

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
重要事項説明書

有限会社 より愛 認知症対応型共同生活介護
より愛どころ ありがとう

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
重要事項説明書
<令和7年1月1日現在>

1 事業者の概要

| | |
|----------------|---------------------------------|
| 事業所名 | より愛どころありがとう |
| 所在地 | 奈良県桜井市大字生田235番地 |
| 事業者名 及び代表者名 | 有限会社 より愛 代表取締役 田口 英明 |
| 管理者氏名 | 山下 正裕 |
| 介護保険指定番号 | 認知症対応型共同生活介護 指定番号 2990600013 |
| 電話 | 0744-42-0089 |
| fax | 0774-42-0890 |

2 事業の目的及び運営方針

1) 目的

本事業所が実施する事業は、認知症の症状によって自立した生活が困難になった利用者に対して家庭的な環境のもとで、心身の特性を踏まえ、利用者の認知症の症状の緩和や悪化の防止を図り、尊厳ある自立した日常生活を営むことが出来るよう、食事、入浴、排泄等の日常生活場面での世話や機能訓練等の介護その他の必要な援助を行うなどのサービスを提供することとする。

2) 運営方針

第一に利用者が認知症の症状になり、自立した生活が困難になった場合、尊厳ある自立した日常生活を営むことが出来るよう援助することとする。

第二にサービス実施に当たっては、市町村、介護保険施設や協力医療機関に加え、居宅介護事業者、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努める。

上記の他「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」及び「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」に定める内容を遵守する。

3 職員の配置状況

1) 職員体制

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

| 職種 | 常勤 | 非常勤 | 業務内容 |
|---------|--------|---------|------------------------|
| 管理者 | 1名(兼務) | | 従事者及び業務の管理 |
| 介護支援専門員 | 1名(兼務) | | 介護計画の作成、相談業務 |
| 看護職員 | 1名(兼務) | 1名(兼務) | 健康状態の把握、服薬管理 健康相談業務 |
| 介護職員 | 8名(兼務) | 10名(兼務) | 介護・相談業務 |
| その他 | | 8名 | 調理 |

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

※職員は1階「小規模多機能型居宅介護施設」と2階「認知症対応型共同生活介護施設」との行き来ができます。

2) 職員の勤務体制

| 職種 | 勤務体制 |
|----------------|--|
| 管理者 | 8:30~17:15 |
| 看護職員及び 介護職員 | ① 早出 7:30~16:15 ② 日勤 8:30~17:15 ③ 遅出 11:30~20:15 ④ 夜勤 17:00~9:00 (宿直・当直) ※その他、利用者の状況に応じた勤務時間を設定します。 |

4 施設の概要

| 登録定員 | 7名 | 居室の種類 | 1人部屋(6畳)×5室 |
|-----------------------|-------|-------|--------------------------|
| 利用定員 | 7名 | | 夫婦部屋(8畳)×1室 |
| エレベーター (3人乗り200kg) | 1台 | 食堂 | 1室 (13.8m ²) |
| 浴室 | 1人浴槽② | リビング | 1室 (10.9m ²) |

5 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、介護従事者がご契約者のお手伝いをします。

| 種類 | 内容 |
|---------|--|
| 日常生活の援助 | 食事・掃除などの家事や入浴、排泄、食事、日常生活の中での機能訓練等、生活全般にかかるお手伝いをおこないます。 |
| 多様な活動 | 当施設では、集団で行うレクリエーションのほか、地域の特性や利用者の生活環境に応じたレクリエーション（例：行事、散歩、買い物、料理、お菓子作り、書道、園芸、野菜作り等、利用者の趣味又は嗜好に応じた活動）をおこないます。 |
| 相談及び援助 | 入居者とそのご家族からのご相談に応じます。 |

イ 費用

原則として料金表の利用料金に利用者負担割合を乗じた額が利用者の自己負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に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ください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。

