

(介護予防)認知症対応型共同生活介護

重要事項説明書

社会福祉法人 友和会

グループホームホームサン・シティ

(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、共同生活居住において、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、当事業所では、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. 法人の概要

法人名称 : 社会福祉法人 友和会
法人所在地 : 山形県酒田市曙町二丁目26番地の1
電話番号 : 0234-26-7788
法人設立 : 平成3年5月

3. 施設の内容

(1) 施設名 : グループホームサン・シティ
指定番号 : 0690800347
所在地 : 山形県酒田市曙町二丁目28番地の5
サービス提供地域 : 酒田市
管理者の氏名 : 後藤 香
電話番号 : 0234-26-7810
FAX番号 : 0234-26-6160

(2) 事業所の従業者体制

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員
管理者	業務及び職員の管理	1名
計画作成担当者	介護計画の作成	1名
介護職員	利用者の介護	9名（常勤7名 非常勤2名）

※従事者は他事業所及び職種を兼務する場合があります。

(3) 利用定員 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、ベッド・ロッカー等を備品として備えます。

○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。

4. 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

利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえ作成します。サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、計画作成担当者は認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、その内容等の説明した上で利用者の同意、交付をします。

② 生活相談

③ 健康チェック

介護職員が日々の体温や血圧測定等を行い、異変の早期発見に努めていきます。異変があった場合は、緊急連絡先に連絡し、医療機関の受診等をお願いします。毎月1回、体重測定を行い健康管理に努めていきます。

④ 介護サービス

認知症の状態にある利用者の心身の状況に応じ、利用者がその自主性を保ち、意欲的に日々の生活を送ることができるようにすることを念頭に、精神的な安定、行動障害の減少及び認知症の進行緩和が図れるよう介護サービスを提供します。

- ・食事 利用者の状態にあった食事形態で提供します。おやつを提供はありません。
- ・入浴 個別浴槽で入浴を行います。
- ・排泄 個々の排泄の状態に合わせ対応します。おむつ交換が必要な方については、紙おむつの準備をお願いします。
- ・口腔ケア

⑤ 日常生活に必要な介護の提供

利用者の食事、清掃、買い物、園芸、レクリエーション、行事等、原則として利用者と職員が協働で行うよう努めます。

⑥ 社会生活上の便宜の提供

- ・日常的な金銭管理 （有料）
 - 金 銭 管 理 の 内 容 ： 小 額 の 現 金 を お 預 か り し、 日 常 の 生 活 費（医療費、お薬代、理美容代、お買い物など）のお支払いを代行します。
 - お預かりできるもの：現金、印鑑
 - 保 管 管 理 方 法 等 ： 別 に 定 め る 「 入 所 者 預 り 金 取 扱 い 規 程 」 に よ り、 責 任 を 持 っ て 管 理 出 納 を 行 い、 入 出 金 明 細 を 毎 月 ご 報 告 し ま す。
- ・行政手続代行 介護保険等に関わる申請代行等を行っていきます。
- ・家族との連携 利用者の家族に対し、会報の送付、行事への参加呼びかけ等によって利用者とその家族が交流できる機会を確保していきます。また面会の場所や時間等についても、家族の利便を図っていきます。

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定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（1日につき）

介護区分	単位数	利用者負担額（1割）（※注1）
□ 要支援2	761単位	761円
□ 要介護1	765単位	765円
□ 要介護2	801単位	801円
□ 要介護3	824単位	824円
□ 要介護4	841単位	841円
□ 要介護5	859単位	859円

イ 短期利用共同生活介護費（1日につき）

介護区分	単位数	利用者負担額（1割）（※注1）
□ 要支援2	789単位	789円
□ 要介護1	793単位	793円
□ 要介護2	829単位	829円
□ 要介護3	854単位	854円
□ 要介護4	870単位	870円
□ 要介護5	887単位	887円

