

(介護予防)認知症対応型共同生活介護 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

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、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することを目的とします。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業者の内容

(1) 提供できるサービスの地域

事業所名：グループホーム ひかり

指定番号：3690300011

所在地：徳島県小松島市坂野町字樫のべ35番地

管理者の氏名：塚井 奈都美

電話番号：0885(38)1231

FAX番号：0885(35)7335

サービスを提供する地域：小松島市

(2) 事業所の従業者体制

	業務内容	
管理者	業務及び職員の管理	1名
計画作成担当者 (うち介護支援専門員)	介護計画の作成	2名 (1名)
介護従業者	利用者の介護	12名以上

(3) 入居定員 1単位 9名

(4) 設備の概要

○ 居室

利用者の居室は、原則個室(定員1名)とします。ただし、利用者の処遇上必要と認められる場合は、定員2名とすることができます。

○ 食堂

利用者の使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者が使用できるテーブル、いす、箸や食器類などの備品類を備えます。

○ その他の設備

設備としてその他に、居間、台所、浴室等の設備を設けます。

3. サービスの内容

- ① 認知症対応型共同生活介護計画の立案
- ② 食事
- ③ 入浴
- ④ 排泄
- ⑤ 介護
- ⑥ 相談援助サービス
- ⑦ 行政手続代行
- ⑧ その他

※ これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

4. 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

名 称：藤野医院
所 在 地：徳島県小松島市坂野町字平田18番地の2
電話番号：0885(38)1636
診療科目：内科、胃腸科、循環器科
入院設備：あり
救急指定：なし

名 称：福崎歯科医院
所 在 地：徳島県小松島市和田島町字松田新田195番地の2
電話番号：0885(38)1567
診療科目：歯科、矯正歯科、歯科口腔外科

・医療連携事業所

名 称：藤野医院
所 在 地：徳島県小松島市坂野町字平田18番地の2
電話番号：0885(38)1636

5. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該認知症対応型共同生活介護が法廷代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

□ 介護報酬告示額

(1)基本料金

ア 認知症対応型共同生活介護費(介護給付)

1日あたり

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. 入所者のサービス料金	7,530	7,880	8,120	8,280	8,450
2. うち介護保険からの給付額	6,777	7,092	7,308	7,452	7,605
3. 利用者負担額 10%	753	788	812	828	845
4. 利用者負担額 20%	1,506	1,576	1,624	1,656	1,690
5. 利用者負担額 30%	2,259	2,364	2,436	2,484	2,535

イ 介護予防認知症対応型共同生活介護費(介護予防給付)

1日あたり

	要支援2
1. 入所者のサービス料金	7,490
2. うち介護保険からの給付額	6,741
3. 利用者負担額 10%	749
4. 利用者負担額 20%	1,498
5. 利用者負担額 30%	2,247

(2)加算額等

	単位数	利用者負担金額
初期加算：入居日から30日以内の期間	30点 / 日	30円 / 日
医療連携体制加算 I (介護給付のみ)	37点 / 日	37円 / 日
看取り介護加算 (介護給付のみ) :死亡日以前30日を上限	144点 / 日	144円 / 日
看取り介護加算(介護給付のみ) :死亡日以前31日以上45日以下	72点 / 日	72円 / 日
:死亡日の前日及び前々日	680点 / 日	680円 / 日
:死亡日	1280点 / 日	1280円 / 日
生活機能向上連携加算 II	200点 / 月	200円 / 月
入院時費用：月6日限度	246点 / 日	246円 / 日
高齢者施設等感染対策向上加算 I	10点 / 日	10円 / 日
協力医療機関連携加算	100点 / 月	100円 / 月
新興感染症等施設療養費 (1月に1回、連続する5日を限度)	240点 / 日	240円 / 日
退居時情報提供加算(退去時に1回限り)	250点 / 1回限り	250円 / 1回限り
科学的介護推進体制加算	40点 / 月	400円 / 月

追加 平成29年4月1日 処遇改善加算 加算(I) : 11.1% (介護報酬総単位数×0.111)
平成30年5月1日 初期加算の算定要件

30日を超える病院又は診療所への入院の後に指定認知症対応型共同生活事業所に再入居した場合も同様とする。

平成30年5月1日	生活機能向上連携加算 施行 単位数 200点/月 負担金額200円/月
令和1年10月1日	サービス提供体制加算(Ⅲ) 施行 単位数6点/日 負担金額6円/日
令和1年10月1日	特別処遇改善加算 加算(Ⅱ): 2.3% (介護報酬総単位数×0.023)
令和3年4月1日	入院時費用 単位数246点/日 負担金額246円/日(月6日限度入退院日除く)
令和4年5月1日	サービス提供体制加算(Ⅱ) 施行 単位数18点/日 負担金額18円/日
令和4年10月1日	ベースアップ等支援加算: 2.3% (介護報酬総単位数×0.023)
令和5年4月1日	特定処遇改善加算 加算(Ⅰ): 3.1% (介護報酬総単位数×0.031)
令和6年4月1日	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ 施行 単位数10点/日 負担額10円/日
令和6年4月1日	協力医療機関連携加算 施行 単位数100点/月 負担額100円/日
令和6年4月1日	退去時情報提供加算 施行 単位数250点/退去時1回限り 負担額250円
令和6年6月1日	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ): 18.6% (介護報酬総単位数×0.186)
令和6年9月1日	科学的介護推進体制加算施行 単位数40点 負担金額400円