領収証は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

【料金表】

ウ 指定認知症対応型共同生活介護利用料及び

指定介護予防認知症対応型共同生活介護利用料金表（1ヶ月を30日として計算）

桜井市：7級地（1単位 10,14円）

| 介護度 | 1日あたりの利用料金 | 1日あたりの医療連携体制加算 | 1ヶ月あたりの利用料金 (医療連携体制加算を含む) | 自己負担額（1割の場合） | | |
|-----|------------|----------------|------------------------------|--------------|----------------|------------------------|
| | | | | 1日あたりの利用料金 | 1日あたりの医療連携体制加算 | 1ヶ月あたりの利用料金（医療体制加算を含む） |
| 支援2 | 7,706円 | — | 231,180円 | 771円 | — | 23,118円 |
| 介護1 | 7,747円 | 395円 | 244,260円 | 775円 | 39円 | 24,426円 |
| 介護2 | 8,112円 | 395円 | 255,210円 | 811円 | 39円 | 25,521円 |
| 介護3 | 8,345円 | 395円 | 262,200円 | 835円 | 39円 | 26,220円 |
| 介護4 | 8,518円 | 395円 | 267,390円 | 852円 | 39円 | 26,739円 |
| 介護5 | 8,700円 | 395円 | 272,850円 | 870円 | 39円 | 27,285円 |

- ◎ 初期加算 1日 304円（自己負担額30円）所定の計算により端数処理しています。
※初期加算は、入所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します。
- ◎ 医療連携体制加算Ⅰ③ 料金表に含む（ただし、要支援についての加算はありません）
- ◎ 医療連携体制加算Ⅱ
- ◎ 認知症専門ケア加算Ⅰ
介護認定の主治医の意見書により該当（認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方）に加算されます。1日 31円（自己負担額3円）
- ◎ 看取り介護加算 ① 死亡日前31日以上45日以下1日 730円（自己負担額73円）
 ① 死亡日前4日以上30日以下1日 1,460円（自己負担額146円）
 ② 死亡日前日前々日1日 6,895円（自己負担額690円）
 ③ 死亡日 12,979円（自己負担額1,300円）
- ◎ サービス提供強化加算Ⅲ
事業所の職員体制（介護福祉士の割合）により1日につき60円（自己負担額6円）
- ◎ 協力医療機関連携加算Ⅰ
- ◎ 介護職員待遇改善加算（Ⅱ）利用者自己負担額全体の17.8%（端数は四捨五入）
- ◎ 利用者入院期間中の体制
1月に6日を限度として1日 2,494円（自己負担額249円）1回の入院で月をまたがる場合は、最大で連続して12日分まで算定する。

※自己負担額（1割）は目安であり（地域区分計算の小数点以下四捨五入表示の為）、

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 | 金額 |
|-----------------------|---|----------------------------------|
| 家賃 | 利用者が入院され3か月以内に退院が見込まれる時、退院後の入居を希望される場合、家賃は継続して頂戴いたします。 | 50,000円／月（5部屋） 55,000円／月（1部屋） |
| 入居一時金 | 退去時に現状回復に要した費用を控除して残金をお返しいたします。 | 250,000円 |
| 食事代 | 朝食：370円 昼食：700円（おやつ含む） 夕食：650円 | 51,600円 (1ヶ月を30日と計算) |
| 水道・光熱費 (維持・管理費を含む) | 水道代、光熱費代として徴収させていただきます。共同冷暖房費及び維持管理費を含みます（設備の修繕修理・環境整備等）。 | 25,460円／月 |
| 日常生活品費 | 共用の日用生活品 | 2,037円／月 |
| 理・美容代 | 理・美容代にかかった費用 | 実費 |

| | | |
|--------|---|---|
| おむつ代 | 当施設のおむつやパットを使用された場合 | 紙オムツ 102 円 リハビリパンツ 102 円 パット 25 円 |
| 交通費 | 利用者の送迎等にかかった費用 | 100 円／km |
| その他の費用 | 日常生活において必要なもので、ご契約者に負担させることが適當と認められる費用（例：T 字かみそり、歯ブラシ、歯磨き粉、個人用ボックスティッシュ等） | 実費 |

利用者負担割合に応じた金額となります。

3) 利用料金等のお支払い方法

前記（1）（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、翌月13日迄に前月分の請求をいたしますので、その月の20日までにお支払ください。

