

認知症対応型共同生活介護

重要事項説明書

医療法人啓友会
グループホームめぐみ2

指定認知症対応型共同生活介護
【医療法人啓友会グループホームめぐみ2】重要事項説明書

2024年4月1日

1 グループホームめぐみ2の概要

(1) 事業所の概要

施設名	グループホームめぐみ2		
所在地	大阪府高槻市安岡寺町1丁目36番8号		
管理者	川内 久忠		
電話番号及 FAX 番号	電話 072-689-3251	F A X 072-687-0887	
指定事業所番号	2 7 7 0 9 0 1 5 1 6		
事業の実施地域	高槻市北部地域		

(2) 当施設の職員体制

職 名	人数	合計	業務内容
管理者	1 名	1 名	介護従業者及び業務の管理
計画作成担当者	1 名	1 名	認知症対応型共同生活介護計画の作成
介護職	3 名以上	3 名以上	入浴・排せつ・食事等生活全般に係わる援助

(4) 職員の勤務時間

職名	早出	日勤	夜勤
管理者		8 : 00～16 : 45	16 : 30～翌 9 : 30
計画作成担当者		8 : 30～17 : 15	
介護職	7 : 30～16 : 15	8 : 30～17 : 15	16 : 30～翌 9 : 30

(5) 当事業所の設備の概要

定員	6 人 (全室 1 人部屋)	居室面積	10.91 m ² (平均)
居間兼食堂			14.24 m ² (兼用)
浴室		ユニット式 3.24 m ²	

2 当事業所の運営目的、方針、特徴等

(1) 運営の方針

認知症症状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、心身の特性に踏まえ、利用者の認知症症状の緩和や悪化の防止を図り、尊厳ある自立した日常生活を営むことができるよう、食事、排泄、入浴等の日常生活場面での世話や機能訓練等の援助を行うことを目的とします。ご家族の方のご要望であれば、可能な限り看取りまで援助させていただきます。

（２）サービスの利用に当たっての留意事項

面会	面会時間 午前９時～午後７時 (来訪者が宿泊する場合は、必ず許可を得てください)
外出・外泊	外出、外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を申し出て下さい。
飲酒・喫煙	事業所の許可を得てください。決められた場所以外での喫煙は禁止します。
金銭、貴重品の管理	利用者、ご家族の同意を得て事業所で管理させていただく場合があります。原則として管理する範囲は日常生活品費用程度の現金に限らせてもらいます。
所持品の持ち込み	ご利用申込時に担当者にご相談ください。
設備、器具の利用	テレビ、電気器具等の利用につきましては、利用者の安全と事故防止のため、スタッフへ申し出てください。

（３）サービスの内容

サービス	内 容
食事	朝食 午前７時半～ 昼食 午後１２時１５分～ 夕食 午後６時～
入浴	週に最低２回入浴していただきます
療養相談	日常生活に関することなどについて相談承ります。
介護	自立した日常生活が出来るよう、入浴、排泄、整容、夜間ケア等必要な援助を計画に従い行います。
健康管理	啓友クリニック及びなかじま診療所より、定期的にまた必要に応じて、医師、看護師等が訪問にて対応いたします。
レクリエーション	介護計画に基づき、グループホーム内行事や外部行事への参加等積極的に行います。
連携機関	みどりヶ丘病院・特別養護老人ホーム高槻荘・近森歯科・みどりヶ丘老人保健施設・うの花訪問看護ステーション

（４）虐待の防止について

事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催します。

虐待の防止のための指針を整備します。

従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

虐待発見時における対応手順を整備し担当者を置いています。

個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

（５）身体拘束の禁止

ご利用者又は他のご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、身体拘束は行いません。やむを得ず身体的拘束、その他ご利用者の行動を制限する行為を行う場合には、ご家族の同意を得て行い、その理由、態様、時間、及び利用者

の状況等を記録し報告いたします。更に、身体的拘束等の適正化のための指針を整備し、3月に1回身体拘束防止委員会を開催し、従業者に周知徹底致します。

(6) 衛生管理等

① 衛生管理について

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 感染症対策マニュアル

ノロウイルス・インフルエンザ等の感染症予防マニュアルを整備し、従業者に周知徹底しています。

また、従業者への衛生管理に関する研修を年1回行っています。

③ 他関係機関との連携について

事業所において食中毒及び感染症が発生し又は蔓延しないように必要な措置を講じます。また、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。

(7) 地域との連携

利用者及び市町村職員並びに地域住民の代表等に対し、提供するサービス内容等を明らかにすると共に地域との連携を保ち、更にはその提供するサービスの質の確保及び向上を図る為に、運営推進会議を設置し2ヶ月に1回程度開催いたしますのでご理解とご参加をお願い致します。

(8) 業務継続計画（BCP）の策定

感染症や非常災害の発生時において利用者に対するサービス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為の計画を策定しています。

