

今安ニコニコハウス 重要事項説明書

指定認知症対応型共同生活介護（指定介護予防認知症対応型共同生活介護）

当施設は介護保険の指定を受けています。（福知山市指定 2692600188号）

当事業所はご契約者に対し、（介護予防）認知症対応型共同生活介護を提供します。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ことを次の通り説明します。

1. 事業所経営法人

法人名	社会福祉法人 福知山シルバー		
法人所在地	京都府福知山市字牧小字狭間 250 番 5		
電話番号	0773(33)3770	FAX	0773(33)2820
代表者名	理事長 小谷 洪一	設立年月日	平成8年4月3日

2. 事業所の説明

事業所の種類	指定認知症対応型共同生活介護 指定介護予防認知症対応型共同生活介護		
指定年月日	令和3年3月22日		
福知山市の事業者指定	福知山市指定第 2692600188 号		
利用定員	6名（居室9室）		
建物	鉄骨造2階建て 準耐火建築物 「延床面積 510.75㎡」 ※ 1階 小規模多機能型居宅介護事業		
事業所の目的	在宅生活において物忘れ等によって、自立した生活が困難な方に対し助け合いながら共に生活することで自尊心の回復と自立生活の助長を図ることを目指します。ご入所者の基本的人権を尊重し、いつもニコニコと寂しくない生活を目指します。		
事業所の名称	今安ニコニコハウス		
事業所の所在地	京都府福知山市字今安小字前田 1004 番の 1		
電話番号	0773(25)2520	FAX 番号	0773(25)2530
管理者	近藤 恭一		
事業所の運営方針	事業所の職員は、利用者の人格の尊重、言葉遣い、接遇態度等基本的人権を尊重し、利用者一人ひとりの個性を大切にサービスを提供する。事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的なサービス提供に努めるものとします。		
開設年月日	令和3年3月22日		
通常の実施地域	福知山市		
営業日	年中無休 日中時間 8:30～19:00 夜間時間 19:00～8:30（翌日）		

※受付・相談については、8:30～17:00 となります。

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して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）サービスを提供する職員として以下の職員を配置しています。

職員の職種		備考
管理者	1名	計画作成担当者 介護職員と兼務
計画作成担当者	1名	管理者 介護職員と兼務
介護職員	3名以上	上記、兼務者も含まず
看護職員	1名以上	併設小規模多機能看護職員と兼務
夜勤者	1名	併設小規模多機能介護職員と兼務

【主な職種の勤務体制】

職員の職種	勤務体制
管理者	勤務時間 8:30 ~ 17:30
計画作成担当者	勤務時間 8:30 ~ 17:30
看護職員	勤務時間 8:30 ~ 17:30
介護職員	日 勤 8:30 ~ 17:30
	遅 出 10:00 ~ 19:00 14:00 ~ 19:00
	夜勤(1) 16:00 ~ 1:00 夜勤(2) 1:00 ~ 翌10:00

4. 職員の職務

(1) 管理者

施設従業者の管理、利用申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。

(2) 計画作成担当者

ご利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型共同生活介護計画を併設する小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員と連携を図り、効果的に作成・運用・管理する。

(3) 介護職員

ご利用者の心身状況を的確に把握し、当事業のサービス計画に基づく、入浴、排泄、食事その他日常生活の介護、相談、援助業務等を行う。

(4) 看護職員（併任）

ご利用者の日常的な健康管理及び緊急時の対応、かかりつけ医へ連絡等の業務を行う。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対し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）サービスを提供します。それぞれのサービスについて利用料金の一部が介護保険から給付される場合と利用料金の全額をご契約者の自己負担いただく場合があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、原則として料金表の利用料金の1割がご契約者の負担額となります。

一定以上の所得がある65歳以上のご契約者は2割もしくは3割となります

(介護保険負担割合証にて確認)

