

指定認知症対応型共同生活介護事業所

あそかのもり

重要事項説明書

社会福祉法人 アソカ仁寿会

1. 経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人アソカ仁寿会
- (2) 法人所在地 長崎県佐世保市松瀬町 1 1 5 0 番地
- (3) 電話番号 0 9 5 6 - 4 9 - 6 0 7 0
- (4) 代表者氏名 理事長 山崎 一人
- (5) 設立年月 平成 7 年 1 2 月 2 8 日

2. ご利用事業所

- (1) 事業所の種類
指定認知症対応型共同生活介護
平成 1 5 年 1 2 月 1 日指定 長崎県 4270201926 号
- (2) 事業所の目的
認知症対応型共同生活介護事業は、要介護者であって認知症の状態にある方に対し、共同生活住居において、家庭的な環境の中で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用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に支援することを目的としています。
- (3) 事業所の名称
社会福祉法人 アソカ仁寿会 あそかのもり
- (4) 事業所の所在地
長崎県佐世保市松瀬町 1 1 7 1 番地 1
- (5) 電話番号
0 9 5 6 - 4 2 - 9 1 1 6
- (6) 管理者名
相根 健次
- (7) 当事業所の運営方針
 - ・利用者の処遇の向上に努める
 - ・社会貢献に努める
 - ・職員資質の向上に努める
 - ・環境の整備に努める
 - ・安全管理に万全を期す
- (8) 開設年月
平成 1 5 年 1 2 月 1 日
- (9) ご利用定員
2 7 名

3. 設備の概要

(1) 構造等

敷 地		3,895.56 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造陸屋根4階建
	延床面積	1,562.73 m ²
	利用定員	1ユニット(各階)9名 × 3ユニット

(2) 居室(1ユニットあたり) *全室個室

居室の種類	室数	面 積 (1室)	備 考
洋 室	7	11.7 m ² 以上	
和 室	2	12.7 m ² 以上	

(3) 主な設備(1ユニットあたり)

設 備	室数	面積(一人あたりの面積)	備 考
居間・食堂	1	150.4 m ² (16.7 m ²)	
台 所	1	13.59 m ² (1.51 m ²)	
浴 室	1	6.0 m ²	

4. 職員の体制

従業者の 職種	人数 (人)	区 分				常勤換算 後の人数 (人)	職務の 内 容
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者 計画作成担当者	1		1			1	職員及び業務の管理
計画作成担当者	4		4			4	ケアプラン作成
介護職員 (計画作成担当者を含む)	19	15	3	1		18.8	介護業務

5. 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
管理者	8 : 30 ~ 17 : 30
計画作成担当者 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 8 : 30 ~ 17 : 30 3名 9 : 00 ~ 18 : 00 3名 16 : 30 ~ 9 : 30 3名

6. サービスの内容と費用 (参照：料金一覧表)

(1) 介護保険給付対象サービス

ア. サービス内容

- ① 食 事 ・当事業所では、配食業者による外注サービスを取り入れております。
ご利用者の状態や好みに合わせて、大きさや量を調整し提供します。
- ② 入 浴 ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ③ 排 泄 ・ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
- ④ 健康管理 ・日々の健康管理を行います。緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関に責任をもって引き継ぎます。
- ⑤ 機能訓練 ・日常生活を通して、利用者に適した生活リハビリ訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。
- ⑥ 相談及び援助 ・ご利用者及びそのご家族からの相談に応じます。
- ⑦ その他自立への支援 ・ご利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう支援します

イ. 費 用

別紙 1 の料金一覧表によって、ご契約者の要介護度に応じた介護サービス費合計から、介護保険給付費額を除いた金額（太枠部分）をお支払いいただきます。

記載された自己負担割合は、お手持ちの介護保険負担割合証に記された割合に準じる額となっています。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ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い下さい。

利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

以下のサービスについては、ご利用者またはその家族等の希望を確認した上で、提供いたします。また、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

