

潤生園 よりあいどころ 田島

重要事項説明書

社会福祉法人 小田原福祉会

1. 事業目的・運営方針

要介護者等（要支援2含む）であって認知症であるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、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、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する。

- 1 利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることが出来るよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行う。
- 2 利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で、日常生活を送ることが出来るよう配慮する。
- 3 （介護予防）認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮する。
- 4 従業者は、サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明する。
- 5 事業所は、利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行わない。
- 6 事業所は、前項の身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する。
- 7 事業所は、自らその提供するサービスの質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図る。

2. 事業所の概要

- 1 名称 潤生園 よりあいどころ 田島
- 2 所在地 神奈川県小田原市田島字根岸1205番地
- 3 連絡先 電話番号 0465 (41) 4195 ファックス番号 0465 (41) 4196
- 4 介護保険事業所番号 1492300080
- 5 管理者 斉木 麻理
- 6 提供サービス (介護予防) 認知症対応型共同生活介護事業
- 7 提供実施地域 小田原市

3. 事業所の職員体制（ 2025 年 4月 1日 現在）

- 1 管理者 1名（常勤兼務）
事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
- 2 計画作成担当者 2名（常勤兼務 2名）
適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成するとともに、連携する特別養護老人ホームや病院等の関係機関との連絡・調整に当たる。
- 3 介護職員 12名以上（常勤兼務 10名以上）

利用者に対し必要な介護及び支援を行う。

4. 利用定員

2ユニット18名（全室個室）

5. サービス内容

- 1 入浴、排泄、食事、着替え等の介助
- 2 日常生活上の世話
- 3 日常生活の中での機能訓練
- 4 相談、援助

6. 利用料金

- 1 事業所が提供する（介護予防）認知症対応型共同生活介護の利用料は、法定代理受領分については介護報酬告示上の額の自己負担割合に応じた額とし、法定代理受領分以外については介護報酬の告示上の額とする（下表参照）。

	基本サービス/日（1割負担の場合）	介護職員等処遇改善加算Ⅱ（注）	提供体制加算
要支援2	749 単位	該当月の所定単位数× 17.8%	18 単位/日 ※サービス提供体制強化加算Ⅱ 介護職員総数のうち介護福祉士が6割以上である場合に算定
要介護1	753 単位		
要介護2	788 単位		
要介護3	812 単位		
要介護4	828 単位		
要介護5	845 単位		

【利用者負担金の算出方法】

- ・ 該当月の総単位数×地域区分別1単位の単価（小田原市は5級地という区分で1単位が10.45円）＝A（1円未満切捨て）
- ・ A×保険給付率＝B（保険給付額：1円未満切捨て）
- ・ A－B＝介護報酬に係る利用者負担金 となる。

注 介護職員等処遇改善加算Ⅱ 所定単位数 178/1000（1月につき）

上記のほかに下記の加算が算定される場合がある。

- § 認知症行動・心理症状緊急対応加算（200 単位／日）
医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅生活が困難であり、緊急に（介護予防）認知症対応型共同生活介護を利用することが適当であると判断され、利用した場合に、入居から7日を限度として算定される。
- § 若年性認知症利用者受入加算（120 単位／日）
若年性認知症利用者に対して、個別の担当者を定めている。
- § 初期加算（30 単位／日）
入居した日から起算して30日以内の期間に算定される。
- § 認知症専門ケア加算Ⅰ（3 単位／日）※要介護認定者のみ算定
(1)施設における利用者総数のうち、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする利用者の占める割合が2分の1以上である。(2)認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。(3)施設の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催している。以上、(1)～(3)の全てを満たした際に算定される。
- § 医療連携体制加算 I-ハ（37 単位／日）※要介護認定者のみ算定
施設が連携する訪問看護ステーションの看護師により、利用者の日常的な健康管理を行ったり、利用者の状態を判断し、医療面から適切な指導、援助を行う体制を整えている。通常時及び特に状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡調整連携を行う。別紙「重度化した場合における対応に係る指針」について、入居の際、利用者又はその家族に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ることとする。
- § 生活機能向上連携加算（100 単位／月）
医療提供施設の医師・理学療法士らと共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成し、当該計画の進捗状況を評価し、必要に応じて計画・訓練内容を見直しを行う。3月に1回を限度として算定。
- § 口腔・栄養スクリーニング加算（20 単位／回）6月に1回を限度
利用開始時及び利用中6か月ごとに口腔の健康状態や、栄養状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態や、栄養状態に関する方法を計画作成担当者に文書で共有する。
- § 入退院支援（246 単位／日 ・ 再入居時に初期加算）
入院後3カ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合、1月に6日を限度として算定。また、医療機関に1カ月以上入院した後、退院して再入居する場合に初期加算が算定される。
- § 退居時相談援助加算（400 単位）
退居を希望する利用者に対して、退去後の居宅サービス等について相談援助を行

い、かつ利用者の同意を得て、退居後の居宅地を管轄する市町村等に対して、利用者の介護状況を示す文書を添えて必要な情報提供をした場合に算定される。

§ 看取り介護加算※要介護認定者のみ算定

- (1) 死亡日以前 31 日～45 日以下：72 単位／日
- (2) 死亡日以前 4 日以上 30 日以下：144 単位／日
- (3) 死亡日以前 2 日又は 3 日：680 単位／日
- (4) 死亡日：1,280 単位を死亡月に加算