介護保険給付サービス

種類	内容
排泄	・入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴	・清潔を保っていただく為、概ね週2回以上の入浴または清拭を行います。 また、汚染等が見られた場合には、随時シャワー浴等を行っています。
着替・整容	・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。
健康管理	・併設事業所の看護師が看護業務を併任し、日常的な健康管理及び緊急時の対応、主治医との連絡等を行います。
相談援助	・当事業所は、ご利用者およびそのご家族からの相談について、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

介護保険給付外サービス

種類	内容
食事	栄養士の立てる献立により、栄養バランスに配慮したバラエティに富む食事を提供しています。 (食事時間) 朝食 7:00～8:30 昼食 12:00～13:00 夕食 17:30～18:30 ※ 食事時間はあくまでも目安であり、ご利用者の心身の状況により柔軟に対応しています。
理髪・美容	毎月1回、出張理髪サービスを利用いただけます。
日用品購入 医療費等支払い	ご利用者又はご家族の選定による日常生活物品や嗜好品の購入、医療機関等への支払が困難な場合は、ご利用者、ご家族の同意を得た上で、購入・支払を代行します。事業所が立て替えた購入・支払代金は、後日、利用料と併せてご請求します。金額は請求明細、領収書(原本)にてご確認下さい。
書類 貴重品管理	事業所は、ご利用者又はご家族からの申し出に基づき、保険証等の書類、認印等について管理・保管します。管理及び保管の手続きは、管理依頼書・保管依頼書にて行います。事業所は、ご利用者の現金、預貯金、その他財産の管理・保管を行いません。お小遣い等ご利用者が管理される貴重品の紛失について、事業所は責任を負いかねますので、ご了承下さい。

6 サービス利用料及び利用者負担

(1) 介護費【1日あたりの利用者負担】

(令和3年 4月1日現在)

要介護度	利用者負担 (1割負担の場合)	利用者負担 (2割負担の場合)	利用者負担 (3割負担の場合)
要支援 2	760円/日	1,520円/日	2,280円/日
要介護 1	764円/日	1,528円/日	2,292円/日
要介護 2	800円/日	1,600円/日	2,400円/日
要介護 3	823円/日	1,646円/日	2,469円/日
要介護 4	840円/日	1,680円/日	2,520円/日
要介護 5	858円/日	1,716円/日	2,574円/日

(2) 介護費の加算【1日あたりの利用者負担】

(令和3年 4月1日現在)

	利用者負担 (1割負担の場合)	利用者負担 (2割負担の場合)	利用者負担 (3割負担の場合)
初期加算	30円/日	60円/日	90円/日
退去時相談援助加算	400円/回	800円/回	1200円/回
介護職員処遇改善加算(1)	合計金額×11.1%の 1割	合計金額×11.1%の 2割	合計金額×11.1%の 3割

※ ご入居後30日間は、初期加算が上記介護費に加算されます。

※ 退去時相談援助加算は、グループホームを退去されるご利用者に対して、自宅や地域での生活が継続できるよう相談、支援を行った場合に1回を限度として加算されます。ご利用者の同意を得て、退居の日から2週間以内に利用者の退居後の居宅地を管轄する市町村等に対して、介護状況を示す文書を添えて居宅サービス等の情報を提供します。

※ 介護職員処遇改善加算(1)は当該加算以外の合計金額に11.1%加算されるものです。

※ この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。

(法定利用料は、法律の改定等により変更されることがあります。)

※ 上記負担額で計算した場合の料金と実際の請求額は、端数処理の関係上、若干の差異が生じることがあります。

(3) 介護保険対象外料金

・入居一時金 40,000 円 (入居時のみ)	・オムツ代 (実費)
・居住費 1,500 円 (1日あたり)	・レクレーション・クラブ活動費 (実費)
・食材料費 朝食 300 円 (1食あたり)	・理美容代 (実費)
昼食 550 円 (1食あたり)	・受診・健康診断等 (実費)
おやつ 50 円 (1回あたり)	・その他の日用品費 (実費) 歯ブラシ・シャンプー・タオル等
夕食 500 円 (1食あたり)	
・光熱水費 5,000 円 (1ヵ月あたり)	
・洗濯代 100 円 (1回あたり)	

