

重要事項説明書

認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護

1 事業者

事業者名称	医療法人村山内科
代表者氏名	理事長 村山善紀
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	徳島県三好市池田町サラダ 1795-1 (グループホーム愛 電話 0883-72-5789 FAX0883-76-0758)
法人設立年月日	平成2年3月

2 ご利用施設

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	グループホーム愛
介護保険指定 事業所番号	3671900326
事業所所在地	徳島県三好市池田町サラダ 1792-1

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援します。
運営の方針	利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。 利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明します。 適切な介護技術を持ってサービスを提供します。 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行います。

(3) 事業所の施設概要

建築	鉄筋3階建て	266.04 m ²
敷地面積	452.56 m ²	
開設年月日	平成16年1月	
ユニット数	2ユニット	

<主な設備等>

居 室 数	1ユニット 9 室 1 部屋につき 9.93 m ²
食 堂	1ユニットにつき 23.00 m ²
台 所	1ユニットにつき 1 箇所
居 間 (共同生活室)	1ユニットにつき 29.07 m ²
ト イ レ	1ユニットにつき 2 箇所
浴 室	1ユニットにつき 12.58 m ² (脱衣所含む)
事 務 室	1ユニットにつき 12.13 m ²

(4) サービス提供時間、利用定員

サービス提供時間	24 時間体制
日中時間帯	6 時～21 時
利用定員内訳	18 名 2 階 9 名、 (3 階 9 名 休止)

(5) 事業所の職員体制

管理者	2 階 橋本幸一
-----	----------

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1 従業者及び業務の実施状況の把握その他の業務の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等において規定されている指定認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項において指揮命令を行います。	常 勤 1 名 介護兼務 1 名
計画作成担当者	1 適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成します。 2 連携する医療機関等との連絡・調整を行います。	非常勤 1 名 介護支援専門員兼務 1 名
介護従業者	利用者に対し必要な介護および世話、支援を行います。	利用者の数が 3 名又はその端数を増すごとに 1 名以上 夜間及び深夜の時間帯を通じて 1 ユニット 1 名以上
看護師	対象者の定期的な状態確認を行い、対象者の心身の状況に関する情報を共有し、グループホームに従事する者と医療関係者との間での連携体制の確保と適切な対応を行います。	非常勤専任 1 名

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) サービスの内容

サービス区分と種類		サ ー ビ ス の 内 容
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画の作成		1 サービスの提供開始時に、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、地域における活動への参加の機会の確保等、他の介護事業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成します。 2 利用者に応じて作成した介護計画の内容について、利用者及びその家族に対して、説明し同意を得ます。 3 （介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、当該（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付します。 4 計画作成後においても、（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更を行います。
食 事		1 利用者ごとの栄養状態を定期的に把握し、個々の利用者の栄養状態に応じた栄養管理を行います。 2 摂食・嚥下機能、その他入所者の身体状況、嗜好を考慮した食事を適切な時間に提供します。 3 可能な限り離床して食堂で食事をとることを支援します。 4 食事の自立に必要な支援を行い、生活習慣を尊重した適切な時間に必要な時間を確保し、共同生活室で食事をとることを支援します。
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	1 食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。 2 嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。
	入浴の提供及び介助	1 1週間に2回以上、事前に健康管理を行い、適切な方法で入浴の提供又は清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。 2 寝たきり等で座位のとれない方は、機械浴での入浴を提供します。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、自立支援を踏まえ、トイレ誘導やおむつ交換を行います。
	離床・着替え・整容等	1 寝たきり防止のため、できる限り離床していただくように配慮します。 2 生活リズムを考え、毎朝夕の着替えのほか、必要時に着替えを行います。 3 個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。 4 シーツ交換は、定期的に行い、汚れている場合は随時交換します。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬の介助、服薬の確認を行います。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。

