

グループホーム城西重要事項説明書

1 グループホーム概要

(1) 事業所名及び所在地等

施設名	社会福祉法人つがる三和会グループホーム 城西
所在地	青森県弘前市大字茜町2丁目1-18
電話番号	0172-31-4533
FAX番号	0172-35-4344
事業所番号	第 0270201874 号

(2) 職員体制

職名	保有資格	常勤	非常勤	合計	研修会受講等
管理者及び計画作成担当者 兼介護職員	介護福祉士 介護支援専門員 社会福祉主事 社会福祉士 精神保健福祉士 ヘルパー2級	1名		2名	認知症介護実践者研修 リーダー研修 管理者研修
		1名			認知症介護実践者研修・管理者研修
介護職員	介護福祉士	6名	1名	7名	認知症介護実践者研修2名 管理者研修1名
	その他	1名	5名	6名	
	介護職員計	9名	6名	15名	
	看護職員		1名	1名	
職員の勤務形態	(1) 早勤 7:00 ~ 15:30 (2) 日勤 8:30 ~ 17:00 (3) 遅勤 10:30 ~ 19:00 (4) 夜勤A 16:30 ~ 9:00 (4) 夜勤B 18:30 ~ 7:30				

(3) 当事業所の設備の概要

利用定員	18名 (2ユニット)	浴室	9.45 m ²
	全室1人部屋・収納付き	相談室	8.58 m ²
居室	17.06m ²	居間・食堂	72.70 m ²

2 基本理念等

(1) 基本理念

認知症の状態にある方を家庭的な環境で共同生活を送ることで、認知症の状態を改

善したり進行を緩やかにすることを目的とする。生活のリズムは「ゆっくり」「一緒に」「楽しみながら」生活リハビリを行い「手を出さず」「口を出さず」「目を離さない」を介護者は心がける。

(2) サービス利用のために

事 項	備 考
職員への研修	採用時研修 採用後1ヶ月以内 継続研修 年12回
生活介護計画	生活介護計画に添った適切なサービスを提供する

(3) 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8時30分～20時
外出・外泊	外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員にお知らせください 外泊の際には、必ず行き先と外泊先の電話番号をお知らせください
飲酒・喫煙	所定の場所で行い、他の利用者に迷惑をおよぼさないこと
金銭・貴重品の管理	必要に応じて事業所でお預かりします

3 サービスの内容

	サ ー ビ ス 内 容
提供時間	6時00分～21時00分
食 事	朝食 午前7時～ 昼食 午後12時～ 夕食 午後5時30分～
入 浴	週2～3回（但し、本人の体調を考慮する）
介 護	離床、着替え、整容、入浴、排泄等の介護を適切に行います
生活相談	日常生活に関する事などについて相談できます
健康管理	必要に応じて健康維持のための適切な措置をとります
レクリエーション	季節ごとの行事や、レクリエーションの機会を設けます
その他	利用者の家族と連携を図り、利用者と家族の交流の機会を確保します

4 利用料金

(1) 利用料

利用者は、要介護度区分・要支援区分に応じて介護保険法に定めるサービスを受けた場合重要事項説明書に定める所定の料金体系に基づいたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分(自己負担分：通常はサービス利用料金の1割)を事業者に支払うものとします。但し、平成27年8月1日から利用者のうち、第一号被保険者であって政令で定めるところにより算定した所得の額が政令で定める額以上である場合は、その自己負担分は2割となり、平成30年8月1日からは、所得が政令で定める額以上である場合は、その自己負担は2割、又は3割になります。

① 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利用料

以下自己負担額1割をA、自己負担額2割をB、自己負担額3割をCとします。

	一日当たりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額
要支援2	7,480 円	A 748円 B 1,496円 C 2,244円
要介護1	7,520 円	A 752円 B 1,504円 C 2,256円
要介護2	7,870 円	A 787円 B 1,574円 C 2,361円
要介護3	8,110 円	A 811円 B 1,622円 C 2,433円
要介護4	8,270 円	A 827円 B 1,654円 C 2,481円
要介護5	8,440 円	A 844円 B 1,688円 C 2,532円