※ただし、退居した日の翌日から死亡日までの間は算定しない。

以下のすべてに適合する利用者によりのみ算定する。

- ・医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- ・利用者又はその家族等の同意を得て、利用者の介護に係る計画が作成されていること。
- ・医師、看護師、介護職員等が共同して、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得て、介護が行われていること。

§ 科学的介護推進体制加算（40 単位／月）

利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していることで算定される。

その他に次に掲げる項目について、別に利用料金の支払いを受ける。

- ① 家賃 1,500 円／日（生活保護受給者は 46,000 円／月とする。）
- ② 共益費 400 円／日（共有スペースの維持管理・修繕・畑や花壇の整備
ゴミ処理・自治会関係費用）
- ③ 日常生活費 200 円／日（防災用備蓄・衛生管理に関する薬剤）
- ④ 水道光熱費 600 円／日
- ⑤ 食費 1,480 円／日（生活保護受給者は 1,040 円／日とする。）
- ⑥ 理美容代 1,600 円／回（生活保護受給者は免除とする。）
- ⑦ おむつ代 実費（生活保護受給者は免除とする。）
- ⑧ 敷金 150,000 円

・敷金は、この契約が終了した後、原状回復に要する費用が発生した場合には、敷金から差し引くことができる。

- ⑨ 前各号に掲げるもののほか、指定認知症対応型共同生活介護において提供されるサービスのうち、日常生活においても通常必要な費用で、その利用者が負担することが適当と認められる費用

- 2 前項の費用を伴うサービスを提供する際には、当該サービス内容及び費用を説明した上で利用者又は家族の同意を得る。併せてその支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受ける。
 - 3 支払い方法
自己負担金は、1ヶ月ごとに計算し、翌月27日に自動口座引き落とし（指定の金融機関の口座から月1回引き落とす）にてお支払い頂く。
7. 介護計画作成
- 1 （介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスの開始に際し、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、個別に（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画（以下、介護計画）を作成する。
 - 2 介護計画の作成、変更に際しては、利用者及び家族に対し、当該計画の内容を説明し、同意を得る。
 - 3 利用者に対し、介護計画に基づいて各種サービスを提供するとともに、常に、その実施状況についての評価を行う。
8. 入退居に当たっての留意事項
- 1 （介護予防）認知症対応型共同生活介護の対象者は、要介護者等（要支援2含む）であって認知症の状態にあり、かつ次の各号を満たす者とする。
 - ① 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。
 - ② 自傷他害のおそれがないこと。
 - ③ 常時医療機関において治療をする必要がないこと。
 - 2 入居後利用者の状態が変化し、前項に該当しなくなった場合は、退居していただく場合がある。
 - 3 退居に際しては、利用者及び家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるよう、退居に必要な援助を行うよう努める。
9. 緊急時における対応方法
- （介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供中に利用者の心身の状況に異常その他緊急事態が発生したときは、速やかに主治医に連絡するなどの措置を講ずるとともに、利用者の家族に報告する。
10. 非常災害対策
- 1 事業所は、非常災害に備えて必要な設備を設け、消防避難に関する計画を作成する。

2 事業所は、非常災害に備え、年2回以上は、避難・救出その他必要な訓練を行う。

1 1. 事故発生時の対応

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。

1 2. 損害賠償

事業所の責任により利用者に生じた損害について、速やかにその損害を賠償する。ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を勘案して、相当と認められる場合に限り、事業所の損害賠償責任を減じることがある。

1 3. 相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応する。

1 相談責任者 管理者 斉木麻理

2 対応時間 午前8時00分～午後5時00分

3 電話番号 0465 (41) 4195

4 ファックス番号 0465 (41) 4196

5 公的受付機関

① 小田原市介護保険課介護給付係 (月～金曜日 8:30～17:15)

小田原市荻窪300 電話番号 0465 (33) 1827

② 神奈川県国民健康保険団体連合会 (月～金曜日 8:30～17:15)

横浜市西区楠町27-1 電話番号 045 (329) 3447

1 4. 個人情報の保護

1 事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。

2 事業所が得た利用者の個人情報については、原則的に事業者が行う認知症対応型共同生活介護サービスの提供以外の目的では利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとする。

1 5. 秘密保持

1 事業所の職員は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らさない。

2 事業所は、職員であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じる。

3 事業所は、居宅介護支援事業所等関係機関に対して、利用者に対する情報を提供する際には、あらかじめ文書により利用者の同意を得るものとする。

16. 法人の概要

1 名称 社会福祉法人 小田原福祉会

2 代表者名 理事長 時田 佳代子

3 所在地 小田原市穴部377番地

4 電話番号 0465(34)6001

5 ファックス番号 0465(34)9520

6 事業概要(2025年4月1日現在)

・特別養護老人ホーム	1事業所
・地域密着型特別養護老人ホーム	1事業所
・短期入所生活介護事業所	2事業所
・認知症対応型共同生活介護事業所	2事業所
・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	1事業所
・通所介護事業所	3事業所
・地域密着型通所介護	8事業所
・居宅介護支援事業所	3事業所
・介護予防支援事業所	4事業所
・小規模多機能型居宅介護事業所	5事業所
・訪問看護事業所	1事業所

年 月 日

上記のとおり重要事項を説明し、交付いたしました。

潤生園 よりあいどころ 田島

説明者氏名 _____

上記のとおり重要事項の説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

利用者氏名 _____

家族氏名 _____

利用者は、心身の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代行者 氏名 _____