(2) 加算料金等

	単位数	1割負担額	
ア 初期加算	30単位/日	30円	※短期利用を除く
イ 退居時相談援助加算	400単位/回（1回限度）	400円	※ //
ウ 退去時情報提供加算	250単位/回	250円	※ //
エ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3単位/日	3円	※ //
オ 認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120単位/月	120円	※ //
カ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22単位/日	22円	
キ 科学的介護推進体制加算	40単位/月	40円	※短期利用を除く
ク 若年性認知症利用者受入加算	120単位/日	120円	
ケ 認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位/日（7日限度）	200円	※短期利用のみ対象
コ 入院時費用（入院時）	246単位/日（月6日限度）	246円	
サ 感染症対策向上加算（Ⅰ）	10単位/月	10円	
シ 感染症対策向上加算（Ⅱ）	5単位/月	5円	
ス 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10単位/月	10円	※短期利用を除く
セ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	1ヶ月につき所定単位×186/1000		

※注1 1日あたりの自己負担額は、介護保険負担割合が1割の場合で例示しております。2割負担の場合は当該金額に2を乗じた額、3割負担の場合は当該金額に3を乗じた額となります。

■その他の費用

- (1) 食材料費 1,600円/日（朝：400円 昼：610円 タ：590円）
- (2) 室料 1,120円/日（外泊、入院中もご負担いただきます）
- (3) 水道光熱費 実費相当額
- (4) 寝具代 110円/日
- (5) おむつ代 実費
- (6) 日用品費 実費
- (7) 理美容代 実費
- (8) その他日常生活等で利用者が負担することが適当と認められる費用
- (9) 預り金管理費 500円/月（日常生活に必要な金銭管理を行った場合の費用）

※ 利用料等の詳細につきましては、別途サービス利用負担額確認書により説明します。

■支払方法

前月分の自己負担額（利用料金）をその翌月の末日までお支払下さい。但し、口座振替を利用する場合の引き落とし日は、請求月の翌月5日（休業日にあたる場合は翌営業日）となります。

○支払方法

- ・口座振替 預金口座振替依頼書を作成していただきます。
- ・現金支払 サン・シティ本館事務所まで持参願います。
- ・振込支払 振込先：荘内銀行 新橋支店 口座番号 96231
口座名：社会福祉法人 友和会 理事長 森田 廣

6. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 喫煙、飲酒は、事業所内の所定の場所及び時間に限り、それ以外の場所及び時間は居室内を含み禁止とします。（施設内は禁煙です）
- ② 生活環境保全のために、事業所内の整理整頓、その他の環境衛生の保持にご協力ください。
- ③ 次の行為をしてはいけないものとします。
 - ・宗教や信仰の相違などで他人を攻撃し、又は事故の利益のため他人の自由を侵すこと。
 - ・けんか、口論、泥酔などで他の利用者に迷惑を及ぼすこと。
 - ・事業所の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
 - ・指定した場所以外で火気を用いること。
 - ・故意に事業所もしくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと。
- ④ 緊急連絡先等、申し出の内容に変更が生じる場合は、速やかに職員へお申し出ください。

- ⑤ 感染症の流行期、まん延等の状況で予告なしに面会を中止とさせていただく場合があります。
- ⑥ 外出、外泊される場合は、所定の申出書に行先等を記入し、事前に提出してください。
- ⑦ 家族等が施設に出入りする際は、感染症予防対策にご協力ください。

7. 通院・外出・外泊について

事業所外への送迎は原則個人負担（介護タクシーなどの利用）とし、家族等の付き添いが必要になります。ただし、要医療状態などで主治医から指示があった場合、介護計画上必要とするものについては、送迎及び付き添いを行うこととします。

8. 入院時の対応について

- ① 入院後、退院が明らかに見込まれる場合は居室を確保します。（居住費は請求いたします。）
- ② 入院期間が長期となる場合は退所になりますが、主治医がグループホームでの生活が可能と判断した場合は、再入所に向けて検討します。
- ③ 入院期間中の対応は家族でお願いします。ただし、病状等については随時病院と情報共有し、連携を図らせていただきます。