ア. 日常生活費

- ①食材料費 1日につき 1,545 円
- ②理美容代 要した費用の実費（理美容店へ直接お支払い）
ご利用者のご希望により、理容師・美容師に出張サービスをしていただきます。
- ③おむつ代 要した費用の実費
- ④その他の日常生活費（身の回り品の費用） 要した費用の実費
個人用の日用品等、ご利用者の日常生活に最低限必要と考えられる物品

イ. サービス提供とは関係のない費用

- ①居室料 1 か月につき 27,000 円（月途中の入退所の場合は、日割り計算）
- ②光熱費 1 か月につき 14,800 円（月途中の入退所及び入退院の場合は、
日割り計算）

- ③ご利用者がその嗜好または個別の生活上の必要に応じて購入等を行うもの
- ・個別のクリーニング代
 - ・嗜好品（贅沢品）
 - ・個人専用の日用品等の立替払い
 - ・個人専用の家電製品の電気代 1 か月につき 500 円

- ④日常生活品等の購入代行 購入代金の実費
ご利用者個人の希望される嗜好品や日用品等の購入の代行をいたします。

- ⑤契約書第 23 条第 2 項に定める所定の料金
ご利用者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金

☆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、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 1 か月前までにご説明いたします。

（３）利用料金のお支払い方法 （契約書第 6 条参照）

前記（１）、（２）の料金、費用は、毎月末日締切で 1 か月ごとに計算し、翌月 10 日までにご請求しますので、20 日までに以下のいずれかの方法でお支払ください。

（1 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した額とします。）

- ア．ゆうちょ銀行の口座振替
申込書にご記入の上、押印して職員にお渡し下さい。
毎月 20 日に自動引落になります。
- イ．窓口での現金払い

（４）ご利用期間中の医療の提供について

医療を必要とする場合はご利用者のご希望により、下記協力医療機関において、診療を受けることができます。（但し、下記医療機関での診療を義務づけるものではありません。しかし、事情によっては主治医の変更をお願いすることがあります。）

①協力医療機関

医療機関の名称	京町病院	
所在地	佐世保市常磐町 4 番 15 号	Tel. 0956(25)2255
診療科	内科 消化器内科 循環器内科 糖尿病内科 リハビリテーション科	

②協力歯科機関

医療機関の名称	あずま歯科医院	
所在地	佐世保市瀬戸越 2 丁目 2 番 10 号	Tel. 0956(49)7000

☆協力

医療機関とは・・・

定期的な健康管理や急変時の対応など、ご利用者の安全を確保するために
日頃より事業所と連携をとり、ご協力いただいている医療機関です。
☆ご利用者やご家族のご希望の医療機関についてはご配慮いたします。

7. 認知症対応型共同生活介護計画について

計画作成担当者がご利用者の直面している課題等を評価し、ご利用者のご希望を
踏まえて介護職員と協議の上、認知症対応型共同生活介護計画を作成いたします。
また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に
記載してご利用者又はそのご家族にご説明いたします。

8. 契約者の権利と義務について

ご利用者及びご利用者の代理人は、当事業所のサービスに関し、契約書第4章の権利を
有します。

9. 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事業の提供にあたり、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：ご利用者、ご利用者の家族、地域住民の代表者、市町村職員又は地域包括支援センター
職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等

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します

10. 事故防止及び事故発生時の対応について

当事業所では、事故防止の為の事故対応マニュアル等により職員の研修を行っておりますが、万一、事故が発生した場合、迅速に対応を行うとともに、可能な限りの措置を講じます。