※基本的に銀行の自動引き落としてお支払いいただきますが、手続き上等の都合により現金支払い又は、銀行振込みでお支払いいただく場合もございます。

※ 銀行振込みの場合

| |
|--|
| 南都銀行桜井支店 普通預金口座 口座番号 0755386 口座名義 有限会社より愛 代表取締役 田口英明 |
|--|

6 サービスの終了

ア ご契約者のご都合でサービスを終了する場合、一週間前までに文書でお申し出ください。

イ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご契約者が他の介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご契約者の要介護認定区分が、非該当(要支援1あるいは自立)と認定された場合
- ・ご契約者が亡くなられた場合

ウ その他

- ・ご契約者やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、サービス契約終了の30日前に文書で通知し、退所していただく場合があります。
 - ・ご契約者が病院又は診療所に入院し、明らかに退院できる見込みがない場合、又は入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合
- なお、入院後3ヶ月以内に退院し、ホームへ戻ることを希望される場合は、利用料金は日割り計算とさせていただきますが、部屋代については正規の料金をいただきます。

7 サービス内容に関する苦情相談窓口

当施設の相談・苦情窓口

| | |
|------------------------|------------------|
| より愛どろ ありがとう 相談窓口 | 苦情担当者 山下 正裕 |
| | 電話 0744-42-0089 |
| | FAX 0744-42-0890 |
| | 苦情箱 (1階靴箱の上に設置) |

| | |
|---------|--|
| 市町村相談窓口 | 桜井市粟殿 432-1 介護保険係 電話 0744-42-9111 (内線286・287) |
|---------|--|

| | |
|--------------------|--|
| 奈良県国民健康 保険団体連合会 | 0120-21-6899 (介護保険 指導相談係 苦情担当) 0744-29-8326 (介護保険 指導相談係 苦情担当) |
|--------------------|--|

8 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及び介護予防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、利用者のご家族、地域住民の代表者、桜井市地域包括支援センター職員、

当事業所職員、有識者等

開 催：2ヶ月に1回（隔月で開催）

9 緊急時における対応

1) 急性期における医師や医療機関、看護師との連携体制

ア 看護師の配置 正看護師 1名以上

イ 看護師による 24時間体制の確保

ご契約者に、体調の変化などが発生し、看護師の指示が必要と判断した場合には、夜勤者が代表に連絡します。代表から看護師に連絡、必要に応じて出動し適切な処置を行います。

ウ 緊急時の連絡体制

ご契約者が体調の変化などにより、医師の診察、医療処置を行うことが必要とされる状態になった時には、主治医に速やかに連絡すると同時に、ご家族に連絡し、ご意向を伺ったうえ、医師の指示を受けて適切な対応をいたします。

2) 日常の健康管理について

ア 利用者の健康状態の把握

・介護従事者からの情報、生活記録、受診、往診記録等からの把握を行います。

・看護師による利用者一人ひとりの全身状態の観察（バイタルチェック）を行います。

イ 看護師は定期的に利用者全員の健康状態を把握し、個別記録を整備します。

- ウ 看護師は利用者の健康状態を踏まえ、介護職に対し医療面からの適切な指導、援助を行います。
- エ 看護師は、管理者と共に利用者に対する健康情報を関係者が活用できるように手立てを図ります。

| | | | |
|-------------|----|--------------|-----------|
| 主 治 医 氏 名 | | 医 療 機 関 名 | |
| | | | TEL () - |
| 主 治 医 氏 名 | | 医 療 機 関 名 | |
| | | | TEL () - |
| 緊急時連絡先 ① | 氏名 | 自宅電話番号 | () - |
| | | 携帯電話番号 | () - |
| | | 勤務先電話番号 | () - |
| | | 勤務先名称 | |
| 緊急時連絡先 ② | 氏名 | 自宅電話番号 | () - |
| | | 携帯電話番号 | () - |
| | | 勤務先電話番号 | () - |
| | | 勤務先名称 | |

10 協力医療機関等

| | | |
|------|----------|---------------------------|
| 医療機関 | 病院名及び所在地 | 済生会中和病院 奈良県桜井市大字阿部 323 |
| | 電話番号 | 0744-43-5001 |
| | 診療科 | 総合診療科、内科 他 |
| | 病院名及び所在地 | 小西橋医院 奈良県桜井市大字谷 240-1 |
| | 電話番号 | 0744-42-2290 |
| | 診療科 | 内科 |
| | 病院名及び所在地 | 菊川内科医院 奈良県桜井市 875 番地 |
| | 電話番号 | 0744-46-2112 |
| | 診療科 | 内科 |
| | 病院名及び所在地 | 芭蕉堂歯科 奈良県桜井市桜井 935 番地 |
| | 電話番号 | 0744-43-8648 |
| | 診療科 | 歯科 |

