

グループホーム愛生
(認知症対応型共同生活介護)

人吉市 4370300677

重要事項説明書



グループホーム愛生 重要事項説明書

1 事業所概要

サービス種別	認知症対応型共同生活介護
事業所名	グループホーム愛生
事業所番号	4370300677
事業所所在地	868-0036 熊本県人吉市二日町2番地
事業者	医療法人 愛生会
代表者	理事長 外山博之
事業所管理者	氏名 川床 夫沙子
事業所電話番号	0966-24-6965
事業所FAX番号	0966-24-6965

2 事業の目的

要介護者であって認知症の状態にある者（当該認知症に伴って著しい精神症状や行動異常がある者及び認知症の原因疾患が急性の状態にある者を除きます。以下「利用者」という）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な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支援することを目的とします。

3 運営の方針

利用者の認知症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう利用者の心身の状況を踏まえ、適切な処遇を行います。

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できるよう配慮します。

利用者の人格を尊重し、認知症対応型共同生活介護計画に基づきそれぞれの特性や状態の変化に応じたサービスの提供を行います。

利用者及びその家族に対し、サービスの提供方法等懇切丁寧に説明し、理解と同意が得られるよう努めます、又、個別サービス計画書を交付いたします。

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等を行いません。やむを得ず身体拘束等を行う場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状態並びに緊急やむを得ない理由を記録し、開示致します。

提供するサービスの質の評価を行い、それを公開し、常にその改善と質の向上を図ります。

正当な理由なく、認知症対応型共同生活介護サービスの提供を拒みません。

地域や家庭との結びつきを尊重し、地域住民及び自発的な活動等との連携・協力をを行い、地域との交流に努めます。

4 戸数及び利用定員

戸数（ユニット数）	2 戸	（2ユニット）
利用定員	18 名	（1ユニット 9名）

5 職員体制及び勤務体制（職員の取り扱い内容）

管理者 1 名（常勤 兼務）

管理者は、事業所の従業員の管理及び、グループホーム愛生の利用申込みに係る調整、業務実施状況の把握及びその他の管理を一元的に行う。

計画作成担当者 1 名 以上（常勤 兼務）

計画作成担当者は、グループホーム愛生の介護計画の作成に関する業務を担当する。

介護従事者	14名以上
グループホーム愛生の介護の提供にあたる。	
日勤	8:30 ~ 17:30
早出	7:00 ~ 16:00 (必要時)
遅出	10:00 ~ 19:00
夜勤	17:00 ~ 9:00

6 サービスの内容

- 認知症対応型共同生活介護計画の作成
 - 入浴の介助（週の入浴回数 3 回を目安とし、状況に応じて部分浴・清拭等を行う）
 - 排泄の介助
 - 食事の提供及び介助
 - 機能訓練（日常生活行為を大切にした生活リハビリの実施）
 - その他日常生活上の世話、日常生活動作の介助
 - 要介護認定申請に係る援助
 - 医療上の配慮
 - 特定福祉用具に係る援助
 - 外泊期間中の居宅サービス利用に係る連絡・連携
- ※ サービス提供内容につきましては、これを記録し、5年間保管いたします。

7 利用対象者

心身の状況及び病状やその置かれている環境に照らし、要介護1以上の認知症高齢者であつて、少人数での共同生活を営むことに支障がないと認められる要介護者

8 利用料金

認知症対応型共同生活介護の利用料の額は、法定代理受領分であるときは、その1割の額とし、法定代理受領分以外の場合には介護報酬上の額とする。但し、平成30年8月1日より、認知症対応型共同生活介護の利用料の額は、法定代理受領分であるときは、介護保険負担割合証に記載された割合（1割または2割または3割）をその額とし、法定代理受領分以外の場合には介護報酬上の額とする。

（介護保険負担割合1割の場合。以下、同様に1割の例を記載する。）

要介護1	1日	753円
要介護2	1日	788円
要介護3	1日	812円
要介護4	1日	828円
要介護5	1日	845円

初期加算 1日 30円 但し、入居から30日以内 また、医療機関に1ヶ月以上入院した後、退院して再入居する場合も同様とする。

医療連携体制加算(I)	イ	1日	57円
医療連携体制加算(I)	ロ	1日	48円
医療連携体制加算(I)	ハ	1日	37円
医療連携体制加算(II)		1日	5円

※ 医療連携体制加算（I）のうち、イ、ロ、ハ、のいずれかひとつと、状況に寄り医療連携体制加算（II）を算定する。

入院時費用 246円（6日を限度とする）

入院後3ヶ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

生活機能向上連携加算 1ヶ月 200円

計画作成担当者が医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状態等の評価を共同して行い、かつ、生活機能の向上を目的とした認知症対応型生活介護計画を作成し、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、計画に基づく指定認知症対応型共同生活介護を行ったとき

退去時相談援助加算 利用者1人1回を限度 400円

退去時情報提供加算 利用者1人1回を限度 250円
連携する医療機関へ退去となった場合

協力医療機関連携加算 1月 100円

協力医療機関連携加算 1月 40円

- ① 利用者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している
- ② 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保している
- ③ 利用者の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた利用者の入院を原則として受け入れる体制を確保している