社会福祉法人アソカ仁寿会 事故対応マニュアル

1. ご利用者への対応

ご利用者が事故により、身体に障害を発生している場合は、治療、生命維持のための可能な限りの応急処置をとる。

(1) 事故を起こした当事者は、各サービス提供責任者に報告する。

サービス提供責任者は速やかに介護支援専門員と管理責任者(施設長、理事長)に報告し、指示を得るとともに他のスタッフと協力し、最善の処置をとる。

2. ご利用者の家族への連絡

説明は各サービス提供責任者が行い、速やかに事実を伝える。

管理責任者(施設長、理事長)は、解決まで責任をもって誠実に対応する。

(1) 事故発生当初には、不明なところもあるが、事故発生の状況の説明は、慎重かつ確実に行う。当初不明確であった状況も後日、必ずご家族に伝える。

(2) ご利用者、ご家族の緊急連絡先は、必ず把握しておく。

3. 事故状況把握

正確な把握が必要で、再度の事故防止策として、当日カンファレンスを行い、防止策の検討を行い実施する

(1) 事故の概要をできるだけ詳細に記載できる様式にした事故報告書を作成する。

(2) 物損事故の場合は、その損害品も撮影する。

4. 関係機関への届出報告

事故の程度、状況に応じて関係機関へ施設長、理事長が連絡する。

【行政機関】 佐世保市長寿社会課

【警察】 ご利用者が死亡した場合等、重大事故と判断される場合

【保険会社】 事務主任が行う

※事故にあった当事者(従事者)又、そのご家族の精神状態を理解し、配慮するとともに、マスコミ取材があれば適切に対応する。

1 1. 緊急時等の対応について

当事業所では、ご利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医及び家族等に連絡を行い、主治医への連絡が困難な場合は救急搬送等の必要な措置を講じます。

1 2. 虐待防止について

当事業所では、虐待の発生又その再発を防止するための対策を検討する委員会の開催、職員の研修を行っております。サービス提供中に当事業所従業者又はご利用者の家族等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、速やかに市町村に通報する措置を講じます。

1 3. 感染症対策について

当事業所では、感染症の発生予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の開催、職員の研修及び訓練を実施します。

1 4. 個人情報の保護

当事業所では、ご利用者、ご利用者の家族等の個人情報についてサービス提供以外の目的では原則的に利用しないものとします。

1 5. 苦情の受付について

ご利用者又はそのご家族より苦情の申出があった場合、解決までの処理は以下のようになります。

- ① はじめに、苦情受付担当者がご利用者及びそのご家族からの苦情・相談を受付、内容を確認した上で、その段階で解決できると判断されるものはその場で解決する。
- ② 苦情受付担当者で解決が困難な場合は、処理を保留し、苦情解決責任者及び苦情相談の対象となっている部署の責任者と協議し解決する。
- ③ 事業所内で解決が困難な場合は、あらかじめ事業者が選任した第三者委員の立ち合いのもと、ご利用者との話し合いを行い解決する。
- ④ ③で解決が困難な場合は、下記の行政機関に申し立てができる旨を伝え、速やかに当該事案の概要を伝え指示を仰ぐものとする。
- ⑤ 苦情受付担当者は、苦情受付から解決、改善までの経過と結果について記録をする。苦情解決責任者は、改善を約束した事項について、随時苦情申出人へ報告する。
- ⑥ 申出のあった事項について、事業所での改善に取り組む。
職員参加によるサービス改善、向上のための取り組みの場を設け、個別の事例ごとに対策を検討する。
- ⑦ 苦情解決責任者は、苦情解決に向けての取り組み実績を「広報誌」等で公表する。
- ⑧ 苦情の内容が緊急な対応を必要とされる場合で、委員会の開催が困難な場合、委員会の委員長又は代わる委員が対応方法を第三者委員に相談し、迅速かつ適切に対応し速やかに苦情処理責任者に報告するものとする。

(1) 当事業所における相談・苦情の受付

当事業所におけるご相談や苦情は以下の専用窓口で受け付けます。

[責 任 者]	管理者	相 根 健 次
[相談・苦情窓口]		
	1 F 計画作成担当者	北川 望
	2 F 計画作成担当者	鐘ヶ江哲郎
	3 F 計画作成担当者	伊東 一洋
受付時間	月曜日～金曜日	8 : 3 0 ～ 1 7 : 3 0
電話番号	0 9 5 6 (4 2)	9 1 1 6

☆苦情受付ボックスを1階受付窓口に設置しています。

(2) 第三者委員

当事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場からの当事業所サービスに対するご意見などをいただいております。