3 利用料金

(1) 利用料

・ 共同生活住居数が1

サービス提供時間 事業所区分・要介護度		基本単位	利用料	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
ー	要介護1	765	8,063 円	806 円	1,612 円	2,418 円
	要介護2	801	8,442 円	844 円	1,688 円	2,532 円
	要介護3	824	8,684 円	868 円	1,736 円	2,605 円
	要介護4	841	8,864 円	886 円	1,772 円	2,659 円
	要介護5	859	9,053 円	905 円	1,810 円	2,716 円

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	2 割負担	3 割負担	
若年性認知症利用者受入加算	120	1,264 円	126 円	252 円	379 円	1日につき
看取り介護加算★	72	758 円	75 円	151 円	227 円	死亡日以前 31 日以上 45 日以下
	144	1,517 円	151 円	303 円	455 円	死亡日以前4日以上30日以下
	680	7,167 円	716 円	1,433 円	2,150 円	死亡日の前日及び前々日
	1,280	13,491 円	1,349 円	2,698 円	4,047 円	死亡日
初期加算	30	316 円	31 円	63 円	94 円	1日につき
医療連携体制加算(Ⅰ)★	37	389 円	38 円	78 円	116 円	1日につき
医療連携体制加算(Ⅱ)★	5	52 円	5 円	10 円	15 円	1日につき
退居時相談援助加算	400	4,216 円	421 円	843 円	1,264 円	1回につき
退去時情報提供加算	250	2635 円	263 円	527 円	790 円	1 回につき
栄養管理体制加算	30	316 円	31 円	63 円	94 円	1月につき
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	1,054 円	105 円	210 円	316 円	1月につき
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	2,108 円	210 円	420 円	632 円	
協力医療機関連携加算	100	1,054 円	105 円	210 円	316 円	1月につき
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10	105 円	10 円	21 円	31 円	1月につき
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5	52 円	5 円	10 円	15 円	1月につき
新興感染症等施設療養費	250	2635 円	263 円	527 円	790 円	1 月に 1 回連続する 5 日を限度
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	31 円	3 円	6 円	9 円	1日につき
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4	42 円	4 円	8 円	12 円	1日につき
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	150	1581 円	158 円	316 円	474 円	1月につき
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	120	1264 円	126 円	252 円	379 円	1月につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	231 円	23 円	46 円	69 円	1日につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	189 円	18 円	37 円	56 円	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	63 円	6 円	12 円	18 円	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 31/1000	左記の単位数 × 地域区分	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	2024 年 5 月 31 日まで 基本サービス費に各種加算減算 を加えた総単位数 (所定単位数) ※介護職員処遇改善加算を除く
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の 23/1000					
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 111/1000	左記の単位数 × 地域区分	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	2024 年 5 月 31 日まで 基本サービス費に各種加算減算 を加えた総単位数 (所定単位数)
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の 81/1000					
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の 45/1000					
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数 の 23/1000					2024年5月31日まで処遇改善加算と特定 処遇改善加算以外の総単位数

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 186/1000	左記の単位数 × 地域区分	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	2024 年 6 月 1 日から算定 基本サービス費に各種加算減算 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)	所定単位数の 178/1000					
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の 155/1000					
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数の 125/1000					

- ※ ★については、介護予防認知症対応型共同生活介護での算定はできません。
- ※ 若年性認知症利用者受入加算は、若年性認知症（40 歳から 64 歳まで）の利用者を対象に指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護を行った場合に算定します。
- ※ 看取り介護加算は、看取りに関する指針を定め、利用者又は家族の同意のもと、医師、看護師等多職種共同にて介護に係る計画を作成し、計画に基づき利用者がその人らしく生き、その人らしい最後を迎えられるように支援した場合に算定します。
- ※ 初期加算は、当事業所に入居した日から 30 日以内の期間について算定します。
- ※ 医療連携体制加算は、当事業所の従業者若しくは病院や訪問看護ステーション等との連携により看護師を配置し、24 時間の連絡体制や利用者が重度化した場合の指針を定めるなどにより、利用者の日常的な健康管理や医療ニーズに対して適切な対応が取れる体制を整備している場合に算定します。
- ※ 生活機能向上連携加算は、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施する医療機関の医師等が当事業所を訪問した際に、当事業所の計画作成責任者と共同で利用者の状態評価を行い、生活機能の向上を目的とした(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画を作成し、当該計画に基づくサービスを実施した場合に算定します。
- ※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た事業所が、利用者に対して(介護予防)認知症対応型共同生活介護を行った場合に算定します。
- ※ 利用者が病院又は診療所に入院後、3 月以内に退院することが明らかに見込まれる場合に退院後再び当事業所に円滑に入居できるような体制等を整えている場合、1 月に 6 日を限度として 2,570 円(利用者負担 1 割 257 円、2 割 514 円、3 割 771 円)を算定します。
- ※ 栄養管理体制加算は、管理栄養士が日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行うと算定します。
- ※ 地域区分別の単価（4 級地 10.54 円）を含んでいます。
- ※ ①介護職員等特定処遇改善加算及び②介護職員処遇改善加算及び③介護職員等ベースアップ等支援加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。
ただし 2024 年 6 月より①と②と③は一本化され「介護職員等処遇改善加算」となります。