上記①、②の要件を満たす場合は1月100円を、その他の場合は1月40円を算定

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） 1月 10円

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） 1月 5円

新興感染症等施設療養費 1日 240円

厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に、相談対応、診療、入院調整を行う医療機関を確保し当該感染症に感染した利用者に対し、適切な感染対策を行ったうえで、該当するサービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として（Ⅰ）または（Ⅱ）のいずれかを算定する

認知症チームケア推進加算（Ⅰ） 1月 150円

認知症チームケア推進加算（Ⅱ） 1月 120円

認知症専門ケア加算（Ⅰ） 1日 3円

認知症専門ケア加算（Ⅱ） 1日 4円

認知症の日常生活自立度Ⅲ以上となったとき、（Ⅰ）または（Ⅱ）のいずれかを算定する。

栄養管理体制加算 30円

管理栄養士が、従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合

生活機能向上連携加算（Ⅰ） 入所時 100円

医師、リハビリ専門職の助言に基づき、入所時の初回介護計画作成を作成した場合

科学的介護推進体制加算 40円

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、かつ、介護計画を見直すなど、情報その他サービスを有効に提供するために必要な情報を活用している

短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）

要介護1	781円
要介護2	817円
要介護3	841円
要介護4	858円
要介護5	874円

利用者の状況や利用者家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急に必要と認めた場合7日以内。やむを得ない場合14日以内。

（医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に利用することが適当であると判断して利用した場合は、7日を限度として200円加算する。）

口腔・栄養スクリーニング加算 20円

指定認知症対応型共同生活介護事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合（6ヶ月に1回を限度）

生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 1月 100円

生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 1月 10円

サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 1日 22円（①介護福祉士が70%以上等）

サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 1日 18円（介護福祉士が60%以上）

サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 1日 6円（介護福祉士が50%以上等）

※サービス提供体制強化加算は（Ⅰ）・（Ⅱ）・（Ⅲ）いずれかを算定する。

介護職員処遇改善加算Ⅰ（1月につき） 所定単位×111/1000

介護職員等特定処遇改善加算 区分Ⅰ（1月につき） 所定単位×31/1000

介護職員等特定処遇改善加算 区分Ⅱ（1月につき） 所定単位×23/1000

介護職員等ベースアップ等支援加算 1ヶ月あたりのサービス利用単位数×2.3%

介護職員処遇改善支援補助金 1ヶ月あたりのサービス利用単位数×1.3%

※ なお、介護職員処遇改善加算、介護職員特定処遇改善加算、介護職員ベースアップ等支援加算、介護職員処遇改善支援補助金の4つの加算は、令和6年5月までの適応である。以降、「介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）（Ⅳ）」となる。このうちいずれかひとつを算定する。（令和6年6月より）

介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 1ヶ月あたりのサービス利用単位数×18.6%

介護職員処遇改善加算（Ⅱ） 1ヶ月あたりのサービス利用単位数×17.8%

介護職員処遇改善加算（Ⅲ） 1ヶ月あたりのサービス利用単位数×15.5%

介護職員処遇改善加算（Ⅳ） 1ヶ月あたりのサービス利用単位数×12.5%

法定代理受領分であるときは、介護保険負担割合証の記載が2割負担については上記の金額すべてが2倍となり、3割負担については上記金額すべてが3倍となります。

その他の利用料

家賃 1日 1,000円
但し、在籍扱い期間（外泊、入院等）については減額の対象となりません

日常生活費 1日 500円（水道光熱費含む）
食材料費 1日 1,680円（消費税込）
（朝食420円 昼食600円 夕食580円 おやつ80円）

但し、各個人の利用に応じて自己負担となります。

施設で用意する「おむつ」を使用する場合は、各個人の利用に応じて自己負担となり、別紙に定める金額を負担していただきます。

理美容料は自己負担となります。

医療機関に受診された場合には、医療費の個人負担が実費となります。

その他に日常生活で係る費用の徴収が必要になった場合は、その都度利用者またはその家族に説明をし、同意を得たものに限り徴収する。

利用料金のお支払方法

基本的に引き落としとさせていただきます。引き落とし手数料は利用者負担とし、請求料金に含めて請求いたします。（但し、場合によっては現金払いをお願いすることもございます。）

9 医療連携体制並びに重度化対応体制について

事業所は、利用者が急変した場合、また重度化した場合の対応として下記の医療機関と24時間連携ができる体制をとっております。

愛生記念病院	人吉市南泉田町89
外山内科	人吉市二日町22
訪問看護ステーション愛生会	人吉市二日町22

10 緊急時・事故発生時の対応について

利用者に対するサービス提供を行っている際、利用者には病状の急変が生じた場合、又はその他必要が生じた場合には、速やかに利用者の家族等や主治医あるいは事業所が予め定めた協力医療機関への連絡を行うなどの必要措置を講じます。

利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合には、市町村・利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を行うこととし、その原因を解明し、事故の対応策を検討し、再発防止に努めます。

11 非常災害対策について

事業所は、消防計画及び風水害・地震等の災害に対処する計画に基づき、防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

始業時、終業時には、火災防止のため自主的に点検を行います。

非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼し、点検の際には防火管理者は立会い、常に有効に保持するよう努めます。

防火管理者は、従業員に炊いて防火教育・消防訓練を実施します。

その他必要な災害防止対策についても、必要に応じて対処する体制をとります。

12 秘密の保持について

従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の情報を、了解なしに他へ漏らしません。事業者でなくなった後も同様の責務を負います。

13 個人情報の保護・共有について

当事業所又は職員が、サービスを提供する上で業務上知り得た利用者並びに家族等に関する個人情報を下記の利用目的以外に第三者に対して提供・開示することはありません。この守秘義務は、契約終了後も同様です。また、利用者ご自身より、個人情報の開示を求められた場合には遅滞なく対応します。

(利用目的)

1. 介護保険における介護認定申請書及び更新・変更
2. 利用者に関する介護計画を立案し、円滑なサービスが提供されるため実施するサービス担当者会議での情報提供
3. 医療機関・福祉事業者・介護支援専門員・介護サービス事業者・自治体その他社会福祉団体等との連絡調整
4. 利用者が医療サービスの利用を希望する場合及び主治医の意見を求める必要のある場合
5. 利用している介護事業所内のカンファレンス
6. 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
7. その他のサービス提供に必要な書類
8. 上記各号に関わらず、緊急を要する際の連絡等の場合

14 相談・苦情申立について

(1) 相談・苦情申立窓口 (管理者) 氏名

受付時間 8:30～17:30 (月曜日～日曜日) 祝日含む

電話番号 0966-24-6965 FAX 番号 0966-24-6965

但し、不在時には、他の従業者が対応し、速やかに担当者に引き継ぎます。

(2) 人吉市高齢者支援課 介護保険係 電話番号 0966-22-2111 (内線1237)

受付時間 平日 午前8時30分～午後5時15分まで

(3) 熊本県国民健康保険団体連合会

介護苦情相談【介護サービス苦情・相談窓口】(相談無料)

電話番号 096-214-1105 FAX 番号 096-214-1105

受付時間 午前9時～午後5時まで (月曜から金曜日)

相談・苦情対応方法

窓口担当者が、その内容を利用者や家族から十分に聞き、把握し、早急な解決・改善を図ります。担当者が必要と判断した場合は、管理者を含めた上で検討会議を開催し、対応策を講じサービスの向上に努めます。

利用者・家族の納得が得られず、退去・転居を希望される場合には、速やかに他の施設の紹介等必要な協力をいたします。

記録は、相談・苦情処理に関する台帳として整理し、これを保管します。

15 協力医療機関

協力医療機関	外山内科	人吉市二日町22
	愛生記念病院	人吉市南泉田町89
協力歯科機関	熊埜御堂歯科医院	人吉市上青井町140-36

16 ホーム利用にあたっての留意事項

所持品の持ち込みの際は、記名をお願いします(貴重品の持込はできるだけご遠慮ください。) 面会、外出、外泊については自由ですが、時間帯によってはお断りすることがあります。また、感染症の問題等で面会を制限することがありますのでご了承ください。

ホーム内は禁煙となっています。

緊急連絡先が変更になった場合は、ご連絡をお願いします。

環境が変わりご本人の不安が大きい等、精神的安定のためご家族に協力(来訪や電話等)を求めることがあります。

入院加療が必要な状態(疾患・病状の悪化・伝染性疾患等)精神症状の悪化(暴力大声を出す・他入居者へ危害を与える等)共同生活の場において、入居継続が困難な状況にある場合、退居していただくことがあります。

負担金の2か月以上の滞納があった場合、退居していただくこととなります。

利用者に病状の急変が生じた場合、速やかに医療機関に連絡をとり必要な措置を講ずることがあります。その場合、ご家族への連絡が後になる場合があります。

口座引落に関する事項

施設利用にあたり、支払いを基本的に指定口座からの引き落としとさせていただきます。また、引き落としにかかる手数料及び消費税について利用者負担とし、引き落とし不能であった場合も手数料及び消費税は本人負担とさせていただきます。

理美容代に関する事項

施設へ派遣された理美容師さんのカット代を1500円とさせていただきます。
(ご家族様が、行きつけの理美容店に連れて行かれるなどの対応されることを制限するものではありません。)

以上、当事業者は、重要事項説明書に基づいて認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

(事 業 者)

所在地 熊本県人吉市二日町22
名称 医療法人 愛生会
事業所名 グループホーム愛生
事業所番号 4370300677
代表者 理事長 外山博之 印

(説 明 者)

職 名 管理者
氏 名 川床夫沙子 印

私は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、その内容に同意します。

令和 年 月 日

(利 用 者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 (代筆者氏名 _____ 印)

※ 代筆者氏名については、利用者本人が記入出来る場合は記入不要。

(連 帯 保 証 人) ※ 補償限度額は60万円です。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

(身 元 引 受 人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

以上の重要事項の合意を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名押印の上、各1通ずつを保有するものとします。(署名・押印を省略する場合は、他に記録を残します)