利用者は、当事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

名前	連絡先
鶴田 竹一	佐世保市知見寺町 1350 番地 2 TEL. 0956 (40) 8388

(3) 行政機関その他苦情受付期間

佐世保市長寿社会課 介護保険係	受付時間 8:30～17:15	佐世保市八幡町 1-10 TEL. 0956(24)1111 FAX. 0956(25)9670
長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課	受付時間 8:30～17:15	長崎市今博多町 8-2 TEL. 095(826)7293 FAX. 095(826)1779
佐世保市社会福祉協議会	受付時間 8:30～17:15	佐世保市八幡町 6-1 TEL. 0956(23)3174 FAX. 0956(23)3175

1 6. 非常災害時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に沿って対応を行います。

また、避難訓練を年2回、契約者も参加して行います。

自然災害時の訓練等も計画に沿って行います。

＜消防用設備＞・自動火災報知器・火災通報装置・非常通報装置・ガス漏れ探知機
・非常用照明・誘導灯・消火器（各階2台）

料金一覧表

1 か月＝31 日分（単価：円）

要介護度			要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
介護 保険 対象	④	基本利用料	7, 530	7, 880	8, 120	8, 280	8, 450
	⑤	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	180	180	180	180	180
	⑥	医療連携体制加算（Ⅰ）イ	570	570	570	570	570
	⑦	口腔衛生管理体制加算【月額】	300	300	300	300	300
	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ【月額】		53, 970	56, 240	57, 810	58, 850	59, 960
	介護サービス費合計		310, 950	324, 070	333, 080	339, 080	345, 460
	介護サービス費合計・・・① （自己負担分：1割）		31, 095	32, 407	33, 308	33, 908	34, 546
	介護サービス費合計・・・② （自己負担分：2割）		62, 190	64, 814	66, 616	67, 816	69, 092
	介護サービス費合計・・・③ （自己負担分：3割）		93, 285	97, 221	99, 924	101, 724	103, 638
介護 保険 対象外	食材料費（31 日分）・・・④		47, 895（日額 1, 545 円）				
	居 室 料（31 日分）・・・⑤		27, 000（月途中の入退所は日割り計算）				
	光 熱 費（31 日分）・・・⑥		14, 800（月途中の入退所・入退院は日割り計算）				
①＋④＋⑤＋⑥ 合計額 1 割			120, 790	122, 102	123, 003	123, 603	124, 241
②＋④＋⑤＋⑥ 合計額 2 割			151, 885	154, 509	156, 311	157, 511	158, 787
③＋④＋⑤＋⑥ 合計額 3 割			182, 980	186, 916	189, 619	191, 419	193, 333

加算について

＊初期加算 《自己負担分1割：30円/日》

入所後30日間加算されます。また、30日を超えた病院への入院後に再び入居した場合も同様に30日間加算されます。

＊サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 《自己負担分1割：18円/日》

介護職員の総数のうち、介護福祉士を60%以上配置しております。

＊医療連携体制加算(Ⅰ)イ 《自己負担分1割：57円/日》

24時間連絡体制の整った看護師による、日常的な健康管理や医療機関との連絡・調整を行っており、重度化した場合の対応及び看取りに関する指針を整備しています。

＊口腔衛生管理体制加算 《自己負担分1割：30円/月》

協力歯科の歯科医師及び歯科衛生士により、指示・指導を受け、入所者の口腔機能維持、口腔内の衛生保持に努めます。

＊入院時費用《自己負担分1割：246円/日》ひと月6日間に限り費用をいただきます。

＊介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ 《((①+②+③)×利用日数+④)×21.0%》

【例・要介護1の方の場合】 ※単位数での計算になります 1単位10円

((①753+②18+③57)×利用日数+④30)×21.0% = 5396.57(1単位未満端数を四捨五入) → 5397単位
5397単位×1単位10円 = 53,970円

※月途中の入退所は日割り計算となります。

※上記料金のほかに、医療費・理美容代・おむつ代・身の回り品として日常生活に必要なものは、実費負担となります。

私は、認知症対応型共同生活介護事業所 あそかのもりの重要事項を記した文書を交付、説明を受け、指定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

認知症対応型共同生活介護事業所 あそかのもり

職 名 管 理 者

説明者

氏 名 相 根 健 次 ⑩

契約者
(利用者)

住所

氏 名

印

代筆者

住所

氏 名

印

家族代表者
または
代理人

住所

氏 名

印

(関係：)