

## フレンド生駒・菜の花Ⅰ・Ⅱ

### 指定認知症対応型共同生活介護 重要事項説明書 指定介護予防認知症対応型共同生活介護 重要事項説明書

当事業所（以下「施設」という。）はご契約者に対して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〕（以下「介護サービス」という。）を提供します。施設の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

- ◎ 当施設の利用は、要介護認定の結果「要介護」又は「要支援２」と認定され、かつ認知症の状態にあることを、医師の診断書により確認された方が対象となります。

#### 【事業の目的】

この事業は要介護状態または要支援状態にあり、かつ認知症の状態にある高齢者に対し、適正な共同生活住居及び介護サービスを提供するものです。

#### 【施設の運営理念】

- 一．利用者の心と身体に寄り添い、安心できる生活をお手伝いします。
- 二．利用者の尊厳を守り、自立を支援します。
- 三．地域に開かれたホームを目指します。

#### 【施設の運営方針】

- 一．当施設は、家庭的な環境の下で食事、入浴、排泄等の介護、その他日常生活上の世話及び機能等の訓練を必要に応じ行うことにより、利用者が可能な限り自立した生活を営むことができるように援助します。
- 二．当施設は利用者の心身の状況に応じて、利用者及び身元保証人と、施設が話し合いをし、利用者が適切な日常生活を得られるよう援助します。

#### 1. 事業者

- |           |                   |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名   | ウェルコンサル株式会社       |
| (2) 法人所在地 | 奈良県奈良市三条大路5丁目2-61 |
| (3) 電話番号  | 0742-30-1200      |
| (4) 代表者氏名 | 井村 征路             |
| (5) 設立年月日 | 平成13年4月1日         |

#### 2. 施設の概要

- |            |                                   |
|------------|-----------------------------------|
| (1) 施設の種類  | 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 |
| (2) 施設の名称  | フレンド生駒・菜の花Ⅰ・Ⅱ                     |
| (3) 施設の所在地 | 奈良県生駒市中菜畑2丁目1117                  |
| (4) 電話番号   | 0743-71-7220                      |
| (5) 開設年月日  | 平成15年 2月14日                       |
| (6) 管理者氏名  | 有山 弘芳                             |
| (7) 施設の概要  |                                   |

|    |       |                        |
|----|-------|------------------------|
| 敷地 |       | 1,030.21㎡              |
| 建物 | 構造    | RC鉄骨造り 地下1階3階建ての1,2,3階 |
|    | 延べ床面積 | 497.69㎡                |
|    | 利用定員  | 3ユニット。各ユニット9名の計27名。    |

### 3. 職員の配置状況（1ユニットの場合）

|                     |                 |                 |                                            |
|---------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------------------|
| 職 種                 |                 |                 |                                            |
| 管理者                 | 1 名（介護従事者と兼務）   |                 |                                            |
| 計画作成担当者             | 1 名（介護従事者と兼務）   |                 |                                            |
| 介護従事者<br>(1 日の勤務体制) | 標準的な時間帯における配置人員 |                 | ・ ご利用者様の状態や行事など<br>によって、時間帯などに変動<br>があります。 |
|                     | 早 出             | 7:00～16:00 1 名  |                                            |
|                     | 日 勤             | 9:00～18:00 1 名  |                                            |
|                     | 遅 出             | 10:00～19:00 1 名 |                                            |
|                     | 夜 勤             | 16:00～ 9:00 1 名 |                                            |
| 日中の時間帯：7:00～19:00   |                 |                 | 夜間の時間帯：19:00～7:00                          |

### 3. 職員の配置状況（2ユニットの場合）

|                                          |                             |                                            |
|------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|
| 職 種                                      |                             |                                            |
| 管理者                                      |                             | 1 名（介護従事者と兼務）                              |
| 計画作成担当者                                  |                             | 2 名（介護従事者と兼務）                              |
| 介護従事者<br>(1 日の勤務体制)                      | 標準的な時間帯における配置人員             | ・ ご利用者様の状態や行事など<br>によって、時間帯などに変動<br>があります。 |
|                                          | 早 出      7:00～16:00    2 名  |                                            |
|                                          | 日 勤      9:00～18:00    2 名  |                                            |
|                                          | 遅 出      10:00～19:00    2 名 |                                            |
|                                          | 夜 勤      16:00～ 9:00    2 名 |                                            |
| 日中の時間帯：7:00～19:00      夜間の時間帯：19:00～7:00 |                             |                                            |