11 終末期に向けた方針の共有

終末期のあり方について、できるだけ早い段階からご利用者およびご家族ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有いたします。事業所での『できること・できないこと』を見極め、ご利用者が日々をよりよく暮らせるために、今後の変化に備えて検討を重ね、チームとしての支援に取り組みます。(別紙参照：看取りに関する指針)

12 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご契約者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご家族やご契約者がお住まいの保険者に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、ご契約者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償をいたします。ただし、当施設の故意または過失によらない場合は、この限りではありません。

13 非常災害時の対策

| | | | | |
|----------------|---|-----|-------------------|-----|
| 非常時の対応 | 別途定める「より愛どころ ありがとう 消防計画」にのっとり対応を行います。 | | | |
| | 別途定める「より愛どころありがとう 消防計画」にのっとり、年2回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して行います。 | | | |
| 非難訓練及び 防災設備 | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | 避難階段 | 1ヶ所 | 屋内消火器 10型 | あり |
| | 誘導灯 | 5ヶ所 | 自動火災報知機 | 各居室 |
| | 漏電火災報知機 | あり | (連動して消防へ通報する設備あり) | |
| | スプリンクラー | 各居室 | ガス漏れ警報機 | あり |
| | カーテン・カーペット等は、防炎性能のあるものを使用しています。 | | | |
| 消防計画 | 桜井消防署への届出：平成18年11月1日 防火管理者：山下 正裕 | | | |

14 住居の利用にあたっての留意事項

| | |
|-----------|--|
| 来 訪 ・ 面 会 | 面会時間 8:00～21:00 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出ください。 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。 |
| 外 出 ・ 外 泊 | 外出・外泊の際には、必ず行く先と帰宅時間を職員に申し出してください。 送迎はご家族様でお願いします。 |
| 医療機関への受診 | 協力医療機関への定期受診は、送迎、付き添いを行いますが、ご契約者の特別の希望による診察の送迎、付き添いはご家族様でお願いします。 |

| | |
|-------------|---|
| 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ください。これに反したご利用により、損害等が生じた場合、弁償していただく場合があります。 |
| 喫煙 | 施設内は、全館禁煙です。喫煙される場合は、決められた場所でお願いします（職員に声をかけてください）。 |
| 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いただきます。また、むやみに他の入居者の居室等に立ちいらぬようお願いいたします。他の利用者に対して明らかな暴力行為がある場合は、ご家族とご相談させていただきます。 |
| 所持金の管理 | 所持金品は、紛失のあった場合、責任を負いかねますので、できる限りお持ちにならないようにしてください。 |
| 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、ご遠慮ください。 |
| 動物飼育 | 住居内へのペットの持ち込み・飼育は、原則としてお断りしています。 |
| 持ち込みについて | 居室に家具などの持込ができます。ただし、カーペット及びカーテンは防炎の物をお願いします。全ての物に必ず名前を書いてください。 |

15 秘密の保持について

- 1) 当該事業所の従業者もしくは従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご契約者及びご家族様の秘密を漏らしません。

- 2) 事業者では、ご契約者の医療上緊急の必要がある場合又は、サービス担当者会議等で必要がある場合に限り、必要な範囲内でご契約者又はご家族の個人情報を用います。

当事業所は、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の開始に際し、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 住 所 奈良県桜井市大字生田 235 番地

事業者名 有限会社 より愛
施設名 より愛どころ ありがとう
(事業所番号) 2990600013

代表者名 田口 英明 印

説明者 職 名

氏 名 印

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、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同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名 印

代理人（選任した場合） 住 所

氏 名 印

身元引受人 住 所
(連帯保証人)

氏 名 印

看取りに関する指針

1 当施設における看取り介護の考え方

看取り介護とは、近い将来に最期を迎えることが予見される方に対して、死に至るまでの期間、その方なりに充実して納得して生き抜くことができるよう日々の暮らしを営めることを目的として援助することであり、対象者の尊厳に十分配慮しながら終末期の介護について心をこめてこれを行なうことです。

