

重要事項説明書（グループホームひまわり）

認知症対応型共同生活介護



利用者様に対する認知症高齢者グループホームサービスの提供開始にあたり、当事業者が利用者様に説明すべき事項は、次のとおりです。

1. 事業所

名称	医療法人 慈照会 グループホームひまわり
所在地	名古屋市西区上名古屋二丁目 2 5 番 3 号
都道府県知事許可番号	認知症対応型共同生活介護 (2370400794)
管理者	星長紀久子
電話番号	052 (523) 3833
ファクシミリ番号	052 (523) 3833

2. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	認知症高齢者グループホームは、家庭的な環境のもとで、入浴・排泄・食事等の介助やその他必要な日常生活上のお世話などの介護サービスを提供することで、利用者様が有する能力に応じた日常生活を営むことができるように支援することを目的とした事業です。
運営の方針	高齢者の自立を支援し、生涯家族とともに生活できることを目指し、地域との連携に努めて地域に開放された明るく親しみやすいイメージの事業所運営を目指しております。又、地域住民の皆様との連携を強化し、利用者様と地域住民との交流できる環境を整備する事により高齢者が地域の中で社会参加出来る生活を望んでおります。事業所の最大の特徴としては、透析患者様をはじめ、認知症を有する各種疾患を持った方でも定員の許す限り利用していただきたいと思っております。

3. 施設の概要

敷地		437. 43 m ²
建物	構造	鉄骨準耐火構造 2 階建
	延べ床面積	554. 39 m ²
	居室面積	10.1 m ²
	利用定員	9 名・2 ユニット（合計 1 8 名）
	共用施設	食堂、台所、居間、トイレ、浴室

4. 職員体制

	職員人員	うち夜間人員	業務内容
管理者	1 人 (常勤)		利用者の管理、従業員の管理及び業務の管理を行う。
計画作成担当者	2 人 (常勤・兼務)		介護計画の作成を行う。
介護従業員	14 人 (常勤) 2 人 (非常勤)	2 人	介護計画に基づく業務を行う。
看護師	1 人 (非常勤)		健康管理と医療連携を行う。

5. サービスの内容と利用料(法定代理受領を前提としています。別紙「利用料のご案内」をご参照ください)

(1) 介護報酬の告示上の額(ただし、法定代理受領の場合は施設サービス基準額の1割相当、法定代理受領でない場合は、施設サービス基準額相当額です。)

*平成30年8月から一定以上の収入がある方は、現行の1割負担、もしくは2割から3割負担へと変更になります。

(2) 介護保険証等の確認

- 一 説明を行うに当たり、事前に利用者様の介護保険証を確認させていただきます。
- 二 サービス利用時は、毎月1回及び介護保険証変更時毎に確認させていただきます。
- 三 平成27年8月から『介護保険負担割合証』につきまして、利用料請求に関わってまいりますので、毎月1回 確認させていただきます。

(3) 介護保険給付によるサービス

サービスの種別	内 容	利用料
介護サービス 計画の立案	利用者様の有する能力や置かれている環境に基づいて、利用者様が自立した生活を送れるよう配慮したサービス計画を作成します。	介護報酬の告示上の額 (ただし、法定代理受領 の場合は施設サービス 基準額の1割相当、法定 代理受領でない場合は、 施設サービス基準額相 当額です。)
食事の提供	・栄養士が利用者様の心身状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。 (ただし、食材費は給付対象外です) ・食事は離床して食堂でとっていただくよう配慮します。 ・食事時間 朝食8時～、昼食12時～、夕食18時～ ・食べられないものやアレルギーのある方は事前にご相談下さい。	
機能訓練	離床援助、野外散歩同行、家事共同等により生活機能の維持・改善に努めます。	
排せつ	利用者様の状況に応じ、適切な排泄の介助と、排泄の自立の援助をおこないます。	
入浴	利用者様の状況に応じた入浴介助を行います。入浴回数や時間に制限はございません。利用者様の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。	
シーツ交換	シーツ交換は週1回行います。	
その他 日常生活の介護	寝たきり防止の為の離床の配慮、着替え、洗濯、居室内清掃など、利用者様の状態に合わせた対応を行います。	
医師の往診の 手配等	医師の往診の手配、その他療養上のお世話をします。	
健康管理と 医療連携	看護師を配置し、健康管理と24時間医療連携体制をとっています。	
相談及び援助	利用者様又はそのご家族からの相談に応じ、必要な援助を行います。	