- ※ 2 日前までに欠食する旨の届出があった場合は、朝食 300 円、昼食 550 円、おやつ 50 円、夕食 500 円をそれぞれ欠食返金分として翌月分の請求時に精算します。
- ※ 居住費及び光熱水費は、月途中の入居・退去についてのみ入居日からもしくは退去日までの日割りにて計算します。(該当月の歴日数で、日割り計算した額とします。なお、利用契約期間中については、外泊や入院等によるご不在期間の有無に関わらず、1ヵ月分単位で計算します)

(4) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)、(3)の料金・費用は、月末に1ヵ月ごとに計算し、翌々月1日に引き落としします。(引き落とし日が祝祭休日の場合翌日となります。)

※ (3)の入居一時金は初回のみ引き落としとなります。

< お支払い方法 >

ア. 金融機関口座からの自動口座振替

イ. 銀行振込 (振込手数料はお客様負担となります。)

※ サービス利用月の翌月末日までに事業所指定の口座へお振込いただきますようお願いいたします。

ウ. 施設での現金支払い (原則には<ア>の方法。やむを得ない場合のみ行います。)

7 サービス提供の記録等

- (1) 事業所は、サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「個別サービス提供記録書」等の書面に、提供したサービス内容を記録します。
- (2) 事業所は、一定期間ごとに、「認知症対応型共同生活介護計画」等の見直しを行い、前項の「個別サービス提供記録書」等に、その内容を記録します。
- (3) 事業所は、前項にある「個別サービス提供記録書」等の記録をご利用終了後5年間はこれを適正に保存し、ご利用者及びご家族の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。 ※ 白黒A4 1枚 10円

8. 苦情の対応について（別紙のとおり）

<p>利用相談 連絡先</p>	<p>苦情解決責任者 和田 葉子（法人本部） 苦情受付担当者 石原 万史（小規模多機能 管理者） 近藤 恭一（グループホーム管理者） 電 話：0773-25-2520</p>
<p>連絡先</p>	<p>◎（福）福知山シルバー ニコニコハウス 〒620-0913 京都府福知山市字牧小字狭間250番5 電 話：0773-33-3770 F A X：0773-33-2820 受付時間：午前8時30分～午後5時30分（土日祝休） E-mail：niko3770@npoj.com</p> <p>◎第3者委員 立居 久一 E-mail：tachii91@yahoo.co.jp 岡本 栄嗣 E-mail：okamoto@anet-kyoto.or.jp</p> <p>◎福知山市福祉保健部高齢者福祉課介護保険係 〒620-8501 京都府福知山市字内記13-1（内記3丁目） 電 話：0773-24-7013 F A X：0773-22-9073 受付時間：午前8時30分～午後5時15分 （土日祝及び年末年始休）</p> <p>◎京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課介護相談係 〒600-8411 京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町620番 電 話：075-354-9090 F A X：075-354-9055 受付時間：午前9時00分～午後5時00分（土日祝休）</p>

9. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各利用者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や介護施設を協力医療機関・施設として連携体制を整備しています。

<p>協力医療機関の名称</p>	<p>渡辺医院</p>
<p>所在地</p>	<p>京都府福知山市字牧1616番地の1</p>
<p>電話番号</p>	<p>0773-33-2260</p>
<p>バックアップ施設の名称</p>	<p>ニコニコハウス</p>
<p>所在地</p>	<p>京都府福知山市字牧小字狭間250番5</p>
<p>電話番号</p>	<p>0773-33-3770</p>

10. 緊急時と事故発生時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族へ連絡を致します。又、事故発生時において事業者に過失がある場合は、損害を賠償し利用者の立場に立ち誠心誠意対応いたします。

