生活介護）に再び入居した場合も同様とします。>

単位数	30 単位
-----	-------

3) 医療連携体制加算

1、医療連携体制加算（Ⅰ）

- *医療機関、訪問看護ステーションに在籍する看護師と連携し、24 時間連絡体制を確保している場合。入居者の状態が急変あるいは重度化した場合の対応指針を別途定めている場合。

単位数	39 単位
-----	-------

2、医療連携体制加算（Ⅱ）

- ・上記、*の要件
- ・事業所の職員として准看護師を常勤換算で 1 名以上配置している場合。
- ・喀痰吸引、経腸栄養、人工呼吸器、人口膀胱、人工肛門、褥瘡に対する治療が行われている利用者が前 12 か月において 1 人以上いる場合。

単位数	49 単位
-----	-------

3、医療連携体制加算（Ⅲ）

- ・上記、*の要件
- ・事業所の職員として看護師を常勤換算で 1 名以上配置している場合。
- ・喀痰吸引、経腸栄養、人工呼吸器、人口膀胱、人工肛門、褥瘡に対する治療が行われている利用者が前 12 か月において 1 人以上いる場合

単位数	59 単位
-----	-------

4) 看取り介護加算

- ・ 医療連携体制加算を算定していること
- ・ 医師が回復の見込みがないと診断した者
- ・ 利用者の介護に係る計画が作成されている場合
- ・ 看取り指針を定め、入居の際に利用者に対して内容を説明し同意を得ている場合

(死亡日以前 31～45 日)

単位数	72 単位
-----	-------

(死亡日以前 4～30 日)

単位数	144 単位
-----	--------

(死亡日前日及び前々日)

単位数	680 単位
-----	--------

(死亡日)

単位数	1280 単位
-----	---------

5) 夜間支援体制加算

夜間及び深夜の時間帯を通じて介護職員を 1 ユニット 1 名配置することに加えて、夜勤を行う介護従事者又は宿直勤務を行う者を 1 名以上配置している場合

単位数	25 単位
-----	-------

6) 若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症利用者<第 2 号被保険者>ごとに個別の担当者を定めている場合

単位数	120 単位
-----	--------

7) 退居時相談援助加算

利用期間が 1 ヶ月を超える利用者様が退居し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者様の退居時においてに当該利用者様及びその家族等に対して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い、かつ、当該利用者様の同意を得て、退居の日から 2 週間以内に当該利用者様の退居後の居宅地を管轄する市町村及び老人介護支援センター又は地域包括支援センターに対して、当該利用者様の介護状況を示す文書を添えて当該利用者様に係る居宅サービスを又は地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合

単位数	400 単位 (利用者一人につき 1 回を限度)
-----	--------------------------

8) 認知症専門ケア加算

1、認知症専門ケア加算（Ⅰ）

日常生活自立度Ⅲ以上の方が入居者の 1/2 以上で、職員の中で認知症介護実践リーダー研修修了者がいること、職員間で認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を定期的開催していること

単位数	3 単位
-----	------

2、認知症専門ケア加算（Ⅱ）

認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者研修修了者を 1 名以上配置していること

単位数	4 単位
-----	------

9) サービス提供体制強化加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所が指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い 1 月につき加算となります。

1、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

介護福祉士が 70%以上または、勤続年数 10 年以上の介護福祉士が 25%以上いる場合

単位数	22 単位
-----	-------

2、サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

介護福祉士が 60%以上いる場合

単位数	18 単位
-----	-------

3、サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

介護福祉士が 50%以上または、常勤職員が 75%以上または、勤続年数 7 年以上の職員が 30%以上いる場合

単位数	6 単位
-----	------

10) 生活機能向上連携加算

1、生活機能向上連携加算（Ⅰ）

リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言を受けることができる体制を構築し、計画作成担当者担当者と身体状況等の評価を共同して行っている場合、3 月につき加算となります。

単位数	100 単位
-----	--------

2、生活機能向上連携加算（Ⅱ）

リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問し、計画作成担当者担当者と身体状況等の評価を共同して行っている場合、1 月につき加算となります。

単位数	200 単位
-----	--------

11) 栄養管理体制加算

管理栄養士（外部との連携も含む）が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行っている場合、1月につき加算となります。