利用者の重度化に関する指針

環境の変化に影響を受けやすい高齢者が、可能な限り継続してグループホームの生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応を行う。

- ①利用者に対する日常的な健康管理(週 1 回訪問)を行う。
- ②利用者の状態悪化時における医療機関(主治医)との連携・調整を行う。
 - ・医療連携体制図に基づき対応する。
 - ・入院の場合はグループホームの居住費のみを徴収する。
- ③看取りは原則的に行わないが、利用者や家族の要望があれば行うこともあることとする。

(3) 介護保険給付外のサービス

サービスの種別	内容・利用料(内訳)
家賃	1 日あたり 1, 6 5 0 円
食材料費	1 日あたり 1, 5 0 0 円
水道光熱費	1 日あたり 5 0 0 円
管理費	1 日あたり 9 0 円

- ※1 その他、利用開始にあたり 1 5 0, 0 0 0 円を敷金としてお預かりいたします。
 なお、利用を解除した際に家賃の滞納等がある場合や、利用者様の放尿・排泄等により居室が汚損する等、居室の利用行為として通常想定される範囲を超えると判断される利用者様の行為によって施設退去時に居室のクリーニング・修繕等が必要となった場合は、その分を差し引いて返金いたします。
- ※2 おむつ代、その他個人的な利用代金は実費をいただきます。
- ※3 外泊時の家賃は請求させていただきます。

6. 入居にあたり留意いただく事項

来訪・面会	面会時間は、午前8時～午後8時30分となっております。なお、ご面会の際は、各ユニットの事務室に「面会カード」が置いてありますので、必ずご記入下さい。
外出・外泊	外出・外泊を希望される場合は、各ユニットの職員にお申し付けいただき、「外出・外泊届」へのご記入をお願い致します。なお、外泊時の家賃は徴収いたしますのでご了承ください。
食事の取り消し	利用者様又はご家族様の都合により、食事の取り消しの連絡が遅れ、食事の用意をさせて頂いた場合には、食費の請求を致しますのでご了承ください。
設備・備品の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがって大切にご使用ください。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。
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒に関しては、基本的にお断りを致しております。
所持品の持ち込み	ご家庭で使い慣れたものがあれば自由にお持ち頂いて結構ですが、職員に一声おかけ下さい。携帯電話のご使用は、状況等により制限を設けさせていただく場合がございます。なお、当施設では、紛失等の責任は一切負いかねますのでご了承下さい。
迷惑行為	騒音等、他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。又、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
金銭・貴重品の管理	金銭の所持については、ご自身で責任を持って管理して頂きます。また、大金や通帳等の貴重品は施設に持ち込まないで下さい。当施設では、紛失等の責任は一切負いかねますのでご了承下さい。
火気及び危険物等	火気及び危険物等の持ち込みは、禁止とさせていただきます。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

7. 苦情等申立窓口

当事業所のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、苦情相談窓口（担当者：介護支援専門員）までお気軽にご相談ください。

また、施設外の苦情処理機関に申し出ることもできます。

愛知県国民健康保険団体連合会	(電話番号：052-971-4165)
名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課	(電話番号：052-959-3087)

8. 事故発生時の対応について

利用者の予期せぬ事故が発生したときは、下記のとおり迅速かつ適切な対応により、円滑かつ円満な解決に努めます。

- (1) 指定居宅介護支援サービスの提供により、利用者に対する事故が発生した場合には、速やかに、市町村・利用者様のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。
- (2) 指定居宅介護支援サービスの提供により、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
- (3) 事故が生じた際には、その原因を解明し再発を防ぐための対策を講じます。

9. 個人情報の取り扱い

当事業所では、契約時に個人情報の取り扱いについての内容を説明します。利用目的などの説明に疑義がある場合は、申し出をお受けします。申し出がなければ、同意を得たものとします。

利用者様ご本人から利用目的についての拒否・利用停止や個人情報開示の希望がある場合は、個人情報相談窓口にて、いつでもお受けします。なお、ご本人が意識障害や精神障害（認知症（認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上）を含む）等により意思決定が困難な場合は、開示申請対応の同意をいただいている連帯保証人を利用者様本人と同等の権利を持つものとし、開示などの希望をお受けします。

10. 緊急時の対応

当事業所は、介護サービスの提供中に利用者様の病状の急変が生じた場合、その必要な場合には、速やかに主治医または協力医療機関と連絡をとり、救急治療あるいは救急入院等必要な措置が受けられるようにします。

この場合、予め利用者様の指定する緊急連絡先に対し直ちに連絡します。

11. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人慈照会天野記念クリニック
所在地	名古屋市西区上名古屋四丁目3番6号

12. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	山原クリニック
所在地	名古屋市千種区竹腰2丁目3-22

1 3. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「医療法人慈照会グループホームひまわり消防計画」にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	別途定める「医療法人慈照会グループホームひまわり消防計画」にのっとり年 2 回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。
防災設備	非常照明(1 2 台)、誘導灯(6 台)、自動通報装置、自動火災報知設備、消火器(4 台)、スプリンクラー
管理者	防火管理者 星長紀久子

以上

グループホームひまわり利用料のご案内（１日あたりの目安）

（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。）

一割負担の方

介護報酬一割負担額		家賃	食費	水道光熱費	管理費	合計
要支援 2	932 円	1, 650 円	1, 500 円	500 円	90 円	4, 672 円
要介護 1	937 円					4, 677 円
要介護 2	980 円					4, 720 円
要介護 3	1, 011 円					4, 751 円
要介護 4	1, 031 円					4, 771 円
要介護 5	1, 051 円					4, 791 円

- * 介護報酬一割負担の内訳：認知症対応型共同生活介護費+介護職員処遇改善加算（Ⅰ）+介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）+介護職員等ベースアップ等支援加算
- * 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ加算：当月の利用単位数に一定の割合をかけて算出するため、月により変動いたします。
- * 介護報酬一割負担額は、利用者様の収入に応じて二割もしくは三割の負担額になる場合がございます。
- * 外泊時の家賃は請求させていただきます。
- * 介護報酬一割負担額は、利用者様の収入に応じて二割もしくは三割の負担額になる場合がございます。
- * 食費内訳：朝食 500 円、昼食 500 円、夕食 500 円

加算の詳細（該当する利用者様もしくは希望された利用者様に対して加算いたします。）

加 算 名 称		単 位 × 10.68 円（地域加算 の一部負担額	加 算 要 件
夜間支援体制加算（Ⅱ）		一割 27 円/日 二割 54 円/日 三割 81 円/日	1. 夜間及び深夜帯に 1 人の介護従業者と常勤換算で 0.9 人以上の介護従業者又は宿直者を配置していること。 2. 見守り機器の導入割合が 10%以上であること。 3. 利用者の安全並びにサービスの質確保、職員の負担軽減の方策を検討する委員会を設置し、必要な検討を行っていること。
若年性認知症利用者 受入加算		一割 129 円/日 二割 257 円/日 三割 385 円/日	若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を決め、利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供している場合。
入院時費用		一割 263 円/日 二割 526 円/日 三割 789 円/日	入院後 3 か月以内に退院が見込まれる入所者について、退院後の再入居の受け入れ態勢を整えていること。 6 日を限度として算定。
初期加算		一割 32 円/日 二割 64 円/日 三割 96 円/日	施設での生活に慣れるために様々な支援が必要となることから、入所日から 30 日間算定。
協力医療機関 連携加算	（Ⅰ）	一割 107 円/月 二割 214 円/月 三割 321 円/月	一定の要件を満たす協力医療機関※との間で、入所者等の同意を得て、入所者の病歴等情報を共有する会議を定期的開催していること。 ※…①急変時に相談対応を行う体制が常時確保されている。 ②施設からの診療要請に対応する体制が常時確保されている。
	（Ⅱ）	一割 43 円/月 二割 86 円/月 三割 129 円/月	協力医療機関連携加算（Ⅰ）以外の協力医療機関と連携している場合。
退居時情報提供加算		一割 267 円/回 二割 534 円/回 三割 801 円/回	医療機関へ退所する入所者について、退所後の医療機関に対して入所者の診療情報、心身の状況、生活歴を示す文書を添えて入所者の紹介を行った場合。 1 人につき 1 回を限度として算定。

