

重要事項説明書

(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)

有限会社 グッドウィル

1 事業者(法人)の概要

名称・法人種別	有限会社 グッドウィル
代表者名	代表取締役 石井善樹
所在地・連絡先	(住所)〒084-0909 釧路市昭和南5丁目5番8号 (電話)0154-55-2211 (Fax)0154-55-2212

2 事業所の概要

事業所の名称	グループホームはるとり
所在地・連絡先	(住所)〒085-0813 釧路市春採2丁目27番1号 (電話) 0154-41-0206 (Fax) 0154-41-0207
事業所番号	0174100495
管理者氏名	小濱 純代

3 認知症対応型共同生活介護及介護予防認知症対応型共同生活介護の目的及運営方針 及理念

(1)目的

要介護者等で認知症の状態にあり、自立した生活が困難になった利用者に対して家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、食事、入浴、排泄等の介護その他日常生活上の世話及び日常生活での心身の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支援することを目的とします。

(2)運営方針

- 1 目的を理解し関係法令に従いサービスを提供します。
- 2 利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して生き生きとした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適切に行います。
- 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ます。
- 4 サービスの提供にあたっては懇切丁寧を旨とし利用者及び代理人等の意思を尊重します。
- 5 事故防止の為利用者の行動、特性等を十分に把握し安全に配慮します。
- 6 利用者に対する介護方法、自己評価等開示し利用者及び家族、地域社会、行政の声を運営改善に反映させるよう努めます。

(3)理念

『私たちは、地域の中で共に生活するパートナーとして意識を共有し、信頼関係を築き、以下の生活を実現するよう努めます。

- 1・安心できる生活
- 2・希望がもてる生活
- 3・自分らしい生活
- 4・尊重される生活
- 5・自由な生活

(4)その他

事項	内容
認知症対応型共同生活介護計画 及介護予防認知症対応型共同生活 介護計画の作成及び 事後評価	利用者の直面している課題等を評価し、利用者及び代理人等の希望を踏まえて介護従事者と協議の上、認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を認知症対応型共同生活介護計画書及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画書に記載し利用者及び代理人等にご説明のうえ交付します。
職員研修	年10回程度
<p>※ 入退居に当たっての留意事項（運営規程10条）</p> <p>1・本事業所の指定認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護の利用者は要支援2及び要介護者であって認知症の状態にありかつ次の条件を満たすものとする。</p> <p>① 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと</p> <p>② 主治の医師の診断書等により認知症の状態であることを確認されていること</p> <p>③ 利用者が入院治療及び常時医療機関において治療を必要としない等、本事業所のサービス提供が困難でないこと</p> <p>2 入居に際しては、利用者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努める。</p> <p>3 入居後の利用者の状態が変化し、前1項に該当しなくなった場合は退居してもらうことができる</p> <p>4 退居に際しては、本人又は家族の希望を踏まえた上で、退居後の生活環境や介護の継続性に配慮し、必要な援助を行う。</p>	

4 設備の概要

(1)構造等

敷地	1,676.22㎡	
建物	構造	木造2階建て
	延床面積	525.18㎡
	利用定員	18名

(2)居室

居室の種類	室数	面積	備考
一人部屋	18室	11.59㎡以上	

(3)主な設備

設備	室数	面積	備考
食堂兼居間	2室		
台所	2室		
浴室・脱衣室	2室		

5 職員の体制

従業員の職種	人数(人)	区分				職務の内容
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			業務実施状況の管理
介護支援専門員	1			1		ケアプラン作成
計画作成担当者	1		1			〃
介護従業者	19	14		5		介護援助の提供
看護職員	1				1	健康管理等の看護業務

6 職員の勤務体制

従業員の職種	勤務体制
管理者	早番 午前7時30分～午後4時30分 日勤 午前9時00分～午後6時00分
介護従事者	遅番 午前10時30分～午後7時30分 夜勤 午後6時00分～午前9時00分
介護支援専門員	午前9時00分～午後6時00分
看護職員	週2日 午前9時00分～午前10時30分(時間等変更の場合あり)

7 サービスの内容と費用

(1)介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

項目	サービス内容
介護計画の作成	・適切なアセスメントを行い、本人・代理人が望む生活が実現できる様な介護計画作成を致します。
食事	・本人の希望、体調に合わせて自由に場所や時間を選べます。 ・利用者と職員ができる限りの範囲で食事の準備・後片付けを行い、役割や生きがい、充実感や達成感を持って生活できるよう支援します。
排泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴	・週2～3回の入浴(清拭)を行います。(体調により変動あり)
生活介護	・一人一人の生活リズムに合わせた支援をいたします。 ・尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。
生活相談	・利用者及び代理人からの相談について、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
行政手続き代行	・行政機関への手続きが必要な場合は、状況に応じ代行します。
機能訓練	・離床援助・屋外散歩同行・家事等により生活機能の維持・改善に努めます。
記録の保存	・サービス提供に関する記録を作成し、契約終了後2年間保管致します。

イ 費用

介護保険給付対象サービスの利用料金については、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費を除いた額(自己負担額)となります。また主な加算料金についても、算定加算基本料金から介護保険給付費を除いた額(自己負担額)となります。※別紙の利用料金表を確認ください。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、別紙利用料金表の利用料金全額をお支払いください。

(2)介護保険給付対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

家賃	1ヶ月 40,000 円(生活保護受給者 37,000円)
食材料費	1ヶ月 45,000 円(朝・昼・夕食 一食500円)
水道光熱費	1ヶ月 16,000 円

※上記他、入居時に敷金が家賃 2ヶ月分が発生致します。

契約が終了し、いちじるしい補修があった場合は精算後に返還となります。(敷金内で納まらない場合は実費を請求させていただきます。)

また、おむつ・理美容・レクリエーション等の日常生活上通常必要なものであって、ご利用者に負担していただくことが適当と認められるものについては、実費用等を負担していただくことがあります。

8 利用料等のお支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し請求させていただきますので毎月20日までに、現金又は下記の口座へお振込をお願い致します。

釧路信用金庫 昭和支店
普通預金口座 (口座番号 0108652)
口座名義 有限会社 グッドウィル
代表取締役 石井 善樹

※ご入金確認後、領収証を発行致します。

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1)当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

○苦情相談受付窓口

グループホームはるとり《TEL 0154-41-0206》:担当者氏名 山口礼子 小濱純代

(2)行政機関その他苦情受付機関

釧路市福祉部	所在地 釧路市黒金町7丁目5番地
介護保険課	電話番号 0154-31-4598
介護保険担当	FAX 0154-32-2003

北海道 国民健康保険 団体連合会	所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 電話番号 011-231-5175 FAX 011-233-2178
------------------------	---

10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「グループホームはるとり消防計画」に則り対応します。	
避難訓練及び 防災訓練	別途定める「グループホームはるとり消防計画」に則り年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者も参加して行います。	
	設備名称	
	スプリンクラー	消火器
	避難階段	ガス漏れ探知機
	自動火災通報装置	
	誘導灯	
	カーテン、絨毯等は防災性能のあるものを使用しています。	
消防計画等	消防署への届出日：平成30年4月1日 防火管理者：石井善樹	

11 協力医療機関等

〈協力医療機関〉 名称：さい内科クリニック 望洋歯科医院 診療科目： 内科 歯科 〈協力介護老人福祉施設〉 名称：社会福祉法人 釧路創生会 はるとりの里
--

12 緊急時の対応方法

利用者の心身の状態に異変その他緊急事態が生じた場合は、主治医又は協力医療機関と連絡を取り、医師の指示に従い適切な措置を講じます。

13 事故発生時の対応

- 1・サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとする。
- 2・前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するものとする
- 3・利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行うものとする。

14 住居の利用にあたっての留意事項

- ・危険物等、貴重品の持ち込みはご遠慮下さい。例 ライター、ナイフ、針、貴金属類
- ・利用者又は代理人がご希望の場合は、金銭を所持して頂く事は可能です。但し、紛失する可能性がある事をご理解頂き、自己の責任で管理して下さい。
- ・ペットの持ち込みはご遠慮下さい。
- ・面会、外出、外泊は自由に行って下さい。又、居室での宿泊も可能です。但し、職員への連絡は必ず行って下さい。

・面会時の差し入れ(おやつ等)については、必ず職員に声をかけて下さい。

＜重要事項説明書による利用料金表＞

○基本利用料(1日につき)

要介護状態区分等	基本料金	利用者負担金(介護給付費体系額の1割)
要支援2	7,430円	743円
要介護1	7,470円	747円
要介護2	7,820円	782円
要介護3	8,060円	806円
要介護4	8,220円	822円
要介護5	8,380円	838円

○加算利用料金

項目	基本料金	利用者負担金 (介護給付費体系額の1割)
初期加算	300円/日	30円/日
医療連携体制加算(Ⅰ)	390円/日	39円/日
〃 (Ⅱ)	490円/日	49円/日
〃 (Ⅲ)	590円/日	59円/日
看取り介護加算		
死亡日以前4～30日	1,440円/日	144円/日
死亡日前日及前々日	6,800円/日	680円/日
死亡日	12,800円/日	1,280円/日
夜間支援体制加算	250円/日	25円/日
若年性認知症利用者受入加算	120円/日	12円/日
退居時相談援助加算	4,000円/日	400円/日
認知症専門 ケア加算	Ⅰ 30円/日	3円/日
	Ⅱ 40円/日	4円/日
サービス提 供体制強化 加算	Ⅰ-イ 180円/日	18円/日
	Ⅰ-ロ 120円/日	12円/日
	Ⅱ 60円/日	6円/日
	Ⅲ 60円/日	6円/日
介護職員処遇改善加算	1か月の所定単位数の111/1000加算	
入退院支援加算		

ア)入院後3ヶ月以内に退院が見込まれる利用者様について再入居の受入れ態勢を整えている場合に、ひと月に6日を限度として算定。	ア)2,460円/日	ア) 246円/日
イ) 医療機関に1ヶ月以上入院した後、再入居する場合に右記の単位数を算定。	イ) 300円/日	イ) 30円/日
口腔衛生管理体制加算	300円/月	30円/月
栄養スクリーニング加算 ※6月に1回を限度	50円/回	5円/回
生活機能向上連携加算	2,000円/月	200円/月

● 主な加算サービスについて

※該当するものにつきましては加算させていただきます。

初期加算	入居した日から起算して30日以内の期間について算定できる加算
医療連携体制加算	<p>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がとれる等の体制を整備している場合に算定できる加算。終末期においては、(有)グッドウィル「ターミナルケアの指針」に沿いケアを行います。</p> <p>Ⅰ)看護職員を事業所として1以上配置。</p> <p>Ⅱ)看護職員を常勤換算にて1名以上配置し、准看護師を配置している場合には、病院若しくは訪問看護の看護師と連携体制を構築すること。</p> <p>Ⅲ)算定日が属する月の前12月間において、次のいずれかに該当する状態の入居者が一人以上である事。</p> <p>① 喀痰吸引を実施している状態。</p> <p>② 経鼻胃管や胃婁等の経腸栄養が行われている状態。</p> <p>※医療連携体制加算は別区分同士の併算定は出来ない。</p>
看取り介護加算	<p>死亡日以前4～30日、死亡日前日及び前々日、死亡日に算定できる加算</p> <p>ただし退居した日の翌日から死亡日までの間は算定しない。</p>
夜間支援体制加算	夜間及び深夜において、夜勤及び宿直勤務を行う職員の合計数が共同生活住居(ユニット)の数に1を加えた数以上の時に加算
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者に対して受入れた場合に算定できる加算

<p>退居時相談援助 加算</p>	<p>利用期間が1月を超える利用者が退居し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合、退居時に当該利用者及びその家族等に対して退居後の各サービスについての相談援助を行い、市町村及び老人介護支援センター又は地域包括支援センターに対して、介護状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に算定できる加算</p>
<p>認知症専門ケア 加算</p>	<p>当該事業所が、別に厚生労働大臣が定める者に対し専門的な認知症ケアを行った場合で、基準により認知症専門ケア加算Ⅰ、Ⅱに分かれており、どちらか一方を算定できる加算</p>
<p>サービス提供体制 強化加算</p>	<p>○サービス提供体制強化加算Ⅰ-イ 当該事業所の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以上であること サービス提供体制強化加算Ⅰ-ロ 介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること ○サービス提供体制強化加算Ⅱ 当該事業所の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること ○サービス提供体制強化加算Ⅲ 利用者に対し直接提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上であること</p>
<p>口腔衛生管理 体制加算</p>	<p>歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による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に1回以上行っている場合。</p>
<p>栄養スクリーニング 加算</p>	<p>管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに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に係る情報を文書で共有した場合の評価。</p>
<p>生活機能向上連 携加算</p>	<p>自立支援・重度化防止に資する介護を推進する為に創設され、訪問リハビリテーション若しくは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理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、認知症対応型共同生活介護事業所を訪問し、計画作成担当者と身体状況等の評価を共同して行っている場合。</p>

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を致しました。

平成 年 月 日

事業者	住 所	釧路市昭和南5丁目5番8号
	事業者(法人)名	有限会社 グッドウィル 印
	代 者 名	代表取締役 石井 善樹
	事 業 所 名	グループホーム はるとり
	事業所番号	0174100495
説明者	職 名	代表取締役
	氏 名	石井 善樹 印

私は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、同意致します。

平成 年 月 日

利用者	住 所	
	氏 名	印
代理人	住 所	
	氏 名	印