① 初期加算 1日300円(自己負担額A30円 B60円 C90円)

利用初日から30日の間で認知症対応型共同生活介護費を算定した日に加算となります。

② 医療連携体制加算1日390円(自己負担額A39円 B78円 C117円) 看護師により利用者に対する日常的な健康管理・医療機関(主治医)との連絡調整を24時間体制で行います。

③ 介護職員処遇改善加算 11.1% 介護職員の賃金等の改善を目的としております

④ 介護職員特定処遇改善加算 3.1% 介護職員の待遇のさらなる改善を目的としております。

⑤ 介護職員等ベースアップ等支援加算 2.3% 介護職員の待遇の改善を目的としております

⑥ 若年性認知症利用者受け入れ加算 1日1200円(自己負担額120円)

若年性認知症利用者に対して介護をおこなった場合に算定されます。

⑦ 看取り介護加算 死亡日以前31日以上45日以下 1日720円(自己負担額A72円 B144円 C216円)

死亡日以前4日以上30日以下 1日1440円(自己負担額A144円 B288円 C432円)

死亡日以前2日又は3日 1日6800円(自己負担額A680円 B1360円 C2040円)

死亡日 1日12800円(自己負担額A1280円 B2560円 C3840円)

⑧ 認知症専門ケア加算Ⅰ 1日30円(自己負担額A3円 B6円 C9円)

日常生活自立度がⅢ、Ⅳ又はMに該当する方が対象となります。

⑨ サービス提供体制強化加算Ⅱ 1日180円(自己負担額A18円 B36円 C54円)

サービス提供の体制が一定の基準を満たしている場合算定されます。

⑩ 退居時相談援助加算 一人につき1回 4000円(自己負担額A400円 B800円 C1200円)

利用者の退居後について、一定の条件を満たし、相談援助を行うと算定されます。

⑪ 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 1ヶ月1000円(自己負担額A100円 B200円 C300円)

生活機能向上連携加算(Ⅱ) 1ヶ月2000円(自己負担額A200円 B400円 C600円)

利用者に対し、条件を満たした理学療法士等と共同で、生活機能向上を目的とした計画を作成・実施した場合算定されます。

⑫ 栄養管理体制加算 1ヶ月300円(自己負担額A30円 B60円 C90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算定されます。

- ⑬ 口腔衛生管理体制加算 1ヶ月300円(自己負担額A30円 B60円 C90円)
歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔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算定されます。
- ⑭ 口腔・栄養スクリーニング加算 1回200円(自己負担額A20円 B40円 C60円)
グループホーム従業者が、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い介護支援専門員に情報を提供した場合に算定されます。
- ⑮ 科学的介護推進体制加算 1ヶ月400円(自己負担額A40円 B80円 C120円)
利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出しており、サービスの提供にあたって、その情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合算定されます。
- ⑯ 食材費 1日1150円
- ⑰ 暖房費 1日200円 (10月1日～4月30日まで)
- ⑱ 水道・光熱費 1日400円
- ⑲ 家賃 1日600円
- ⑳ 入院、外泊等で施設内に滞在しない場合、居室確保に伴う費用は徴収いたします。
(家賃、水道、光熱費、冬期間の暖房費)
- ㉑ 食事中止の際は、1週間前にお知らせください。その場合料金は頂きません。
- ㉒ 緊急時、同行職員の帰荘の交通費は実費で頂きます。

(2) 料金の支払い方法

毎月10日まで前月分の請求いたしますので、月末日までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。お支払いは、振込または事務室でお願いいたします。

5 サービスの利用方法

(1) サービス利用開始

- 電話でお申し込みください。

グループホーム 城西 電話 0172-31-4533

居宅介護支援事業所 城西 電話 0172-31-4544

デイサービスセンター 城西 電話 0172-31-4544

- 居宅サービス計画(ケアプラン)作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員にご相談ください。

(2) サービスの終了

①利用者の都合でサービスを終了する場合

退居を希望する日の30日前までにお申し出ください。

②自動終了

以下の場合、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。

- ・ 利用者が病院へ入院した場合
- ・ 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（自立）または要支援1と認定された場合
- ・ 利用者が亡くなられた場合

③その他

- ア 利用者がサービスの利用料金の支払いを一ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、または、利用者や身元引受人ご家族などが当事業所や当事業所職員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は、即座にサービス契約を終了させていただく場合があります。
- イ 他施設への移行の勧奨が必要な場合
- ・ 利用者が認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクMとなった場合
 - ・ 利用者が要介護4又は5となり尚且つ次の医療行為が必要となった場合
透析・経管栄養・喀痰吸引・気管切開後の気管カニューレのケア・血糖チェック
皮膚の潰瘍のケア・手術創のケア・創傷処置・足のケア（開放創、蜂巣炎、膿等の感染症）・中心静脈栄養・胃瘦・人工肛門・膀胱留置カテーテル・疼痛緩和・24時間持続点滴・レスピレーター使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄・酸素療法
 - ・ その他認知症以外の疾患に恒常的な医療行為が必要となった場合

6 サービス内容に関する苦情

(1) 苦情相談窓口

苦情解決責任者 所長 大井 由佳

担当者 管理者 奥谷 智・佐藤 千鶴

電話番号 0172-31-4533

F A X 0172-35-4344

受付日 随時

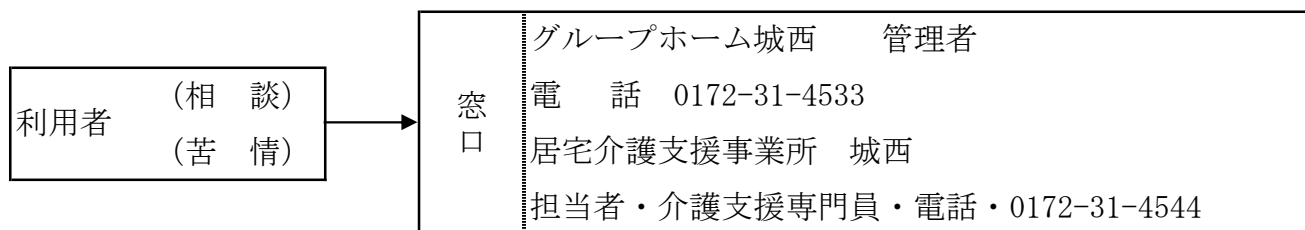
(2) その他

お住まいの市町村または、青森県健康保険団体連合会の相談・苦情窓口に苦情を伝えることができます。

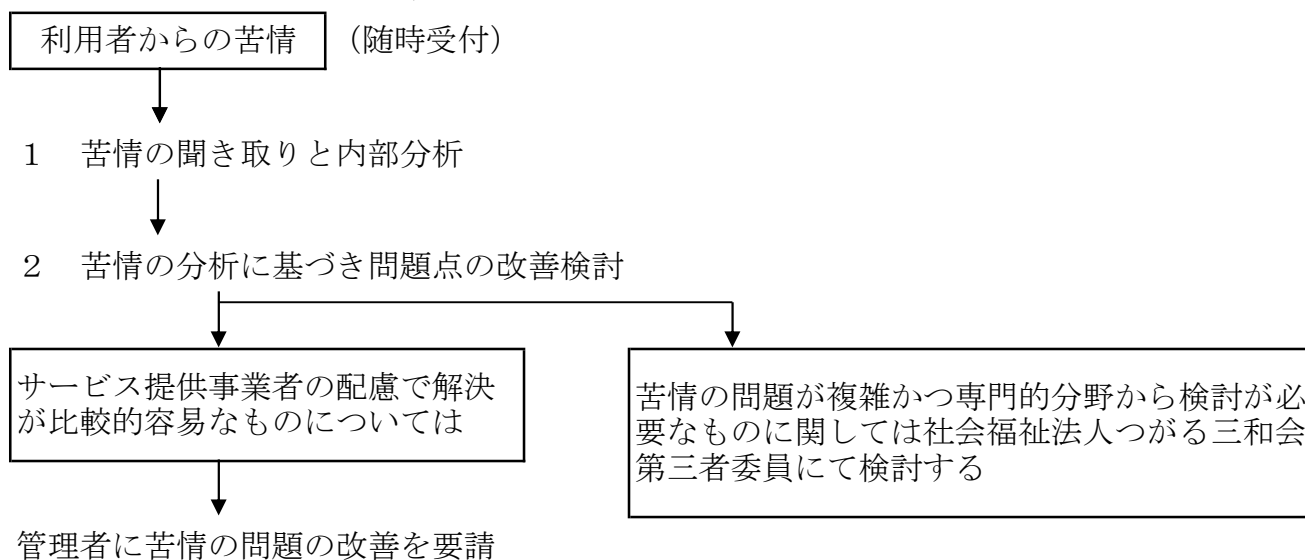
弘前市健康福祉部介護福祉課介護給付係	所在地	弘前市大字上白銀町1-1
	電話	0172-40-7071
	受付時間	8:30~17:00
青森県国民健康保険団体連合会	所在地	青森市新町2丁目4番1号 (青森県共同ビル3階)
	電話	017-723-1301

青森県運営適正化委員会	所在地	青森市中央3丁目20-30 (県民福祉プラザ2階)
	電話	017-731-3039

(3) 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置



(4) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順



7 緊急時及び急性期の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等あった場合は、ご家族、かかりつけ医、協力医療機関へ連絡をいたします。

協力医療機関	弘前小野病院	電話番号	0172-27-1431
かかりつけ医	院名	電話番号	
身元引受人	氏名	電話番号	
身元引受代理人	氏名	電話番号	

8 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご家族に連絡し必要な措置を講じます。
- (2) サービスの提供中に当事業所の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当事業所は、保険会社の査定に基づき利用者に対して損害を賠償するものとします。ただし、事業所に過失が認められず、賠償責任を負わない事故の場合には、通院又は入院の程度に応じて見舞金を支払います。

- (3) 利用者の責に帰すべき事由によって、当事業所が損害を被った場合、利用者及び身元引受人は、連携して当事業所に対して、その損害を賠償するものとします。

9 非常災害対策

防災時の対応	消防署への直結の火災通報装置他、全職員緊急連絡体制あり
防災設備	消火器3本 スプリンクラー設置
防災訓練	年2回実施（そのうち、1回は夜間想定）
防火管理者	大井 由佳

10 感染症対策の強化

感染症の発生及びまん延防止のため、感染症対策委員会の開催、指針の整備、研修・訓練を実施します。

11 業務継続に向けた取り組みの強化

感染症や災害が発生した場合でも事業が継続できるよう、事業継続計画の策定、研修・訓練を実施します。

12 ハラスメント対策の強化

適切な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介護員等の就業環境が害されることを防止するための方針を講じております。

13 高齢者虐待防止の推進

利用者の人権の擁護、虐待防止の観点から虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者の配置をします。

14 秘密保持について

職員は、正当な理由なくその業務上知り得た利用者または、ご家族の秘密を第三者には口外しません。また、職員が退職した際も同様といたします。

利用者やご家族の個人情報を用いる場合には、あらかじめ文書による同意を得てからにします。

15 個人情報利用について

使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたり、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、体調等を崩し又はケガ等で病院へ行った時で、医師・看護師等に説明する場合。

個人情報を提供する事業所

- (4) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所。
- (5) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）。

使用する期間

サービスの提供を受けている期間。

使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払います。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報の内容等の経過を記録します。