加 算 名 称		単位×10.68 円 (地域加算)の 一部負担額	加 算 要 件
退居時相談援助加算		一割 428 円/回 二割 855 円/回 三割 1,282 円/回	退居時に、利用者及びその家族等に対して退居後の居宅サービス等についての相談援助を行い、かつ退居後生活する市町村等に対し、必要な情報を提供した場合。 1 人につき 1 回を限度として算定。
医療連携体制 加算（介護予防 を除く）	(I) イ	一割 61 円/日 二割 122 円/日 三割 183 円/日	1. 事業所の職員として、看護師を常勤換算で 1 名以上配置していること。 2. 事業所の看護師、又は医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24 時間連絡できる体制を確保していること。 3. 重度化した場合の対応を定め、入居の際に利用者又はその家族等に対してその内容を説明し、同意を得ていること。
	(I) ロ	一割 51 円/日 二割 101 円/日 三割 151 円/日	1. 医療連携体制加算 I (イ) の 2、3 に該当していること。 2. 事業所の職員として、看護職員を常勤換算で 1 名以上配置していること。
	(I) ハ	一割 40 円/日 二割 79 円/日 三割 119 円/日	1. 医療連携体制加算 I (イ) の 2、3 に該当していること。 2. 事業所の職員、又は医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を 1 名以上していること。
	(II)	一割 6 円/日 二割 11 円/日 三割 16 円/日	1. 医療連携体制加算 (I) のいずれかを算定していること。 2. 喀痰吸引、経管栄養等 11 種の医療行為のうち、いずれかを実施している入居者が 1 人以上であること。
認知症専門 ケア加算	(I)	一割 4 円/日 二割 7 円/日 三割 10 円/日	1. 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が、入所者の 1/2 以上。 2. 認知症ケアに関する専門性の高い看護師と認知症介護実践リーダー研修修了者を配置していること。 3. 職員に対し、ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議等を定期的の実施していること。
	(II)	一割 5 円/日 二割 9 円/日 三割 13 円/日	1. 認知症専門ケア加算 (I) に該当していること。 2. 認知症介護指導者研修修了者を 1 名以上配置していること。 3. 介護・看護職員ごとの研修計画を作成し、計画に従って研修を実施していること。

加 算 名 称		単位×10.68 円 (地域加算)の 一部負担額	加 算 要 件
認知症チーム ケア推進加算	(Ⅰ)	一割 161 円/月 二割 321 円/月 三割 481 円/月	1. 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が、入所者の 1/2 以上。 2. 認知症の症状への早期対応に関する介護の指導 ができる専門的な研修等を修了した者を配置し、か つ複数名からなる認知症の症状に対応するチーム を組んでいること。 3. 計画的に認知症の症状の評価を行い、それに基づ き認知症の予防等に資するチームケアを実施して いること。 4. ケアについて会議の開催、計画書の作成、定期的 な評価を行い、振り返りや計画の見直し等を行って いること。
	(Ⅱ)	一割 129 円/月 二割 257 円/月 三割 385 円/月	1. 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)の 1. 3. 4 に該当 していること。 2. 認知症の症状への早期対応に資する専門的な研 修を修了した者を配置し、かつ複数名からなる認知 症の症状に対応するチームを組んでいること。
口腔衛生管理体制加算		一割 32 円/月 二割 64 円/月 三割 96 円/月	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かかる技術的助言及び指 導を月 1 回以上行っている場合。
生活機能向上 連携加算	(Ⅰ)	一割 107 円/月 二割 214 円/月 三割 321 円/月	計画作成担当者が、訪問・通所リハビリテーション を実施している事業所又はリハビリテーションを 実施している医療提供施設の医師、理学療法士等の 助言に基づき、生活機能向上を目的とした介護計画 を作成した場合。 3 月に 1 回を限度として算定。
	(Ⅱ)	一割 214 円/月 二割 428 円/月 三割 641 円/月	訪問・通所リハビリテーションを実施している事業 所又はリハビリテーションを実施している医療提 供施設の医師、理学療法士等が施設を訪問し、施設 の計画作成担当者と共同して入居者の評価を行い、 生活機能向上を目的とした介護計画を作成した場 合。
口腔・栄養 スクリーニング加算 (介護予防を除く)		一割 22 円/回 二割 43 円/回 三割 64 円/回	利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の 健康状況及び栄養状態について確認を行い、その情報 を介護支援専門員に提供した場合。 6 月に 1 回を限度として算定。
栄養管理体制加算		一割 32 円/月 二割 64 円/月 三割 96 円/月	管理栄養士(外部との連携含む)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った 場合。