単位数	30 単位
-----	-------

12) 口腔衛生管理体制加算

歯科医師また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、1月につき加算となります。

単位数	30 単位
-----	-------

13) 口腔・栄養スクリーニング加算

1、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）

事業所の従業員が、入居開始時及び入居6ヵ月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を担当する計画作成担当者に提供している場合、6月につき加算となります。

単位数	20 単位
-----	-------

2、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）

利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態及び栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を担当する計画作成担当者に提供している場合、6月につき加算となります。

単位数	5 単位
-----	------

14) 科学的介護推進体制加算

利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出している場合、1月につき加算となります。

単位数	40 単位
-----	-------

15) 介護職員処遇改善加算

1、介護職員処遇改善加算Ⅰ

所定単位数の合算に11.1%の加算率を乗じた単位数で算定となります。

2、介護職員処遇改善加算Ⅱ

所定単位数の合算に8.1%の加算率を乗じた単位数で算定となります。

3、介護職員処遇改善加算Ⅲ

所定単位数の合算に4.5%の加算率を乗じた単位数で算定となります。

16) 介護職員等特定処遇改善加算

1、介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ

所定単位数の合算に 3.1%の加算率を乗じた単位数で算定となります。

2、介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ

所定単位数の合算に 2.3%の加算率を乗じた単位数で算定となります。

17) 介護職員等ベースアップ等支援加算

所定単位数の合算から介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算を除いたものに 2.3%の加算率を乗じた単位数で算定となります。

*上記の加算に関しては利用者様の状態や事業所の運営状況により異なります。

*1単位：10.72となります。介護保険の場合、最終合計単位数の算出となりますので上記の金額とは異なることがありますのであくまで目安とお考えください。

*所定単位数とは基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数を指します。

*利用者様が介護認定を受けていない場合には、サービス料金全額を一旦お支払い頂きます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます<償還払い>。償還払いとなる場合、利用者様が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。もしくは、介護認定がおりてからの請求とさせていただきます。

*介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて利用者様の負担額を変更します。

*概算に関しては、別紙介護保険自己負担額表をご確認ください

6、利用料金のお支払い方法

料金・費用は、一ヶ月ごとに月末にて精算し、毎月 17 日までに前月の利用料等の請求書を送付します。銀行口座振替にて当月 27 日にお支払いください。また、振込の場合は下記口座に当月末日までにお支払ください。

【銀行口座振替の場合】

専用申し込み用紙をお渡しします。

【銀行振込みの場合】

三井住友銀行 駒川町支店 普通口座 1711151 株式会社なでしこ

7、協力医療機関

当事業所では、利用者様の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

協力医療機関名	電話番号	住所
医療法人橘会 東住吉森本病院	06-6606-0010	〒546-0014 大阪市東住吉区鷹合 3-2-66
医療法人社団日翔会 生野愛和病院	06-6791-7800	〒544-0015 大阪市生野区巽南 5-7-64
医療法人祥風会 みどりクリニック	06-6676-5600	〒558-0054 大阪市住吉区帝塚山東 4-2-3
医療法人清博会 野瀬歯科	06-6705-3554	〒546-0013 大阪市東住吉区湯里 6-2-23
医療法人卓翔会 谷町アイントクリニック	06-6788-8701	〒540-0012 大阪府中央区谷町 1-5-9 大西ビル 2階

8、サービス提供により賠償すべき事故が発生したときの対応

民間企業の提供する損害賠償責任保険に加入しています。賠償に相当する可能性がある場合は、契約者又はご家族の方に当該保険の調査等の手続きにご協力いただく場合があります。又、賠償の範囲は、原則、損害賠償責任保険の補償範囲となります。

9、苦情相談機関

(1) 当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

管理者 計画作成担当者 介護主任	電話番号 06-6705-0080 受付時間 9:00～18:00
------------------------	--------------------------------------

行政その他苦情相談窓口

東住吉区保健福祉センター 地域保健福祉担当（介護保険）	所在地 大阪市東住吉区東田辺 1-13-4 電話番号 06-4399-9859 受付時間 9:00～17:30
大阪市東住吉区社会福祉協議会 地域包括支援センター	所在地 大阪市田辺 2-10-18 電話番号 06-6622-0055 受付時間 9:00～17:00
おおさか介護サービス相談センター	所在地 〒543-0021 大阪市天王寺区東高津 12-10 (大阪市立社会福祉センター308) 電話番号 06-6766-3800 受付時間 9:00～17:00
大阪国民健康保険団体連合会	所在地 〒540-0028 大阪市中央区常盤町 1-3-8 電話番号 06-6949-5309 受付時間 9:00～17:00
大阪市福祉局高齢者施策部 介護保険課（指定・指導）	所在地 大阪市中央区船場中央 3-1-7-331 電話番号 06-6241-6310～14

