

重要事項説明書

医療法人 ライフケア読谷
ライフケアホーム読谷

ライフケアホーム読谷 重要事項説明書

1. 事業主体概要

令和6年6月1日現在

事業主体名	医療法人 ライフケア読谷
法人の種類	医療法人
理事長	鳥谷 裕
他の介護保険関連事業	通所介護、小規模多機能型居宅介護

2. ホーム概要

ホーム名	ライフケアホーム 読谷
ホームの目的	家族に囲まれ、親しい友人のいる郷里で、豊かな老いを輝いていけるよう お年寄りも、その家族も支えて行きたい
運営方針	1. 家庭的な環境作りに努めます 2. 認知症高齢者のこれまでの生活や個性、役割を尊重します 3. ご家族や地域との結びつきを大切にします
責任者	鳥谷 裕
開設年月日	平成 23年 4月 1日
保険事業者指定番号	4792200034
所在地	沖縄県中頭郡読谷村字長浜1530番地の1
電話番号	098-982-9000
建物概要	構造 鉄筋コンクリート造り 1階建て 延べ床面積 298.00㎡
居室の概要	個室 9部屋 1室あたりの平均床面積(18.14㎡ 4室、14.08㎡ 5室)
その他の設備	常夜灯 センサー(玄関)
非常災害設備等	消火器 自動火災通報装置
協力病院	ライフケアクリニック長浜、中頭病院、県立中部病院 中部徳洲会病院、ハートライフ病院

3. 職員体制

	員数	常勤		非常勤		兼務の有無
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1名		1名			小規模多機能管理者との兼務
計画作成担当者	1名		1名			小規模多機能計画作成との兼務
看護師	1名			1名		
介護従業者	8名	5名		3名		

4. 入退居に当たっての留意事項

- (1) 指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護の対象者は、要介護(要支援者)であって認知症であるもののうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者とし、次のいずれかに該当する者は対象から除かれます。
- ①認知症の症状に伴う著しい精神症状を伴う者
 - ②認知症の症状に伴う著しい行動異常がある者
 - ③認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者
- (2) 入居申込者の入居に際しては、主治医の診断書等により、当該入居申込者が認知症の状態にあることの確認を行います。
- (3) 入居申込者が入院治療を要する者であること等、入居申込者に対して自ら必要なサービスの提供が困難であると認められた場合は、他の適切な施設、医療機関を紹介する等の適切な措置を速やかに講じます。
- (4) 利用者の退居に際しては、利用者及びその家族の希望、退居後の生活環境や介護の連続性に配慮し適切な援助、指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等や保健医療、福祉サービス提供者と密接な連携に努めます。

5. サービス及び利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談、援助等上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度に応じて定められた金額(省令により変更する場合があります)が自己負担となります。但し、入居後30日に限り、下記金額に1日当たり30円の割増しとなります。
保険対象外サービス	別紙のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。

I) 施設利用料

- 家賃(1日につき) 1,000円
- 共益費(1日につき) 1,000円 (水道費250円/電気代500円/施設修理保守点検費250円)
- 食管理費(1日につき) 1,800円 (朝食450円、昼食690円、夕食660円)

II) 介護保険自己負担額 (1単位:10円)

介護度	1日基本単位	1ヶ月(30日計算)/円		
		1割	2割	3割
要支援 2	761	22,830	45,660	68,490
要介護度 1	765	22,950	45,900	68,850
要介護度 2	801	24,030	48,060	72,090
要介護度 3	824	24,720	49,440	74,160
要介護度 4	841	25,230	50,460	75,690
要介護度 5	859	25,770	51,540	77,310

区分	
初期加算	30円(1日につき)入居日から30日以内の期間
医療連携体制加算	37円(1日につき)
入院時費用(入退院支援加算)	246円(1日につき) 月6回1回の入院で月をまたがる場合は最大で13日
退去時相談援助加算	400円
科学的介護推進体制加算	40円(1ヶ月につき) ADL・栄養状態・口腔機能・認知症の状況、その他基本的な情報を厚生労働省に提出、計画の見直しや必要な情報を活用

*基本サービス費に各種加算減算(処遇加算除く)を加えた総単位数(所定単位数)

介護職員等処遇改善加算 II	所定単位数(1ヶ月の合計に対して) × 17.8%
----------------	---------------------------

自己負担額

利用者様の負担割合に応じた額(介護保険負担割合証参照)が自己負担になります。
なお、介護保険制度の変更に伴い変更が生じる場合があります。

*支払方法・・・毎月10日までに前月分の請求を致します。

- 原則として、指定口座からの自動振替の方法で支払います。
- 口座振替日: 毎月21日(休日の場合は翌営業日)
- 別途 契約の際に、事務手続きがあります。
- 入金確認後、領収証を発行します。