□ その他の費用

- (1) 食材料費 1,450円/日 (朝食300円、昼食400円、夕食550円、おやつ200円)
- (2) 室料 26,000円/月 (日割りの場合867円・20日以上は、月額)
- (3) 水道光熱費 10,600円/月 (日割りの場合354円・20日以上は、月額)
- (4) おむつ代 実費
- (5) 理美容代 実費
- (6) 特別な食費 実費

6. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 利用者は、管理者その他の従業者による指導又は指示に従うとともに、事業所内における共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めること。
- ② 利用者は、外出を希望する場合は、所定の手続きにより管理者に届け出ること。
- ③ 利用者は、事業所の整理、整頓その他環境衛生を保持するため、事業所に協力すること。
- ④ 利用者は、事業所が定める遵守事項に従うこと。

7. 苦情相談窓口

※ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 窓口担当者：塚井 奈都美(管理者)

ご利用時間：月～土曜日 9時00分～18時00分

ご利用方法：電話 0885(38)1231

※ 公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

小松島市役所福祉事務所介護福祉課

所在地：徳島県小松島市横須町1-1

電話番号：0885(32)3507

受付時間：8時30分～17時15分(土日、祝祭日を除く)

徳島県国民健康保険団体連合会介護保険課

所在地：徳島県徳島市川内町平石若松78-1

電話番号：088(666)0117

(苦情専用ダイヤル)：088(665)7205

受付時間：9時00分～17時00分(土日、祝祭日を除く)

徳島県社会福祉協議会

所在地：徳島県徳島市中昭和町1丁目2

電話番号：088(654)4461

受付時間：8時30分～17時15分(土日、祝祭日・年末年始を除く)

- ※ 苦情処理第三者委員 氏名：豊永 寛二
住所：徳島市寺島本町東1丁目7
電話番号：088(622)1688
氏名：十河 慶子
住所：小松島市赤石町8-16
電話番号：0885(37)0332

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

8. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にしとるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年3回以上利用者及び従業員等の訓練を行います。

9. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

※ 緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

10. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

11. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業員との雇用契約の内容としています。

12. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業員教育を行います。

13. 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
実施した直近の年月日	令和5年2月9日
第三者評価機関名	社会福祉法人徳島県社会福祉協議会
評価結果の開示状況	WAM NET(https://www.wam.go.jp) にて開示

14. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご入所者様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご入所者様に故意又は過失が認められた場合には、ご入所者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。きま

す。

15. 事業継続計画の策定

- 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訪問介護の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(事業継続計画)を策定し、当該事業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、事業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実施します。
- ③定期的に事業継続計画の見直しを行い、必要に応じて事業継続計画の変更を行います。

16. ハラスメント防止

①事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- (1)身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
- (2)個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- (3)意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

- ②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しないための再発防止策を検討します。
- ③職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ④ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

17. 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の発生またはその再発を防止するために必要な措置を講じます。虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。虐待防止のための指針を整備しています。従業者に対して定期的な研修を実施しています。サービス提供中に当該事業所従業者または養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	管理者 塚井 奈都美
-------------	------------

18. 感染症対策について

施設において感染症が発生し、またはまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ①事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- ②事業所における感染症の予防およ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、従業者に周知徹底をしています。

③事業者における感染症の予防およびまん延防止のための指針を整備しています。

④従業者に対し、感染症の予防およびまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

19. 身体拘束の禁止

当施設は、原則として入所者様に対し身体拘束を行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者または担当医師が判断し、身体拘束その他の入所者様の行動を制限する行為を行うことがあります。その場合には、担当職員がその様態及び時間、その際の入所者様の心身の状況、緊急やむを得なかった理由をご家族様に説明し、同意を得た上で診療録に記録することとします。

指定認知症対応型共同生活介護サービスの開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基ついて重要事項を説明し交付しました。

令和 年 月 日

《 事業者 》

所在地：徳島県小松島市坂野町字椋のべ35番地

事業所名：グループホーム ひかり

(指定番号 3690300011)

管理者名： 塚井 奈都美

説明者名： _____

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定認知症対応型共同生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

《 利用者 》

住所： _____

氏名： _____

《 利用者代理人（選任した場合） 》

住所： _____

氏名： _____ (続柄)

(個人情報使用同意書・開示について)

利用者及びその家族等の個人情報については、必要最小限の範囲で使用することに同意します。
個人の介護記録、施設サービス提供記録の閲覧ご希望の方は、随時開示いたします。

令和 年 月 日

(利用者)

氏名 _____

(利用者の家族等)

氏名 _____

1. 使用する目的

- ① 利用者に円滑にサービスを提供するために連絡調整等必要な場合
- ② グループホームひかりだよりやホーム内に掲示する写真等に使用の場合

2. 使用する期間

入所期間中

3. 条件

- ① 個人情報の提出は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を
はらうこと
- ② 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと