

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護の重要事項説明書

作成年月日 令和 6 年 4 月 1 日

1. (介護予防) 認知症対応型共同生活介護事業の概要

(1) 事業所の概要

施 設 名	グループホーム鶴亀
所 在 地	青森県三戸郡三戸町大字斗内字和田 60-1
電 話 番 号	0179-23-4112
F A X 番 号	0179-23-4118
事業所番号	0272700899

(2) 当施設の職員体制

職 名	資 格	常勤	非常勤	合計	業 務 内 容
管理者(兼務)	社会福祉主事 介護福祉士	1 名		1 名	介護従業者及び業務の管理
計画作成担当者 (兼務)	介護福祉士 介護支援専門員	1 名	0 名	1 名	認知症対応型共同生活介護計画の作成 健康管理・入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助
介護従事者	介護福祉士	4 名	0 名	4 名	入浴・排せつ・食事等生活全般に係わる援助
介護職員 合計	資格なし	2 名	0 名	2 名 8 名	
看護職員	正看護師		1 名	1 名	日常的な健康管理(健康上の異常の早期発見、悪化防止) 入居者の生活の質を向上させるためのアドバイス 必要な医療処置
職員の勤務形態	①早番 7:00 ～ 16:00 ②日勤 8:30 ～ 17:30 ③遅番 10:00 ～ 19:00 ④夜勤 17:30 ～ 翌朝 8:30 ⑤看護職員(正看護師) 12:45～15:45 (毎週 1 回)				

(3) 当施設の設備の概要

定員	9 人	脱衣室	3.31 m ²
居室	1 人部屋(9 室 12.42 m ²)	調理室	12.42 m ²
居間・食堂	29.81 m ²	洗濯室	7.66 m ²
浴室	4.96 m ²	スタッフルーム	13.24 m ²
仮眠室	5.79 m ²		

2. 当施設の特徴等

(1) 運営の方針

要介護者であって認知症の状態にあるものについて、共同生活住居において、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ています。

(2) サービス利用のために

事 項	備 考
従業者への研修の実施	年 4 回 内部勉強会を実施しています
サービスマニュアル	サービスマニュアルに沿った適切なサービスをいたします
変更の申込の方法	サービス開始日の前日までに事業者に出すものとします
身体拘束	入所者又は他の入所者の生命又は、身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束は行わない。適正化を図る為、拘束をした場合には理由・経過を記録します。3 ヶ月に 1 回委員会を開催し職員に周知徹底を図ります。職員に対し身体拘束についての研修を定期的実施します。

(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～午後 6 時 (訪問者が宿泊する場合は、必ず許可を得てください)
外出・外泊	外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出て下さい。 外泊の際には、必ず行き先と外泊先の電話番号を申し出て下さい。

飲酒・喫煙	医師の指示がある方は、ご遠慮いただく場合があります。
金銭、貴重品の管理	小口支払いや介護費用など日常必要な程度の金銭を管理いたします。ご希望により通帳、届出印の管理を行います。
所持品の持ち込み	原則として、身の回り品はお持ち込み可能です。
設備、器具の利用	設備、器具はご自由にお使いください。
食事のキャンセル	原則として、サービス実施日の前日までに申し出てください。

(4) サービスの内容

サ ー ビ ス	内 容
食事	朝食：午前 7 時～ 昼食：午後 12 時～ 夕食：午後 5 時 30 分～
入浴	週に最低 2 回入浴していただきます。 ただし、状態に応じ、清拭となる場合もあります。
洗濯	職員が行います。 (毎週 1 回リネン交換)…出来る方は共同で行います。
生活相談	日常生活に関することなどについて相談できます。
介護	清潔で快適な生活、静養が行われるよう介護します。
健康管理	医師や看護師が健康管理を行います。インフルエンザ予防接種無料
レクリエーション	ご契約者の希望によりレクリエーション、クラブ活動に参加していただくことができます。

3. 利用料金

(1) 利用料

① (介護予防) 認知症対応型共同生活介護利用料

	1 日当たりの利用料金	介護保険適用時の 1 日当たりの自己負担額
要支援 2	7,610 円	761 円
要介護度 1	7,650 円	765 円
要介護度 2	8,010 円	801 円
要介護度 3	8,240 円	824 円
要介護度 4	8,410 円	841 円
要介護度 5	8,590 円	859 円

①付加サービスの利用料

	1日又は1回当たりの利用料金	介護保険適用時の1日又は1回当たりの自己負担額
初期加算	300 円	30 円
医療連携体制加算	370 円	37 円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	220 円	22 円
退居時相談援助加算	4,000 円	400 円
利用者の入院期間中の体制加算	2,460 円	246 円
看取り介護加算	下記の通り	下記の通り
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	下記の通り	下記の通り

※初期加算は、入居した日から起算して 30 日以内の期間について加算されます。

又、30 日を越える病院又は診療所への入院の後に再び入居した場合も、同様となります。外泊期間を除き加算します。

※医療連携体制加算は、鶴亀荘看護師を配置し、日常や緊急時の健康管理を行う体制を確保している事により加算されているものです。

※サービス提供体制強化加算(Ⅰ)は、介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合 100 分の 70 以上となります。

※利用者の入院期間中の体制加算は、病院又は診療所に入院する必要があるが生じた場合であって、入院後 3 ヶ月以内に退院が見込まれる時は、その者及びその家族の希望を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与すると共に、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び円滑に入居することが出来る体制を確保している事。1 ヶ月に 6 日間算定。ただし、入院の初日及び最終日は、算定日となりません。

※重度化対応・終末期ケア対応指針(別紙)に基づき説明いたします。

※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 1 日 72 円)
- ・死亡日以前 4 日以上 30 日以下 : 1 日 1,440 円 (自己負担額 1 日 144 円)
- ・死亡日前日及び前々日 : 1 日 6,800 円 (自己負担額 680 円)
- ・死亡日 : 1 日 12,800 円 (自己負担額 1,280 円)

※介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)

- ・基本サービス費に各種加算を加えた総単位数(自己負担額)に加算率 13.4% を乗じた単位数で算定します。

※一定の所得以上の方は、介護保険負担割合証に準じ、2 割又は 3 割負担となります。

(3) 介護保険サービス以外の利用料

家 賃	20,000 円／月 月途中の入退居は日割り計算とする 短期利用の場合も日割り計算とする
光熱水費	9,900 円／月 月途中の入退居は日割り計算とする 短期利用の場合も日割り計算とする
食材料費	1,300 円／日
理美容代	実費
貴重品の管理費	1,500 円／月
医療費	実費
日常生活費・おむつ代	実費

(4) 料金の支払い方法

毎月、1 ヶ月毎に計算し前月分の請求をいたしますので、翌月 25 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。

お支払い方法は、銀行振込、口座自動引落とし、窓口持参の 3 通りの中から自由に選択できます。

ア. 下記指定口座への振り込み

青森銀行	三戸支店	普通預金	社会福祉法人 恵心会
		1001583	グループホーム鶴亀
みちのく銀行	三戸支店	普通預金	施設長 原 佳毅
		1400941	

イ. 金融機関口座からの自動引落とし

ご利用できる金融機関 青森銀行、みちのく銀行、郵便局、
J A(農協)

ウ. 窓口持参

4. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当施設の職員がお伺いいたします。

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

(2) サービスの終了

① ご契約者様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 10 日前までにお知らせください。

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致します。

- ・ ご契約者様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ご契約者様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

＊ この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・ ご契約者様が亡くなられた場合

(3) その他

- ・ ご契約者様が、サービス利用料金の支払いを 2 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 20 日以内に支払わない場合、またはご契約者様やご家族などが当施設や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、サービス契約終了の 10 日前に文書で通知し、退所していただく場合があります。
- ・ ご契約者様が病院又は診療所に入院し、明らかに 14 日以内に退院できる見込がない場合。

5. サービス内容に関する苦情

① 当施設のお客さま相談・苦情窓口

担当者 二又 正朗

電 話 0179-23-4112

FAX 0179-23-4118

受付日 年中

受付時間 午前 9 時～午後 6 時

- ・ 苦情処理体制は別紙による

② その他

当施設以外に、お住まいの市町村又はオンブズマン（第三者）青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

青森県国民健康保険団体連合会 (017) 723-1336
三戸町役場健康推進課 高齢者支援班 (0179) 20-1153
オンブズマン (0178) 24-1492

また、苦情受付ボックスを特別養護老人ホーム鶴亀荘正面玄関およびグループホーム鶴亀玄関に設置しています。

6. 緊急時の対応方法

(1)サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡いたします。

主 治 医	氏 名			
	連 絡 先		電話番号	
ご 家 族	氏 名			
	連 絡 先		電話番号	

(2) 看護師との連携

①同一法人の正看護師 1 名、最低週 1 回利用状況確認・健康管理を行います。

②緊急時対応について 365 日 24 時間体制で、休日・夜間も安心して過ごせます。

オンコール体制で対応し、同一法人の正看護師がすぐ駆けつけることになっています。不在時には、事前に他 1 名同一法人の正看護師が待機となっていますので、必ず連絡出来る体制となっています。

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、お客様がお住まいの市町村、ご家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、お客様に対して当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、施設は(株)損保ジャパンと損害賠償保険契約を結んでおります。施設内における賠償・傷害事故等に幅広く保障されます。しかしながら、傷害事故による保険請求はケガをされたご本人（ご本人が無理な場合はご家族様）からの請求となり、保険金は保険会社から直接ケガをされたご本人に支払われます。所定の手続きについては、施設職員からもお手伝いしますが、原則ご本人の手続きとなります。

8. 非常災害対策

防災時の対応	119 番に通報し、自衛消防組織に基づき、入所者を安全な場所に誘導し且つ、消火に努める。
防災設備	避難誘導灯の設置、消火器、自動警報装置
防災訓練（消防訓練）	年 1 回実施する
防火責任者	選任の防火管理者を任命

9. 秘密の保持について

当事業者は、業務上知り得たお客様又は、その家族の秘密を保持する為、次の対策を講じます。

(ア) 当施設は、介護事業者の従業者が、正当な理由なく、その業務上知り得たお客様又はそのご家族の秘密を漏らすことがないよう就業規則に記し、雇用の条件

とする。

- (イ) 当施設は、サービス提供機関及び担当医等に対して必要に応じて、ご利用者様の個人情報を用いる旨を、入居時に別書面にて本人、同ご家族様の同意を得るものとする。

10. その他

当法人では、介護老人福祉施設、(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)通所介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護も行っております。

11. 金銭及び貴重品の管理について

- (1) 預り限度額は5万円以下になります。
- (2) 3ヶ月毎にご家族様には小遣い出納帳の写しと領収書を送付いたします。
- (3) 施設内での事故防止のため、貴重品については居室での管理は行っておりません。貴重品の持ち込みがある場合には、あらかじめご相談ください。また、携帯電話の持ち込みについては、施設内で電波状況も悪いため、原則禁止とさせていただきます。

12. 外部評価について

評価機関名 青森県老人福祉協会 評価確定日 令和4年12月27日

※第三者評価は実施なし。

(重説の説明同意書)

令和 年 月 日

(介護予防)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 青森県三戸郡三戸町大字斗内字和田 60-1

名称 グループホーム鶴亀

説明者氏名 _____ 印

私は、本書面により、事業者から(介護予防)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した。

<利用者> 住 所 _____

氏 名 _____ 印

<代筆者> 住 所 _____

氏 名 _____ 印

〔 サービス提供機関及び担当医への
情報提供同意書 〕

令和 年 月 日

(介護予防)認知症対応型共同生活介護のサービス提供にあたり、サービス提供機関及び担当医より利用者の心身情報を求められた時はこれを提供する事を説明しました。

事業所

所在地 青森県三戸郡三戸町大字斗内字和田 60-1

名称 グループホーム鶴亀

説明者氏名 _____ 印

私は、本書面により事業者から(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービスにあたり、サービス提供機関、担当医へ心身情報を提供する事の説明を受け、同意しました。

<利用者> 住 所 _____

氏 名 _____ 印

<代理人> 住 所 _____

氏 名 _____ 印