

認知症対応型共同生活介護重要事項説明書 (介護予防・短期利用を含む)

指定認知症対応型共同生活介護又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護（以下、「指定認知症対応型共同生活介護等」という。）の提供開始にあたり、説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者名称	株式会社 かくだ
主たる事業所の所在地	敦賀市昭和町二丁目20-16
代表者名	代表取締役 横井 小夜子

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	敦賀ケアセンターかくだ「はるか」
指定番号	1870200159
所在地	敦賀市昭和町二丁目20番地16
電話番号	0770-25-4141
FAX番号	0770-21-3390

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態にあつて認知症の状態にあるものに対して、家庭的な環境の下で適正な指定認知症対応型共同生活介護等を提供する。
運営の方針	<p>要介護者等について、共同生活住居において家庭的な環境の下で入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助及び機能訓練を行う事により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事ができるようにする。</p> <p>2 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>3 提供した指定認知症対応型共同生活介護等に関する利用者からの苦情に関し、市町村等が派遣する者が相談・援助を行う事業、その他の市町村が実施する事業に協力する。</p>

4. 営業日・営業時間

営業日	日曜日から土曜日まで、365日とする。
営業時間	24時間

5. 従業員の職種、員数及び職務の体制

従業員の職種	員数	職務の体制
管理者	1名	常勤1名 介護従業者と兼務
計画作成担当者	1名	非常勤1名 介護従業者と兼務
介護従業者	10名	常勤5名（兼務2名） 非常勤5名

6. 利用定員

利用定員は9名とする。

7. 入退去

入居申込者の入居に際しては、主治医の診断書等により当該入居者が認知症の状態にある者であることの確認をします。

2 前項において、入居申込者が入院治療を要するものであること等、入居申込者に対し、自ら必要なサービスを提供することが困難であると認められた場合は、適切な外の指定認知症対応型共同生活介護事業者、介護保険施設、病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じるものとします。

3 入居申込者の入居に際しては、その者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努めることとします。

4 利用者の退所の際には、利用者及び家族の希望を踏まえた上で、退去後の生活環境や介護の継続性に配慮し、退去に必要な援助を行うこととします。

5 利用者の退去に際しては、利用者又はその家族に対し、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健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めることとします。

6 入居に際しては、入居の年月日及び入居している共同生活住居の名称を、退去に際しては、退去の年月日を、利用者の被保険者証に記載することとします。

8. サービスの内容

- (1) 身体介護
- (2) 家事援助
- (3) その他生活全般にわたる援助
- (4) 機能訓練

9. 介護計画の作成

介護計画の作成にあたっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し同意をいただきます。また、作成した介護計画書は利用者等にお渡しします。

10. 短期利用共同生活介護

当事業所は、各共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室や短期利用者専用の居室等を利用し、短期間の指定認知症対応型共同生活介護（以下「短期利用共同生活介護」という。）を提供します。

2 短期利用共同生活介護を受ける利用者の数は、この共同生活住居において1名とします。

3 短期利用共同生活介護の利用は、利用の開始に当たって、あらかじめ30日以内の利用期間を定めます。

11. 利用料金等

(1) 介護保険適用分（別紙料金表のとおり）

- ① 認知症対応型共同生活介護費
- ② 介護予防認知症対応型居宅介護費
- ③ 短期利用共同生活介護費
- ④ 各種加算

(2) その他実費適用分(別紙料金表のとおり)

その他の費用に係るサービスの提供及び金額については、あらかじめ、利用者又はその家族に対し説明し、同意を得ることとします。

居室の利用料及び水道光熱費については、月の途中で入退居があった場合、日割り計算を行います。

(3) 料金の支払方法

毎月15日までに前月分の請求書を送付しますので、月末までに口座振替又は現金支払いの方法でお支払い願います。

12. 苦情申立窓口

当事業所担当窓口 所長	電話	0770-25-4141
敦賀市長寿健康課担当窓口	電話	0770-22-8180
福井県国民健康保険団体連合会	電話	0776-57-1614

1 3. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	川上医院
	院長名	川上 究
	所在地	敦賀市松原町1-39
	電話番号	0770-22-0977
	診療課	内科・胃腸科・外科・形成外科
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	連絡先	

1 4. 非常災害対策

- (1) 介護事業等の提供中に天災その他の災害が発生した場合は避難等適切な措置を講じます。
- (2) 日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力期間等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。
- (3) 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処する計画を作成し、防火管理者又は火気・消防等についての責任者を定め、年1回定期的に避難、救出その他必要な訓練を実施します。

1 5. 秘密の保持について

当事業所の従業者及び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利用者及びそのご家族の秘密を漏らしません。

2 従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族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ます。

1 6. 個人情報の保護

利用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など必要な範囲内で利用者及びそのご家族の個人情報を用います。

なお、個人情報の利用範囲については別紙のとおりです。

17. 情報開示

当事業所の営業・サービス内容等について、1年に1回は事業所評価を行い、公表させていただきます。

令和 年 月 日

指定認知症対応型共同生活介護等の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

敦賀市昭和町二丁目20番地 16
敦賀ケアセンターかくだ「はるか」

説明者氏名 荒木 一輝 印

令和 年 月 日

私は、本書面により事業者から指定認知症対応型共同生活介護等の重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

利用者
住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 利用者の家族
住所 _____

氏名 _____ 印

個人情報利用範囲

個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 介護サービスの提供を受けており、体調等を崩し又はケガ等で受診した際に、必要な情報を医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

私は、個人情報の利用について、上記のとおり説明を受け同意します。

利用者
住所

氏名

印

(代理人) 利用者の家族
住所

氏名

印