6. 衛生管理等

- (1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
 - (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
 - (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
- ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的を実施します。

7. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

8. 緊急時の対応方法について

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。また、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。

協力医療機関	医療機関名 所在地 TEL/FAX番号 受付時間
委託医療機関 (看護師の所属医療機関)職員として配置していない場合	医療機関名 所在地 TEL/FAX番号 受付時間
主治医	医療機関名 ライフケアクリニック長浜 氏名 鳥谷 裕 TEL/FAX番号 098-982-9000 / 098-982-9010
家族等緊急連絡先	氏名 続柄 住所 電話番号（自宅） (職場) 携帯番号

9. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等の提供により事故が発生した場合は、沖縄県介護保険広域連合、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事故については、事業所として事故の状況、経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

また、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

【市町村（保険者）の窓口】 沖縄県介護保険広域連合	所在地 沖縄県中頭郡読谷村字比謝町55番地 比謝町複合施設2階 電話番号 098-911-7502 ファックス番号 受付時間（平日）午前 9:00 ～ 午後 5:00
【居宅支援事業所の窓口】	事業所名 所在地 電話番号 担当介護支援専門員

10. 非常災害対策

① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：（ ）

② 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ための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：（毎年2回 月・月）

11. 苦情相談機関

（ご利用者相談窓口）

医療法人 ライフケア読谷	平日 電話 098-982-9000 場所 〒904-0324 読谷村字長浜 1530番地の1 担当者 介護事業部 田中
沖縄県介護保険広域連合 業務課指導係	平日 電話 098-911-7502 場所 〒904-0398 読谷村字比謝町55番地 比謝町複合施設 2階
読谷村役場 福祉課老人福祉係	平日 電話 098-982-9209 場所 〒904-0392 読谷村字座喜味 2901番地
沖縄県国民健康保険 団体連合会	平日 電話 098-860-9026 場所 〒900-8559 那覇市西3丁目14番18号

12. サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

【実施の有無】	有 無
【実施した直近の年月日】	年 月 日
【第三者評価機関名】	
【評価結果の開示状況】	

13. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するために次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

14 ハラスメント

事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から職場においておこなわれる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員の就業環境が害されることを防止するための措置を行うものとする

- (1) 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発
- (2) 相談窓口の設置
- (3) 被害防止のための研修等

15 身体拘束等の禁止

1 事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の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その他利用者の行動を制限する行為(以下、「身体拘束等」という。)を行わない。なお、緊急やむを得ない場合は切迫性、非代替性、一時性の三つの要件を全て満たす場合とする。

2 事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、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その他必要な事項を記録するものとする。

3 事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次の措置を講ずるものとする。

- (1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の設置及び委員会での検討結果についての従業者への周知徹底
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針の整備
- (3) 従業者に対する身体拘束等の適正化のための研修の実施

16. その他運営に関する留意事項

従業者の質的向上を図るための研修の機会を設け、業務体制を整備する

事業所は、すべての従業者(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。)に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとする。また、従業者の資質向上のために研修の機会を次の通り設けるものとし、業務の執行体制についても検証、整備する。

- 1.採用時研修 採用後1カ月以内
- 2.定期的な研修 随時

① 職員等は、利用者の居宅を訪問時、所属を証明する所属証明書携行し、利用者または家族から求められたときはこれを提示します。なお、施設内には、所属を明らかにする担当職員表を見やすい場所に掲示します。

② サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておくものとする。

③ サービス提供の開始に際し、あらかじめ、利用者申込者及びその家族に対し、運営規程の概要、従業員の勤務体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記載した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得ます。

④ 事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、適当な他の認知症対応型共同生活介護事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講ずるものとします。

⑤ 事業所は、適切な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)の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

⑥ この規定に定める事項のほか、運営に関する重要事項は、医療法人ライフケア読谷と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとします。

説明事項同意書

令和 年 月 日

(事業者) ホーム名 : ライフケアホーム 読谷
住 所 : 沖縄県中頭郡読谷村字長浜 1530番地の1
説 明 者 : _____ 印

上記の説明を受け、同意し、交付を受けました。

(利用者) 住 所 : _____
連 絡 先 : _____
氏 名 : _____ 印

(利用者代理人) 住 所 : _____
連 絡 先 : _____
氏 名 : _____ 印

(身元引受人) 住 所 : _____
連 絡 先 : _____
氏 名 : _____ 印