	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
健康管理		かかりつけ医による訪問診療が行われ、利用者の健康管理につとめます。
若年性認知症利用者受入サービス		若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者ごとに担当者を定め、その者を中心にその利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。
その他		1 利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。 2 良好な人間関係と家庭的な生活環境の中で、日常生活が過ごせるよう、利用者や介護事業者等が、食事や掃除、洗濯、買い物、レクリエーション、外食、行事等を共同で行うよう努めます。 3 利用者・家族が必要な行政手続き等を行うことが困難な場合、同意を得て代わって行います。 4 常に利用者の心身の状況や置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者、家族に対し、その相談に応じるとともに、必要な支援を行います。 5 常に家族と連携を図り、利用者・家族との交流等の機会を確保します。

(2) サービス利用料金

サービス提供時間 事業所区分・要支援介護度		基本単位	1日あたりの利用料	利用者負担額
				1割負担
Ⅱ	要支援2	749	7,490円	749円
Ⅱ	要介護1	753	7,530円	753円
	要介護2	788	7,880円	788円
	要介護3	812	8,120円	812円
	要介護4	828	8,280円	828円
	要介護5	845	8,450円	845円

(3) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	基本単位	利用料	利用者負担	算定回数等
			1割負担	
若年性認知症利用者受入加算	120	1,200円	120円	1日につき
看取り介護加算	72	720円	72円	死亡日以前31日以上45日以下
	144	1,400円	144円	死亡日以前4日以上30日以下
	680	680円	68円	死亡日の前日及び前々日
	1,280	12,800円	1,280円	死亡日
初期加算	30	300円	30円	1日につき
医療連携体制加算Ⅰ（Ⅰハ）	37	370円	37円	1日につき
退居時相談援助加算	400	4,000円	400円	1回につき
退居時情報提供加算	250	2,500円	250円	1回につき
協力医療機関連携加算（Ⅰ）	100	1,000円	100円	1月につき
入院時費用	246	2,460円	246円	1月に6日限度
科学的介護推進体制加算	40	400円	40円	1月につき
口腔・栄養スクリーニング加算	20	200円	20円	1回につき

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	220 円	22 円	1 日につき
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の 178/1000		左記の 1 割	所定単位数は基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5	50 円	5 円	1 月につき

(4) その他の費用について

以下の金額は利用料金の全額が利用者の負担になります。

① 家賃	月額 29000 円
② 食費	朝食 220 円/回 昼食 460 円/回 夕食 420 円/回
③ 水道光熱費	月額 10300 円
④ その他	医療費、美美容費、おむつ類、インフルエンザワクチン等の予防接種は自己負担をいただきます。

※月途中における入退居について日割り計算としています。

4 支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用月の翌月 15 日までに利用者ご家族あてにお届け（郵送）します。
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 （ア）事業者指定口座への振り込み （イ）利用者指定口座からの引き落とし （ウ）現金支払い イ 支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。

5 相談、助言、指導

◇ 認知症の判定、生活、介護、医療に対する相談、助言、指導を行います。

◇ 生活相談に応じます。

（生活、保健衛生、介護、心理的相談助言）

◇ 病気によって生活に困難が生じた場合は、入居者、家族の意向を重視し、医療機関に連絡し、所要の措置を行い、関連機関又は諸制度の活用援助を致します。

6 他制度の活用

- ◇ 疾病や収入、家族問題で生活に障害が生じた場合は、入居者又は家族の意向により適切な措置をとります。
- ◇ 自傷他害のおそれのある場合は、グループホーム適応外と判断し、退所して頂くことがあります。

7 衛生管理等

- ◇ 認知症対応型共同生活介護を提供するのに必要な設備、備品等の清潔を保持し、常に衛生管理に留意する。
- ◇ 事業者は、当該事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないよう必要な措置を講ずるよう努めるものとする。
- ◇ 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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）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を図ること。
- ◇ 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指針を整備すること。
- ◇ 事業所において従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施すること。

8 退所について

- ◇ 飲酒による入居者同志のトラブル又は家族の不理解、その他施設長の判断により退所をして頂くことがあります。
- ◇ 利用料が不払いの場合、退所して頂くことがあります。