イ) 食材料費

朝食	300円(日額)
昼食	750円(日額)
夕食	650円(日額)
おやつ	100円(日額)

ウ) 介護保険サービス以外の利用料

居室使用料	74000円(月額)
水道光熱費	5000円(月額)

※医療機関入院中及び外泊中の水道光熱費は日割計算にてご負担いただきます。

※オムツ代等一部の介護用品、看護用品、理美容代等は実費負担となります。又ご利用料は端数処理の都合数円の変更が生じる場合があります。

※インフルエンザ等感染症防止等も希望者に実費にて行います。

※施設行事に参加される場合は実費負担となります。

※認知症対応型共同生活介護の費用は医療費控除の対象にはなりません。

2) 料金の支払方法

利用月の翌月月末までに請求いたします。お支払い方法は、現金払い、口座自動引落としから自由によります。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの開始

ご利用のお申込にあたっては、医療機関発行の所定の健康診断書内容と利用者ご家族との面談等により、その他身体状況と合わせ、認知症症状の程度の確認をし、認知症対応型共同生活介護サービスに適した状態にあるかどうか判定いたします。

(2) サービスの終了

ア) 利用者のご都合でサービスを終了する場合
退所を希望する日の1ヶ月前までにお申し出ください。

イ) 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が他の介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当と認定された場合
- ・ご利用者が亡くなられた場合

ウ) その他

- ・家族などの同意を得て、他のご利用者や当施設又は当施設のサービス従業者に対して

本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合及び共同生活が著しく困難になった場合は、退所していただく場合があります。

- ・ ご利用者が病院又は診療所に入院し、明らかに1カ月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後1カ月経過しても退院できないことが明らかになった場合は退所していただく場合があります。

5 サービス内容に関する苦情

(1) 苦情窓口

当施設の相談・苦情窓口			
担当者	川内 久忠		
電 話	072-689-3251	FAX	072-687-0887
受付日	年中（ただし、12月29日～1月3日を除く）		
受付時間	午前9時～午後5時		

(2) 苦情処理体制

担当者による苦情受付→担当者による調査確認→利用者又はご家族への面談又は文書等による調査報告、再発防止策の提示、損害の補填方法の検討提案など、合わせてスタッフ会議等での苦情内容と再発防止に向けた取り組みの周知徹底。また苦情内容によっては、高槻市または大阪府国民健康保険団体連合会への報告を行います

(3) その他

当事業所以外に、高槻市やお住まいの市町村及び大阪府国民健康保険団体連合の相談・苦情窓に苦情を伝えることができます

高槻市 健康福祉部 長寿介護課	072-674-7166
大阪府 国民健康保険団体連合会	06-6949-5446

6 緊急時の対応方法 サービス提供中に容体の変化等があった場合、主治医、救急、ご家族等へ速やかに連絡いたします。（必ずご記入下さい）

主治医連絡先	主治医	
	医療機関名	
	住所	
	電話番号	

緊急連絡先①	氏名	(続柄)	
	住所		
	電話番号 携帯電話		
	勤務先名		勤務先電話
緊急連絡先②	氏名	(続柄)	
	住所		
	電話番号 携帯電話		
	勤務先名		勤務先電話

7 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご利用者がお住まいの市町村、ご家族、担当居宅介護支援事業者等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

8 損害賠償

当事業所の介護サービス提供中に、ご利用者の生命、身体、財産に対して賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって速やかに損害賠償いたします。ただし、天変地異などの不可抗力による場合など、事業者が故意過失がなかった場合はこの限りではありません。また事故発生時にご利用者に重大な過失があった場合は損害賠償を減じることがあります。

9 非常災害対策

防災時対応	所内の防災時マニュアルにより利用者の安全確保を第一に避難誘導等行います。
防災設備	各居室に緊急呼び出し装置 火災報知器設備防火 消防署への直通電話を完備しています。
防災訓練	年2回所轄消防署の指導により実施します。

10 秘密の保持及び個人情報保護について

- (1) 事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者は、ご利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でご利用者又はご家族の個人情報 を用いることがあります。

1 1 第三者評価の実施状況

<p>外部の者による評価</p> <p>【実施日：2023 年 4 月 2 6 日】</p> <p>【評価機関名：ナルク調査センター】</p> <p>【結果の開示状況：</p> <p>】</p>	<p>運営推進会議における評価</p> <p>【実施日： 年 月 日】</p> <p>【結果の開示状況：</p> <p>】</p>
---	---

年 月 日

私は、本書面により事業者から認知症対応型共同生活介護についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者 住所	
利用者 氏名	⑩

代筆（続柄： ）の場合の理由（ ）

代理人を選任した場合

代理人 住所	
代理人 氏名	⑩

認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所所在地	大阪府高槻市安岡寺町1丁目36番8号
事業所名	グループホームめぐみ2
説明者氏名	⑩