### 4. 入退居

- （1） 要介護者または要支援者であって、かつ認知症の状態にある高齢者のうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない方を対象とさせていただきます。他の利用者に伝染する疾患がある方、自傷、他害の恐れのある方、著しい精神症状を呈する方、著しい行動異常がある方、認知疾患が急性の状態にある方は対象外となります。
- （2） 入居申込者の利用に際し、主治医の診断書等により認知症の状態にある高齢者であることを確認させていただきます。
- （3） 利用者の入退居については、医師の診断により入院治療を必要とする場合及び利用者に対し必要なサービスを提供することが困難である場合は、適切な他の介護保険施設、医療機関を紹介する等の必要な措置を講じます。
- （4） 利用者が利用者家族等による利用契約締結の代理や援助ができない場合については、関係市町村と連携し成年後見制度や地域福祉権利擁護事業者等の活用に努めます。
- （5） 利用者の退居に際しては、適切な指導を行うとともに居宅介護支援事業者等への情報の提供及び保険・医療・福祉サービスの提供者との密接な連携に努めます。

## 5. 提供するサービス

当施設では利用者に対して以下のサービスを提供します。

### ①食事

- 一. 栄養並びに利用者の身体状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- 二. 食事時間のおおよその目安は、  
朝食 7:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～ です。

### ②入浴

- 一. 利用者の状況に応じて適切な入浴の介助を行います。

### ③排泄

- 一. 利用者の状況に応じて適切な排泄の介助を行います。

### ④生活サービス

- 一. 日常生活（離床・着替え・整容・清掃・洗濯等）を利用者の能力に応じて援助します。

### ⑤健康管理

- 一. 食欲や運動面等の配慮や服薬管理及びバイタル測定等の健康管理を行います。
- 二. 看護師が定期的に健康状態を確認し、必要時には主治医に連絡し指示を受け適切に対応します。
- 三. 医師等による診察日を設けて、健康管理に努めます。緊急時等必要な場合を除き主治医または協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。

### ⑥その他自立への支援

- 一. 残された能力が最大限発揮できるよう、また生活意欲が引き出せるよう、利用者の趣味、嗜好に応じて多様なプログラムを取り入れます。

## 6. サービス料金

### (1) 介護保険給付サービス

下記の単位表によって、利用者の介護度に応じたサービス単位より算出した料金（介護保険負担割合の割合）をお支払いいただきます。（1日あたり）

| 要介護1  | 要介護2  | 要介護3  | 要介護4  | 要介護5  | 要支援2  |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 752単位 | 787単位 | 811単位 | 827単位 | 844単位 | 748単位 |

※入居日より30日間は、初期加算として30単位／日が加算されます。

※医療連携体制加算（Ⅰ）として39単位／日が加算されます。（要支援2は除きます。）

※サービス提供体制強化加算Ⅲとして6単位／日が加算されます。

※介護職員処遇改善加算Ⅰとして、総利用単位数×11.1%の介護保険負担割合証の割合／月が加算されます。

※介護職員等特定処遇改善加算Ⅱとして、総利用単位数×2.3%の介護保険負担割合証の割合／月が加算されます。

※介護職員等ベースアップ等支援加算として、総利用単位数×2.3%の介護保険負担割合証の割合／月が加算されます。

※必要に応じて下記の加算もされます。

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| ①看取り介護加算         | 72単位／日（45日を限度）   |
| 看取り介護加算          | 144単位／日（30日を限度）  |
| 看取り介護加算          | 680単位／日（2日を限度）   |
| 看取り介護加算          | 1,280単位／日（1日を限度） |
| ②退居時相談援助加算       | 400単位／回（1回限り）    |
| ③若年性認知症利用者受入加算   | 120単位／日          |
| ④夜間支援体制加算（Ⅰ）     | 50単位／日           |
| 夜間支援体制加算（Ⅱ）      | 25単位／日           |
| ⑤認知症専門ケア加算（Ⅰ）    | 3単位／日            |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ）     | 4単位／日            |
| ⑥サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 22単位／日           |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）  | 18単位／日           |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ）  | 6単位／日            |

|                    |                  |
|--------------------|------------------|
| ⑦入院時費用             | 246単位／日（月6日を限度）  |
| ⑧医療連携体制加算（Ⅱ）       | 49単位／日           |
| 医療連携体制加算（Ⅲ）        | 59単位／日           |
| ⑨生活機能向上連携加算（Ⅰ）     | 100単位／月          |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ）      | 200単位／月          |
| ⑩口腔衛生管理体制加算        | 30単位／月           |
| ⑪口腔・栄養スクリーニング加算    | 20単位／回（6月に1度を限度） |
| ⑫身体拘束廃止未実施減算Ⅱ1     | ▲75単位／日（要介護1の場合） |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅱ2      | ▲79単位／日（要介護2の場合） |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅱ3      | ▲81単位／日（要介護3の場合） |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅱ4      | ▲83単位／日（要介護4の場合） |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅱ5      | ▲84単位／日（要介護5の場合） |
| 予防身体拘束廃止未実施減算Ⅱ2    | ▲75単位／日（要支援2の場合） |
| ⑬栄養管理体制加算          | 30単位／月           |
| ⑭科学的介護推進体制加算       | 40単位／月           |
| ⑮認知症対応型3ユニット夜勤配置減算 | ▲50単位／月          |
| ⑯令和3年9月30日までの上乘せ分  | 所定単位数の1/1000 加算  |

短期利用認知症対応型共同生活介護費 Ⅱ

| 要介護1  | 要介護2  | 要介護3  | 要介護4  | 要介護5  | 要支援2  |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 780単位 | 816単位 | 840単位 | 857単位 | 873単位 | 776単位 |

認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位／日（月7日を限度）

※上記の単位（介護保険の給付対象単位）に地域区分（6級地）単価の10.27円を乗じた額の介護保険負担割合証の割合がご利用者様のご負担となります。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（課税対象の費用については消費税を含む金額です）

| 費 目      | 1日あたり                                                                 | 備 考                                                     |
|----------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 居室利用料    | 1,630円                                                                |                                                         |
| お食事代     | 1,400円                                                                | 朝食300円、昼食400円、夕食500円、<br>おやつ100円 x2<br>※1日単位でのご請求となります。 |
| 共益管理費等   | 1,300円                                                                |                                                         |
| 季節光熱費    | 110円                                                                  | 夏季（7月～9月）と冬季（12月～2月）                                    |
| 電気使用料    | 50円                                                                   | 1台につき。<br>コンセントを使用する電気備品が対象です。                          |
| その他実費負担分 | おむつ代等、日常生活において利用者様ご自身に必要な費用<br>（共用日用品以外）<br>尚、経済状況により実費分の価格には変動があります。 |                                                         |
| 入居一時金    | 200,000円                                                              | 退居時には全額を返還します。                                          |