9 苦情申立窓口

- ◇ 窓口担当者 橋本 幸一
ご利用時間 毎日午前 9 時～午後 5 時
ご利用方法 電話 0 8 8 3－7 2－5 7 8 9
 面接 場所 グループホーム 愛 事務室
◇ 窓口対応 みよし広域連合 介護保健センター
 電話 0 8 8 3－7 6－0 0 3 0

10 損害賠償

利用者に対するサービスの提供にあたって、事故が発生し、利用者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者に対して損害を賠償します。但し、事業者に故意過失がなかった場合はこの限りではありません。

事業者は、万が一の事故発生に備えて、損害賠償責任保険に加入しています。

11 協力医療機関等

事業所は、主治医との連携を基本としつつ、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めるものとする。

- 2 事業所は、前項の規定に基づき協力医療機関を定めるにあたっては、次に掲げる要件を満たす協力医療機関を定めるよう努めるものとする。
 - 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確保していること。
 - ② 事業所から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こと。
- 3 事業所は、1年に1回以上、協力医療機関との間で利用者の病状が急変した場合等の対応を確認するとともに、協力医療機関の名称等を指定権者に届け出るものとする。
- 4 事業所は、あらかじめ、協力歯科医療連携機関を定めておくよう努めるものとする。
- 5 事業所は、サービス提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、協力医療機関との間の連携及び支援の体制を整えるものとする。

1 2 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、緊急連絡先に連絡します。

【協力医療機関】	医療機関名 村山内科 院 長 村山典聡 所 在 地 徳島県三好市池田町サラダ 1795-1 電話番号 0883-72-2110 FAX 番号 0883-76-0758
【主治医】	医療機関名 氏 名 電 話 番 号
【家族等緊急連絡先】	氏 名 続柄 住 所 電 話 番 号 携 帯 電 話

1 3 非常災害対策

- ① 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：管理者・橋本幸一
- 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（2月・8月）

1 4 秘密保持

従業員は業務上知り得た利用者またはその家族の秘密保持を厳守します。

従業者であった者が、業務上知り得た利用者または家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を行います。

1 5 虐待防止

利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を行います。

虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）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ります。

- ① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- ② 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- ③ その他、虐待防止のために必要な措置

1 6 地域との連携等

その運営に当たっては地域住民又はその自発的な活動等との連携及び 協力を行う等の地域との交流に努めます。

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〕の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、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〕について知見を有する者等により構成される協議会（以下この項において「運営推進会議」という。）を設置し、おおむね2月に1回以上、運営推進会議に対し提供している本事業所のサービス内容及び活動状況等を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。

前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに当該記録を公表するものとします。

1 7 暴言・暴力・ハラスメント

事業所は、利用者や従業者に対する暴言・暴力・ハラスメントの防止のため、体制整備を行うとともに、以下の措置を行います。

職員に対する暴言・暴力・ハラスメントを防止し、啓発・普及するための研修を実施しています。

暴言・暴力・ハラスメント行為が利用者やその家族から、職員に対してあった場合には、解約するだけでなく、法的な措置とともに損害賠償を求めることがあります。

1 8 身体拘束

事業所は、当該利用者又は他の利用者等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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、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します。

2 身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を行います。

- ① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。
- ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
- ③ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

1 9 業務継続計画の策定等

事業者は、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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該事業継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

- 2 事業所は、従業者に対し、業務継続計画を周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。
- 3 事業所は、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うものとする。

2 0 その他

- ◇ 外出、外泊は可能です、ご相談ください。（事務室に声を掛けて外出）
- ◇ 入居時に持ち物は自由です。（馴染みの家具、布団、タンス、テレビ等）
- ◇ 貴重品又は現金は事務所にお預けください。
無断で持ち込まれた物が破損、紛失した場合の責任は負いかねます。

重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

上記内容について、契約書及び重要事項説明書に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	徳島県三好市池田町サラダ 1792-1
	事業所名	グループホーム愛
	説明者氏名	

事業者から上記の内容の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	

代理人	住所	
	氏名	

身元引受人	住所	
	続柄	
	氏名	

連帯保証人	住所	
	続柄	
	氏名	