10、秘密保持と個人情報の保護について

サービスを提供する上で知り得た利用者様及びその家族様に関する個人情報を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この守秘義務は本契約を終了した後も継続します。予め、文章にて同意を得て、必要な医療機関やサービス提供に必要な関係機関、サービス担当者会議等で必要な場合に使用させていただきます。

11、身体的拘束等を行う際の手続きについて

- 1、事業所は当該利用者様の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者様の行動を制限する行為（「身体的拘束等」という。）を行いません。
- 2、前項の規定による身体的拘束等は予め利用者様又は利用者様の家族に説明を行い、同意を得た場合のみ、その条件と期間内においてのみ行うことができますものとしします。
- 3、1・2項の規定による身体的拘束等を行う場合には、その状態及び時間、その際の利用者様の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録し保存します。

12、虐待防止について

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

- 1、研修等を通じて、職員の人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- 2、常に人権の擁護・虐待防止を意識し適切な支援の実施に努めます。
- 3、従業者は支援にあたっての悩みや苦勞を分かちあい、従業者が利用者様等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- 4、従業者が虐待を発見した場合には、速やかに上長に報告し、事実確認及び改善に向けた取り組みに努めます。また、必要と判断された場合には、保険者にも報告を行うものとしします。

13、運営推進会議の設置

当事業所では、認知症対応型共同生活介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

<運営推進会議>

構 成：利用者、利用者家族、地域住民の代表者、大阪市の職員もしくは事業所が所在する地域を管轄する地域包括支援センターの職員、及び介護サービスについての知見を有する者とする。

開 催：おおむね2ヵ月に1回以上とする。

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

14、非常火災時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則り対応します。また、非難訓練を年2回、利用者様も参加して行います。

15、緊急時における対応方法

- 1、従業者はサービス実施中に利用者様の心身の状況に異常その他緊急事態が生じたときには、速やかに主治医に連絡などの措置を講ずる。
- 2、主治医との連絡並びに指示が得られなかった場合には、事業所が定めた協力医療機関へ連絡するとともに受診等の適切な処置を講ずる。

16、サービス利用にあたっての留意事項

食 事	欠食は前日までに依頼があった場合、食費はかかりません。
排 泄	利用者様の状況に応じ、適切な介助を行う為、必要なオムツ類を使用させていただきます。
入 浴	週2回を基本としますが利用者様の状態により考慮します。
日常生活上の援助	<ul style="list-style-type: none">・洗濯・居室内の掃除・シーツ交換・行事、余暇活動の計画・その他必要と判断される援助
面会	面会の際は、面会カードをご記入ください。ご家族様が宿泊される場合は、予め、事業所に申し出てください。又、寝具はご用意ください。
外出・外泊	所定の用紙で職員へ届出をしてください。利用者様単独での外出はお断りしています。
居室変更	利用者様の状態や管理上の都合により居室の変更を行う場合がありますので、予めご了承下さい。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。また無断で他の入居者の居室に立ち入らないようにしてください。
所持品の持ち込み	貴重品や金銭は、当事業所では管理しておりませんので、紛失等の責任は負いかねます。予めご了承下さい。又、危険物の持ち込みは禁止とさせていただきます。布団一式とシーツ類は揃えておりますが、毛布等必要な物があればご用意下さい。
住 所	大阪市内に在住<住民票のある>方。

指定認知症対応型共同生活介護サービス及び指定介護予防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受け同意し交付を受けました。

年 月 日

事業者 所在地 大阪市東住吉区湯里一丁目 14 番 5 号
事業者名 株式会社なでしこ
代表者名 代表取締役 中川 清彦 ㊞

事業所 所在地 大阪市東住吉区中野二丁目 5 番 11 号
事業所名 なでしこの家

説明者名 _____ ㊞

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、同意し交付を受けました

利用者住所 _____

利用者氏名 _____ ㊞

代筆者氏名 _____ ㊞

身元引受人住所 _____

身元引受人氏名 _____ ㊞