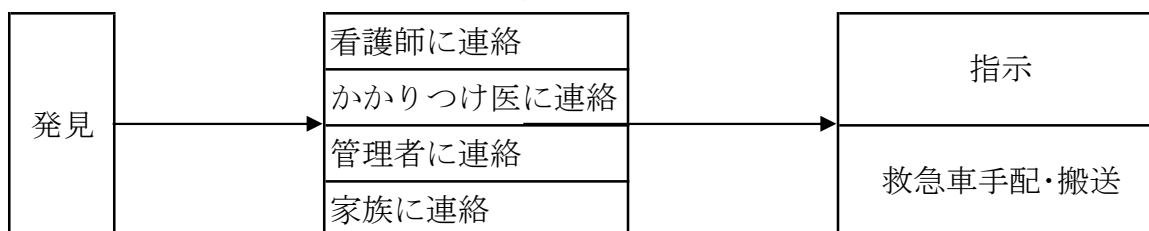
16 医療連携体制加算について

医療連携体制加算は、環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続して指定認知症対応型共同生活介護事業所で生活を継続できるように、利用者に対する日常的な健康管理、通常時及び特に状態悪化時における医療機関（かかりつけ医）の連絡調整と医療ニーズが必要となった場合等24時間体制で適切な対応がとれる体制を整えていることです。

(1) 緊急時及び急性期の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等あった場合は、ご家族、かかりつけ医、協力医療機関へ連絡をいたします。

(2) 利用者の容態急変・急性期における24時間連絡体制



(3) 具体的サービス内容

- ・ 利用者に対する日常的な健康管理を行います。
バイタル測定、食事摂取状況、排泄、口腔清潔、睡眠、入浴、体重変動、身体観察
- ・ 認知症の人の特性を理解し、関係構築の配慮をします。
- ・ 利用者への相談・助言を行います。
状態悪化の早期発見や危篤化の予防の観察・ケアポイントの助言。
- ・ かかりつけ医等への報告・連携を行います。
- ・ 利用者が重度化し、看取りの必要が生じた場合、かかりつけ医や家族などとの話し合いにも応じるものとします。

17 重度化した場合における対応に係る指針

- (1) 利用者の状態悪化時には医療機関（かかりつけ医）へ連絡し受診、往診、緊急搬送等の対応を行います。
- (2) 重度化した場合における他施設への移行の勧奨が必要な場合。
 - ・ 入居者が認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクMとなった場合
 - ・ 入居者が要介護4又は5となり尚且つ次の医療行為が必要となった場合
透析・経管栄養・喀痰吸引・気管切開後の気管カニューレのケア・血糖チェック
皮膚の潰瘍のケア・手術創のケア・創傷処置・足のケア（開放創、蜂巣炎、膿等の感染症）・中心脈栄養・胃瘦・人工肛門・膀胱留置カテーテル・疼痛緩和・24時間持続点滴・レスピレーター使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄・酸素療法
 - ・ その他認知症以外の疾患に恒常的な医療行為が必要となった場合

18 記録の保存

事業者は、契約者に対する指定認知症対応型共同生活介護及び介護予防指定認知症対応型共同生活介護サービスについて記録を作成し、それを5年間保存し、契約者もしくはその代理人の請求に応じてこれを閲覧させるものとします。

19 身元引受人

身元引受人は一切の残置物の引き取り及び債務の保証人となります。

事業所は身元引受人に連絡のうえ、残置物等を引き取って頂きます。引き渡しにかかる費用については、身元引受人にご負担いただきます。

20 身元引受代理人(連帯保証人)

身元引受代理人となる方については、本契約に基づく利用者及び身元引受人の事業者に対する債務について連帯保証人となります。身元引受代理人は本契約から生じる利用者及び身元引受人の債務について、極度額60万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。

身元引受代理人からの請求があった場合には、利用料の支払い状況、滞納金の額、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

21 その他

この重要事項説明書に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者または、身元引受人と当事業所が誠意をもって協議して定めることとします。

認知症対応型共同生活介護のサービス提供開始にあたり、入居者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

事業所

所在地 青森県弘前市大字茜町2丁目1-18

名称 社会福祉法人つがる三和会

グループホーム城西

説明者氏名

印

私は、本書面により事業者から認知症対応型生活介護についてサービス提供開始にあたり

- ・ 重要事項説明書
- ・ 介護サービス利用における個人情報利用
- ・ 重度化した場合における対応に係る指針
- ・ 医療連携体制加算

の説明を受け同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名

住 所

氏 名

印

身元引受人

住 所

氏 名

印

電話

続柄

携帯

身元引受代理人

(連帯保証人)

住 所

氏 名

印

電話

続柄

携帯