9. 非常災害対策

施設では、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2回以上利用者及び従業員等の訓練を行います。

10. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように以下の措置を講じます。

- ① 感染症対策委員会の開催
- ② 感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備
- ③ 感染症の予防及びまん延防止のための訓練及び研修の実施
- ④ 前3号を適切に実施するための担当者の配置

11. 業務継続に向けた取組み

感染症や自然災害等が発生した場合にあっても、利用者が継続してサービスを受けられるよう、業務継続計画を策定し、定期的な見直しや当該計画に沿った研修及び訓練を実施します。

12. 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。

13. 事故発生時の対応及び事故防止対策

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、酒田市および関係諸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。

また、事故が発生又は再発することを防止するため、以下の措置を講じます。

- ① 事故防止のための指針の整備
- ② 事故が発生したとき又はそれに至る危険性がある事態が発生した時に、当該事故が報告され、その分析を通じた改善策を職員に周知徹底する体制を整備
- ③ 事故発生の防止のための委員会及び職員に対する研修の実施
- ④ 前3項を適切に実施するために安全対策担当者を配置

14. 入所者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護について職員教育等を行い取り組みます。

15. 身体拘束の禁止

原則として、入所者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に入所者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録し、以下の身体拘束等の適正化のための対策を講じます。

- ① 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の開催
- ② 身体拘束等の適正化のための指針の整備
- ③ 定期的な研修の実施
- ④ 前3項を適切に実施するための担当者の配置

16. 虐待の防止

施設は虐待の未然防止、早期発見、その再発を防止するために迅速かつ適切に対応できるよう以下の措置を講じ、利用者の人権を擁護していきます。

- ① 虐待防止委員会の開催
- ② 高齢者虐待防止のための指針の整備
- ③ 虐待防止研修の実施
- ④ 前3項を適切に実施するための担当者の配置

17. 地域との連携について

- ・地域住民又は住民活動との連携や協力を行うなど、地域との交流に努めていきます。
- ・概ね2月に1回以上、運営推進会議を開催し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに必要な要望、助言等を聴く機会といたします。
- ・介護サービス相談員派遣事業を積極的に受け入れるなど酒田市との密接な連携に努めます。

18. 第三者評価の有無 有 無

※外部評価の結果は「福祉保健医療情報ネットワーク（ワムネット）」に公表されています。

19. 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。

ご相談窓口担当者： 管理者 後藤香 チーフ 児玉高志

ご利用時間： 月～金曜日 8時30分～17時30分

ご利用方法： 電話（0234-26-7810）または、事業所にて対応します。

※次の公的機関においても苦情の申し出ができます。

- 酒田市健康福祉部 高齢者支援課 介護給付係

所在地：酒田市本町二丁目2番45号 酒田市役所 電話番号：0234-26-5363

- 山形県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護サービス推進室

所在地：寒河江市大字寒河江字久保6番地 電話番号：0237-87-8006

20. 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任により利用者に生じた損害については、事業所は、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、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者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、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

20. 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、その他必要な場合は、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。なお、緊急の場合には、以下にご記入いただいた連絡先に連絡します。

○ 緊急時のご家族等連絡先

住所 _____ (電話) _____

氏名 _____ (続柄) _____

○ 主治医

医療機関名称 _____

所在地 _____ (電話) _____

氏名 _____

○ 協力医療機関

名称：日本海総合病院

住所：山形県酒田市あきほ町30番地

電話：0234-26-2001

○ 協力医療機関

名称：本間病院

住所：山形県酒田市中町3丁目5番23号

電話：0234-22-2556

○ 協力歯科医療機関

名称：小松歯科診療所 歯科医師 渡部公希

住所：山形県酒田市栄町2-5

電話：0234-26-2340

令和 年 月 日

指定（介護予防）認知症認知症対応型共同生活介護サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<施設>

所在地 山形県酒田市曙町2丁目28番地の5

施設名 グループホームサン・シティ
(指定番号 0690800347)

管理者名 後 藤 香 印

説明者 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定（介護予防）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。

<利用者>

住所

氏名 印

<利用者代理人（選任した場合）>

住所

氏名 印 （続柄 ）