2 看取り介護についての理念

ご利用者の意思、ならびにご家族の意向を最大限に尊重して看取り介護を行います。当施設において、看取り介護を希望される場合、利用者、ご家族への支援を最期の時点まで継続し、責任を持って完遂します。

3 より愛における看取り介護の具体的支援内容

①身体状況の変化の把握

食事摂取状況や日常生活動作、バイタルサインの確認等により早期の発見と対応に努めます

②主治医より病状の説明を行い、今後の治療方針（インフォームドコンセント）と、ご本人およびご家族の意向を踏まえた支援を行います（病院で可能な限りの延命治療を受けたい。もしくは施設において看取り介護を受けたい）。

③介護職員、看護職員、介護支援専門員、ご家族の参加によるカンファレンスを開催して介護・看護について計画書の修正あるいは変更を行います。

④利用者に対する具体的支援

a. 身体的ケア

：バイタルサインの確認

：環境整備（整理整頓、室温、空調、照明など）

：栄養と水分量の確保（食事の形態を可能な限り工夫し食べる楽しみを支援。玄米スープ等体にやさしい献立の検討）

：適切な排泄ケア（適切な排せつケアと便秘に対する調整など）

：清潔への配慮（口腔ケア・入浴・部分浴・清拭・被服の更衣や寝床空間の清潔を含む）

：発熱や疼痛へのケア（温罨法、冷罨法、マッサージ等）

b. 精神的ケア

：コミュニケーションを重んじる。

：プライバシーの確保

：全てを受容してニーズに沿う態度で接する。

⑤看護処置

：点滴・酸素吸入が必要とされる場合の確認とその他の医療処置の確認。

4 家族に対しての支援

精神面や負担感に配慮しながら、十分に看取りの介護に精神面で参加していただけるような支援を行ないます。

5 看取り介護の開始時期

看取り介護の開始は、医師により、医学的所見において、回復の見込みがないと判断し、ご家族・ご利用者に症状説明および判断内容について説明を行い、ご利用者、もしくはご家族（ご利用者の意思を代弁できる者）が終末期を当施設で過ごすことの同意を受けて実施するものといたします。

6 看取り介護の実施

ご家族が施設内で看取り介護をおこなうことを希望した場合は、同意書にて同意を得ます。介護支援専門員は医師、看護職員、介護職員と共同して看取り介護の計画を作成し、ご家族に説明と同意を得ます。また変化する状態に応じた介護・看護についての計画書の修正と変更を行い、隨時ご家族に説明と同意を得ます。

7 夜間緊急時の連絡と対応について

夜勤者が、代表に連絡し、代表から看護師もしくは主治医に連絡し、指示を仰ぎます。同時にご家族にも連絡をします。

8 協力医療機関との連携体制

看取りが必要なご利用者の状況については、連絡を密にとり、小西橋医院（またはかかりつけ主治医）の指示を仰ぎます。

9 職員の研修

看取り介護に関する共通認識を持ち、一定の研修を設けます。

10 入院・外泊期間中における居室確保と居住費について

隨時、ご家族との話し合いのもとで決めます。

看取り介護についての同意書

私は_____の看取り介護について指針についてより愛どころありがとうございますの看取り介護の指針に基づく対応ならびに医師の説明を受け、私どもの意向に沿ったものであり下記の内容確認をし、同意します。

記

- ① 医療機関の対応は令和 年 月 日をもって、本人に苦痛を伴う処置対応をおこないません。また、危篤の状態に陥った場合も病院には搬送せず、より愛内で最期を見取ります。
- ② 身体的介護では安心できる声かけをし、身近に人を感じられるように尊厳を守る援助をいたします。
- ③ 食事はできる限り経口摂取に努めます。
- ④ 医師に指示を仰ぎながら苦痛や痛みを和らげる方法をとり、より愛内でできる限りの看取り介護を行います。
- ⑤ ご家族の希望に沿った対応に心がけます。
- ⑥ ただし、ご本人、ご家族の意向に変化があった場合は、その意向に従い援助をさせていただきます。

認知症対応型共同生活介護

より愛どころありがとうございます

代表者 様

令和 年 月 日

身元引受人 住所

氏名 _____ 印 (続柄)

同席者 住所

氏名 _____ 印 (続柄)

立会人 (施設) 氏名 _____

印

医療機関

担当主治医

印