

## 重要事項説明書（認知症対応型共同生活介護サービス）

あなたに認知症対応型共同生活介護サービスを提供するに先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

### 1. 事業者

名 称	社会福祉法人 美竹会				
所在地	愛知県豊川市金沢町稲場7				
法人種別	社会福祉法人				
代表者	理事長 竹生 吉信				
連絡先	電話	0533-39-1712	F A X	0533-93-7437	

### 2. 事業の目的と運営方針

事業目的	要介護者及び要支援者であって認知症の状態にあるものについて、その共同生活を営むべき住居において、家庭的な環境の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援・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た自立した日常生活を営むことができるように支援し生活機能の維持向上を目指すことを目的とする。
運営方針	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示、通知の趣旨及び内容に沿ったものとする。</li> <li>2. 利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえて実施する。</li> <li>3. 利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行う。</li> <li>4. 介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行う。</li> <li>5. 懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行う。</li> <li>6. 提供する介護の質の評価を行い、常にその改善を図る。</li> <li>7. 関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。</li> </ol>

### 3. 事業所

名 称	グループホームみその					
指定番号	2 3 7 2 6 0 1 0 7 6					
所在地	愛知県豊川市金沢町弁天下40-2					
連絡先	電話	0533-92-2071		F A X	0533-92-2085	
敷 地	1341.41㎡（406.5坪）					
建 物	住居数	2	総戸数	18戸	総定員	18名
	延床面積	324.73㎡（98.4坪）				
	職員数	常勤14名、非常勤7名				

#### 4. ご利用住居

名称	グループホームみその			
所在地	愛知県豊川市金沢町弁天下40-2			
管理者	氏名	河合琴美		
	保有資格	介護福祉士	兼務	デイサービスセンターみその
連絡先	電話	0533-92-2071	F A X	0533-92-2085
建物	構造	木造平屋建		
	延床面積	324.73㎡（98.4坪）		
	居室数	18室（全室個室・冷暖房・収納スペース完備）		
	入居定員	18名　2ユニット		
利用居室	18室			
共用施設	食堂・居間・台所・浴室・脱衣室・洗濯室・洗面・トイレ			

#### 5. 職員体制

	常勤		非常勤		常勤換算	保有資格
	専従	兼務	専従	兼務		
管理者		1			0	介護福祉士
看護師		1			0.5	看護師
計画作成担当者		2			0.95	介護福祉士、介護支援専門員
介護従業者	12	0	7	1	16.9	初任者研修・介護福祉士等

#### 6. 職員の勤務体制

区分	勤務時間	休暇
常勤	下記シフトにより交代勤務 早番 7:00 ～ 16:00 日勤 9:00 ～ 18:00 遅番 13:00 ～ 22:00	勤務シフトに基づいて4週9休
非常勤	シフトによる交代勤務。常勤勤務時間に追加 午前番 8:00 ～ 15:00 午後番 11:30 ～ 20:30	勤務シフトによる
夜勤	22:00～8:00 16:00～9:00	

#### 7. 休業日

休業日	なし
-----	----

## 8. サービス内容

### (1) 介護保険給付サービス

種類	内 容
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して提供いたします。</li> <li>・食材費は給付対象外です。</li> <li>・食事は離床して食堂でとっていただくよう配慮します。</li> <li>・食事時間 朝食 7:30～ 昼食12:00～ 夕食17:00～</li> </ul>
排せつ	・利用者の状況に応じ、適切な排せつの介助と、排せつの自立の援助を行います。
入 浴	・適宜に入浴または清拭をしていただけるように、お勧めいたします。
日常生活上の世話	<ul style="list-style-type: none"> <li>・離床 寝たきり防止のため離床に配慮します。</li> <li>・着替え 着替えのお手伝いをします。</li> <li>・整容 身の回りのお手伝いをします。</li> <li>・寝具消毒</li> <li>・シーツ交換</li> <li>・健康管理</li> <li>・洗濯</li> <li>・居室内清掃</li> <li>・役所手続の代行</li> </ul>
機能訓練	離床援助、屋外散歩同行、家事共同等により生活機能の維持・改善に努めます。
医師の往診の手配等	医師の往診その他療養上の手配をします。
相談および援助	利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。
利用料	<p>要介護度に応じて算出します。</p> <p>利用料（1日当たり） 単位×10.14円（法定代理受領の場合は、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額）</p> <p>要支援2 749単位 要介護1 753単位 要介護2 788単位 要介護3 812単位</p>

要介護 4 828単位  
要介護 5 845単位

・ **初期加算**

入居日から30日以内の期間は、1日につき30単位を加算します。

・ **若年性認知症利用者受入加算**

65歳以下の認知症の利用者を受け入れた場合、1日につき120単位を加算します

・ **医療連携体制加算（Ⅰ）**

看護師による健康管理・24時間医療連携体制を整えているため、要介護者のみ、一日につき37単位を加算します。

・ **看取り介護加算**

看取り加算は、医師が回復の見込みがないと診断した場合、医師・看護職員・介護職員が共同して、本人やご家族と同意を得ながら看取り介護を行い、その人らしさを尊重した看取りができる様に支援することを目的とします。

- ・ 看取り指針の作成・説明・同意・見直しを行います。
- ・ 看取りに関する職員研修をします。
- ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取り組みを行います。

死亡日以前 31～45 日以下	72 単位／日
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	144 単位／日
死亡日の前日及び前々日	680 単位／日
死亡日	1,280 単位／日