11. 運営推進会議の設置

当事業所では提供にあたり、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ます。

運営推進委員会	
構成	利用者・利用者の家族・地域住民代表・市職員・小規模多機能型居宅介護職員・認知症対応型共同生活介護職員・認知症対応型共同生活介護について知見を有するもの
開催	隔月で開催
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

12. 虐待の防止について

当事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置講じます。

- 1 委員会の設置、研修等を通じて、職員のご利用者に対する人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- 2 成年後見制度の利用を支援します。
- 3 サービス提供中に、当事業所職員又は養護者（ご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ご利用者を発見した場合は、すみやかに、これを保険者に通報します。
- 4 職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職員がご利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

13. 秘密保持の厳守について

事業所及びすべての従業者は、サービス提供する上で知り得た利用者及びその保証人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様といたします。

14. 個人情報の保護について

- (1) 事業所は、自らが作成または取得し、保存している利用者等の個人情報について、個人情報の保護に関する法律その他関連法規及び、事業所の諸規則に則り、適正な取り扱いを行います。
- (2) 事業所は、法令規則により公的機関あて報告が義務付けられているもの、及び緊急の場合の医療機関等へのご利用者の心身等に関する情報提供、その他利用者が、『個人情報の使用に係る同意書』にて予め同意しているもの以外に、利用者または保証人の同意なく第三者に個人情報の提供を行いません。
- (3) 事業所で作成し、保存している利用者の個人情報、記録については、利用者及び保証人はいつでも閲覧できます。また、実費にて複写することもできます。

15. 身体拘束の禁止

当事業所は、サービスの提供にあたり、ご利用者本人もしくは他のご利用者の身体に危険が生じるような緊急やむを得ない場合を除いて、ご利用者の身体を拘束することはありません。

やむを得ず、身体拘束を行う際は、回避方法について十分に検討した上で、拘束を行う以外に安全確保が困難と判断されたケースについて、施設長や各専門職からなる「身体拘束廃止委員会」が緊急やむを得ない場合(①切迫性 ②非代替性 ③一時性)に該当するかどうか、その必然性について十分に検討し、ご利用者もしくはご家族へ説明し、同意をいただいた上で、実施いたします。

また、拘束を行った後は、その状況を記録し、部署会議、身体拘束廃止委員会にて拘束回避の可能性について、定期的に検討し、回避に向けた努力を行うと共にその結果をご利用者もしくはご家族へご説明いたします。

16. 事故発生時の対応及び賠償責任

- 1 当事業所は、ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合、ご利用者の家族、又は身元引受人並びに福知山市及び関係各機関に連絡し、必要な措置を講じます。
- 2 当事業所は、サービスの提供によりご利用者に賠償すべき事故が発生した場合、天災地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意をもって損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、ご利用者の側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。
- 3 当事業所は、万が一の事故の発生に備えて、賠償責任保険に加入しています。

17. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

差入れ 贈物等	ご利用者へ食べ物を差入れされる際は、職員へご連絡いただきますようお願いいたします。また、対象は本人のみとし、他ご利用者や職員へのもてなし・贈物は、一切お断りいたします。場合によっては返却させていただく場合もございますのでご了承下さい。
来訪・面会	来訪者は、面会時間内（概ね 10:00～19:00）にお願いします。 ※ 面会時は、施設で行っている感染症対策にご協力願います。 また感染症の発生状況によっては、一時的に面会をご遠慮いただきます。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を申し出てください。
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したがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。
迷惑行為等	騒音等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教活動 政治活動	施設内で他の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。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

この契約の証しとして本契約書及び重要事項説明書を2通作成し、ご利用者及び事業者は記名押印のうえ、各自その1通を保有します。

定サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

< 事業者 >

場 所	時間 午前・午後	時	分
説明者職名	氏名		印

私達は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定サービスの提供開始に同意します。希望してその他のサービスの利用を受けた場合に、当該サービスの利用料を支払うことに同意します。

< 利用者 >

住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行いたします。

< 代理人 >

住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

(契約者との続柄)