上記費用の内、居室利用料、共益管理費等、季節光熱費については外泊、入院時にも必要となります。

（3）利用料金のお支払方法

月末で締め、翌月20日頃にご請求書を送付します。

お支払方法は毎月25日にご指定の郵貯銀行口座より自動引き落としとさせていただきます。

#### (4) 入居一時金のお支払方法

入居日より5日以内に所定の金額を振込支払にてお願いします。

(振込先) ゆうちょ銀行 四五八店 1750550

りそな銀行 小泉支店 普 394033

南都銀行 郡山支店 普 297474

三井住友銀行 大和郡山支店 普 818328

ウェルコンサル株式会社 代表取締役 井村 征路

#### 7. 当施設をご利用の際に留意いただく事項

- ①来訪・面会                      ご面会時間は原則として午前8時から午後7時です。ご来訪時は従業者にご連絡下さい。地域の感染症流行等の状況に応じ、面会を制限させて頂く場合がございます。
- ②外出・外泊                      外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を従業者に申し出て下さい。
- ③医療機関の受診                      その都度必ず従業者に申し出て下さい。お付き添いはご利用者家族でお願いします。不可の場合はご相談ください。受診機関への生活のご様子等の状態報告書が必要な場合は、申し出て下さい。
- ④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あります。退居時には原状回復のこととします。
- ⑤家具・寝具                      個室で利用されるベッド及び家具等はお持込み下さい。  
ベッドについては安全のため、介護用ベッドをご用意下さい。  
寝具は施設で整えます。汚染時はクリーニング料金が発生します。
- ⑥喫煙・飲酒                      一定場所にての少量の喫煙、少量の飲酒とします。
- ⑦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下さい。また、むやみに他の利用者の居室に立ち入らないようにしてください。
- ⑧所持品の管理                      全てに記名をお願いします。季節毎の衣類の入替はご利用者家族でお願いします。
- ⑨現金等の管理                      現金及び貴重品の所持については申し出て下さい。高価な金品についてはお持込みをお断りします。又、紛失等による金品の保証は致しかねます。
- ⑩介護保険証                      介護保険証の更新のハガキが届きましたら、必ず施設にご持参していただきますようお願いいたします。期限が切れますと介護保険が使えなくなり実費（10割負担）となりますのでご注意下さい。

#### 8. 利用中の医療提携について

医療を必要とする場合には、掛かりつけ医院または施設提携の医療機関において診察を受けることができます。

施設提携の医療機関から、2週間に1回の往診を受けることができますので、主治医としてご利用されることをお勧めします。

| 医療機関の名称               | 診療科                     | 所在地               |
|-----------------------|-------------------------|-------------------|
| 東生駒病院                 | 内科、外科 他                 | 奈良県生駒市辻町 4-1      |
| 在宅支援いむらクリニック<br>(往診医) | 内科、皮膚科、外科、消化器科、<br>呼吸器科 | 奈良県大和郡山市田中町 7 2 8 |

#### 9. 入院等に係る取り扱い

- ①利用者が疾病、老衰等により重度化されたときは、利用者の安全を確保するため、医療機関に入院し、適切な医療をお受けいただきます。

この場合、施設は医療機関の選定等を身元保証人のご要望を踏まえ主治医とともに行わせていただきます。（重度化対応指針についての同意書）

②利用者が医療機関に入院した場合は、その翌日から介護サービス費（介護保険負担割合証記載の負担分）は算定されません。ただし、居室利用料、共益管理費等、季節光熱費の料金については入院中も費用がかかります。入院期間中に退居となられる場合は、居室にある私物等を引き上げられた日までの費用が発生致します。

#### 10. 緊急時の対応方法

利用者の容態が急変した場合及びその他の緊急事態が生じたときは、速やかに適切な初期処置を行い、主治医又は施設が定めた協力医療機関に連絡する等の措置を講じるとともに、身元保証人及び管理者に報告します。また、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じます。

#### 11. 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害や地震等に対処する計画を作成し、防火管理者又は責任者を定め、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとします。また、協力医療機関や連携施設等との支援体制について定期的に確認を行うものとします。

#### 12. 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には、速やかに身元保証人、当該関係機関に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。又、事故状況の記録等から事故再発防止の措置を講じます。サービス提供により賠償すべき重大な事故が発生した場合は双方協議の上、損害賠償を速やかに行います。ただし、施設の責に帰さない事由による場合は、この限りではありません。

加入保険名            あいおいニッセイ同和損害保険株式会社            損害賠償保険

#### 13. ハラスメント防止について

職員やご利用者等からの相談に応じ、適切に対応するために必要な体制を整備します。

具体的には、被害者への配慮のための取り組み（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して、一人で応対させない等）や被害防止のための取り組み（定期的な周知やマニュアル作成、研修の実施等）を行います。