・ **認知症専門ケア加算（Ⅰ）**

認知症日常生活介護Ⅲ以上の方に（医師又は認定調査員が判定）、1日3単位を加算します。

・ **口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）**

介護職員が利用開始時及び利用中 6 か月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、計画作成担当者に栄養状態を文書で共有します。1回につき20単位加算します。

・ **口腔衛生管理体制加算**

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行い、口腔ケア・マネジメントに係る計画を作成します。1月につき30単位を加算します。

・ **入退院支援加算**

入院後 3 か月以内に退院が見込まれ、受け入れ体制を整えている場合、1 月に 6 日を限度として 1 日 246 単位を算定します。  
また、1 か月以上入院した後、退院してグループホームへ戻られた場合初期加算を30日間 1 日 30 単位算定します。

・ **サービス提供体制加算（Ⅰ）**

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上であるため、1日22単位を加算します。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>介護職員処遇改善加算（Ⅰ）</b> 職員の処遇を改善する為、別途、合計額の18.6%相当の金額を加算します。</li> <li>▪ <b>協力医療機関連携加算</b> 協力医療機関 白谷医院との定期的な会議において現病歴等の情報共有を行います。1月につき100単位を加算します。</li> </ul>
--	--

## (2) 介護保険給付外費用

種類	内容
食材代 おむつ代 理美容代 娯楽費	<p>これらは介護保険給付の対象外です。実費をお支払い下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食材の費用は次のとおりです。 朝食：330円 昼食：530円（おやつ代を含む） 夕食：470円</li> <li>・おむつ代は実費となります。</li> </ul>
居室の利用	<p>居室の利用なども保険給付の対象外です。</p> <p>家賃 1 か月52,000円 水道光熱費 1 か月29,700円 敷金 270,000円</p> <p>居室を故意・過失、通常使用を超えるような使用による損耗した場合の修理費に充当する。（通常の生活で消耗・劣化したものの修理費ではない） * 月の中途における入退去時の料金につきましては、日割計算いたします。 * 対象者には、居住費などの負担軽減制度もあります。（1日500円の助成）</p>

## 9. 入居に当たっての留意事項

面 会	来訪者は、面会、宿泊の際は職員に届け出て下さい。
外 出	外出・外泊前に行き先と帰着予定日時を届け出て下さい
住居・居室の利用	この共同生活住居内の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。
迷惑行為	騒音の発生、他の利用者の迷惑なる行為はご遠慮願います。 承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。
所持品 現金等	貴重品の持ち込みは極力控えてください。 事業所にて現金や貴重品の管理は原則行いません。管理が必要な場合は別途相談に応じます。

## 10. 食費

外出・外泊、面会など、食事に関しまして追加や欠食が生じる場合、3日前までにお申し出ください。その際には、以下のように料金などを設定させていただきます。

	朝食	昼食	夕食
欠食の場合(返金額)	330円	530円	470円

#### 11. 協力医療機関

名称	白谷医院
所地	豊川市一宮町下新切 1 5 7 - 3
電話番号	0 5 3 3 - 9 3 - 2 3 1 0
診察科	内科
入院設備	なし

#### 12. 事故発生時の対応

当事業所のサービスを利用中に事故が発生した場合は、応急処置、医療機関への搬送等処置を講じ、利用者の家族への連絡を行います。記録を残し、原因を解明し再発防止に努めます。また、速やかに東三河広域連合へ報告を行います。過失があった場合は損害の賠償を請求いたします。

損害賠償 責任保険	保 険 名	介護社会福祉事業者総合保険
	補償の概要	対人対物その他 1 名 1 事故 上限 1 億円 等

#### 13. 非常災害時の対策

避難訓練	年3回以上、火災、地震等を想定した訓練を行います。
防災設備	煙感知器 スプリンクラー 火災報知器 自動火災通報装置 避難誘導灯 防排煙（防火扉）

#### 14. 苦情申立

当該事業所相談室	担当者 竹生和史 ご利用方法 当該事業所にて面談・電話・FAX・手紙などで 常に受け付けます。 電話 0533-93-1712 FAX 0533-93-7437
愛知県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 名古屋市東区泉一丁目50番地 電話 052-202-0167 FAX 052-962-8870 受付時間 午前9時から午後5時
国民健康保険団体連合会	名古屋市東区泉一丁目6番5号 国保会館南館7階 愛知県国保連合会介護福祉室内 苦情相談室052-971-4165
東三河広域連合 介護高齢課	所在地 豊橋市八町通二丁目16 電話番号 0532-26-8471 受付時間 午前9時から午後5時

## 15. 第三者評価

実施目的	評価機関の実施するサービス評価を受け、サービスの改善及び質の向上を目的とする
直近の実施年月日	令和5年12月4日
評価機関名称	特定非営利活動法人「サークル・福寿草」
開示状況	本館・新館入り口に開示

## 16 虐待防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその発生を防止するために、次の措置を講じます。

- (1) 虐待防止について担当者を選任しています。
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をします。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者または擁護者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。

## 17 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性・・・身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性・・・利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことができなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

上記書面にて重要事項の説明を行いました。

グループホームみその

説明者	職名	管理者	
	氏名	河合 琴美	印

私は、この書面に基づいて事業所から、重要事項の説明を受け、同意しました。

令和      年      月      日

利用者

住所

氏名

印

ご家族代表者など

住所

氏名

印      続柄（                      ）