加 算 名 称		単位×10.68 円 (地域加算) の 一部負担額	加 算 要 件
科学的介護推進体制 加算		一割 43 円/月 二割 86 円/月 三割 129 円/月	入所時と 3 月に 1 回、利用者の栄養状態、口腔機能、その他心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスの提供にあたって必要な情報を活用していること。
高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	一割 11 円/月 二割 22 円/月 三割 32 円/月	1. 感染症法で定められた医療機関との間で、新興感染症発生時の対応を行う体制を確保していること。 2. 一般的な感染症発生時の対応を協力医療機関と取り決めておくとともに、発生時に連携して適切に対応すること。 3. 指定された医療機関又は医師会が定期的に行う院内感染対策の研修又は訓練に年 1 回以上参加していること。
	(Ⅱ)	一割 6 円/月 二割 11 円/月 三割 16 円/月	指定された医療機関から、3 年に 1 回以上施設内で感染症が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること。
新興感染症等施設療養費		一割 257 円/日 二割 513 円/日 三割 769 円/日	入所者が厚生労働大臣の定める感染症に感染した場合に、相談、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ適切な感染対策を行ったうえで、施設で療養を行った場合。 1 月に 1 回、連続する 5 日を限度として算定。
生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)	一割 107 円/月 二割 214 円/月 三割 321 円/月	1. 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)に該当していること。 2. 業務改善の取組の成果が確認されていること。 3. 見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。 4. 職員間の適切な役割分担ができていること。
	(Ⅱ)	一割 11 円/月 二割 22 円/月 三割 32 円/月	1. 利用者の安全並びにサービスの質確保、職員の負担軽減の方策を検討する委員会の開催や生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。 2. 見守り機器等のテクノロジーを 1 つ以上導入していること。 3. 1 年以内ごとに 1 回、業務改善の取組の効果を示すデータを提出していること。

加 算 名 称		単位×10.68 円 (地域加算) の 一部負担額	加 算 要 件
サービス提供 体制強化加算	(Ⅰ)	一割 24 円/日 二割 47 円/日 三割 71 円/日	手厚い介護体制の確保を推進する観点により、以下のいずれかに該当すること。 ・介護職員のうち、介護福祉士が 70%以上。 ・勤続年数 10 年以上の介護福祉士が 25%以上。
	(Ⅱ)	一割 20 円/日 二割 39 円/日 三割 58 円/日	介護職員のうち介護福祉士が 60%以上。
	(Ⅲ)	一割 7 円/日 二割 13 円/日 三割 20 円/日	以下のいずれかに該当すること。 ・介護職員のうち、介護福祉士が 50%以上。 ・看護・介護職員において、常勤職員が 75%以上。 ・勤続年数 7 年以上の割合が 30%以上。
介護職員処遇 改善加算 令和 6 年 5 月 31 日 まで	(Ⅰ)	所定単位数× 0.111	安定したサービス提供のため、介護職員の資質向上 や処遇改善の取組等を実施している場合に算定。 毎月の利用単位数(以下、所定単位数)により変動。
	(Ⅱ)	所定単位数× 0.081	
	(Ⅲ)	所定単位数× 0.045	
介護職員等特定 処遇改善加算 令和 6 年 5 月 31 日 まで	(Ⅰ)	所定単位数× 0.031	介護職員処遇改善加算の要件に加え、さらなる職員 の資質向上と処遇改善の取組を行っている場合に 算定。 毎月の所定単位数により変動。
	(Ⅱ)	所定単位数× 0.023	
介護職員等ベース アップ支援加算 令和 6 年 5 月 31 日 まで		所定単位数× 0.023	職員の処遇改善を目的とし、令和 4 年 10 月より算 定。 毎月の所定単位数により変動。
介護職員等処遇 改善加算	(Ⅰ)	所定単位数× 0.186	令和 6 年 6 月より、介護職員処遇改善加算、介護職員 等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ加 算が一本化され、それに伴い新設された加算。 安定したサービス提供のため、介護職員の資質向上 や処遇改善の取組等を実施している場合に算定。 毎月の所定単位数により変動。
	(Ⅱ)	所定単位数× 0.178	
	(Ⅲ)	所定単位数× 0.155	
	(Ⅳ)	所定単位数× 0.125	

※令和 6 年 6 月より、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ加算の 3 つが一本化され、新設の介護職員等処遇改善加算に変更となります。

※サービス提供体制上、加算基準が満たされていないものについては、加算されません。また、1 年毎に算定要件の見直しを行いますので、年度によっては算定項目が異なる場合がございます。

※利用者様の所得や資産状況に応じて、料金が減免される制度がございます。制度をご利用になる為には『グループホーム居住費助成認定証』の発行と当施設への提示が必要となります。

介護保険からの給付金に変更があった場合、変更された額に合わせて負担額が変更となります。

私は、書面に基づいて、グループホームひまわりの職員(職名：_____

氏名：_____)から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

療養上の相談・説明・同意、開示申請は、連帯保証人_____が対応します。

令和_____年_____月_____日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

連帯保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

連帯保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

*連帯保証人の変更又は連帯保証人の住所に変更があった場合は、速やかにお知らせください。