#### 14. ハラスメントや苦情等の受付について

##### ①当施設における受付窓口

- 一. 受付担当者            有 山 弘 芳
- 二. 解決責任者            井 村 征 路
- 三. 受付時間              午前9時～午後5時
- 四. 受付電話              0743-71-7220    フレンド生駒・菜の花Ⅰ・Ⅱ
- 五. 苦情受付箱を玄関に設置しています。

##### ②行政機関その他苦情受付機関

|                |                                                                                     |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 生駒市役所介護保険課     | 所在地    奈良県生駒市東新町8番38号<br>電話番号   0743-74-1111<br>受付時間   9:00～17:00                   |
| 奈良県国民健康保険団体連合会 | 所在地    奈良県橿原市大久保町302番1号<br>奈良県市町村会館内<br>電話番号（相談用） 0120-21-6899<br>受付時間   9:00～17:00 |

#### 1 5. 利用者の記録や情報の管理、開示について

- ①関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。又、利用者及び身元保証人の情報の使用に関しては予め契約書内の個人情報利用同意書により同意の上使用させていただきます。
- ②当施設の外部評価および自己評価の結果については、施設玄関に常置して開示するものとします。

#### 1 6. 地域との連携

- ①運営に当っては、地域住民又はその自発的な活動等と連携及び協力を仰ぎながら地域との交流に努めます。
- ②運営推進会議を設置し、定期的な会議を行い、報告・評価・要望・助言等について記録を作成し公表していきます。

運営推進会議の概要は以下のとおりです。

|         |                                                                                                                     |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 会議体名    | フレンド生駒・菜の花Ⅰ・Ⅱ運営推進会議                                                                                                 |
| 会議設置の目的 | 利用者、身元保証人、地域代表に、提供しているサービスの内容等を明らかにし、要望・助言等を聴き、取り入れることにより、よりサービスの質的向上を図る。                                           |
| 構成員     | ・利用者（代表1名以上）<br>・身元保証人（代表1名以上）<br>・施設が所在する市町村の職員又は所在する地域を管轄する地域包括支援センターの職員<br>・町内会役員、民生委員、老人クラブ等の地域住民の代表<br>・施設の管理者 |
| 開催頻度    | 概ね2ヶ月に1回                                                                                                            |
| 会議内容    | 施設の活動状況の報告を行い、評価を受ける。要望、助言等を聴く。                                                                                     |
| 記録・公表   | 報告、評価、要望、助言等を記録した会議録を作成し、公表する。                                                                                      |

#### 1 7. 身体的拘束について

当施設では、利用者の身体的拘束を行わないことを原則としています。

ただし、利用者または他の利用者の生命又は身体を保護するため、緊急でやむを得ない場合はこの限りではありません。その場合は、その容態、時間、心身状況及び理由を記録します。また、身元保証人の承諾を得るものとします。

#### 1 8. 高齢者虐待防止について

当施設では、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研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- ②個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ③従業者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、従業者が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。

#### 1 9. その他運営についての重要事項

- ①従業者は業務上知り得た利用者又は身元保証人の情報の秘密保持をいたします。又、業務上知り得た利用者又は身元保証人の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としております。
- ②経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、居室利用料等の介護保険の給付対象外のサービスについて、相当な額に変更することがあります。

## 20.特記事項

---

---

---

---

---

---

---

---

令和      年      月      日

事業者名      フレンド生駒・菜の花Ⅰ・Ⅱ  
住      所      奈良県生駒市中菜畑2丁目1117

説明者名      \_\_\_\_\_

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。  
また、情報提供項目、外部評価結果の交付を受けました。

利用者の判断能力に障害がみられる場合においては、身元保証人が代筆して頂くことと致します。

利用者      \_\_\_\_\_ 住      所

\_\_\_\_\_ 氏      名

身元保証人      \_\_\_\_\_ 住      所  
(主)

\_\_\_\_\_ 氏      名

\_\_\_\_\_ 続      柄

\_\_\_\_\_ 連絡先

身元保証人      \_\_\_\_\_ 住      所  
(従)

\_\_\_\_\_ 氏      名

\_\_\_\_\_ 続      柄

\_\_\_\_\_ 連絡先