

# 「認知症高齢者グループホーム百合砂」

## 重要事項等説明書

### 1 グループホーム百合砂の概要

#### (1) 事業所の概要

|       |               |
|-------|---------------|
| 施設名   | グループホーム百合砂    |
| 所在地   | 西之表市西之表6095番地 |
| 電話番号  | 0997-22-1330  |
| FAX   | 0997-22-1330  |
| 事業所番号 | 4671300236    |
| 開設年月  | 平成17年3月       |
| 入所の定員 | 18名           |

#### (2) 当施設の職員体制

| 職 種          | 員 数  |
|--------------|------|
| 管理者          | 1名   |
| 計画作成担当者      | 2名   |
| 介護職員（常勤・非常勤） | 6名以上 |

職員の勤務体系は以下のようになっています

| 職 種                         | 勤 務 体 系                                 |
|-----------------------------|-----------------------------------------|
| 管 理 者<br>計画作成担当者<br>介 護 職 員 | 早番 07:00 ～ 16:00（9時間） 休憩 1:00 実働 8:00   |
|                             | 日勤 08:30 ～ 17:30（9時間） 休憩 1:00 実働 8:00   |
|                             | 遅番 11:00 ～ 20:00（9時間） 休憩 1:00 実働 8:00   |
|                             | 夜勤 17:30 ～ 09:30（16時間） 休憩 2:00 実働 14:00 |

#### (3) 設備の概要

| 居室・設備の種類 | 室数（ユニット1） | 室数（ユニット2） |
|----------|-----------|-----------|
| 居室（1人部屋） | 9室        | 9室        |
| 居間兼食堂    | 1         | 1         |
| 浴 室      | 1         | 1         |
| ト イ レ    | 5         | 3         |
| 事 務 室    | 0         | 1         |

## **2 当施設の特徴等**

### **(1) 運営方針**

指定居宅サービスに該当するグループホーム百合砂は、入居者の要介護度ごとに介護支援専門員によるケアプランを作成し、共同生活住居において利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう努めます。また地域との関わりを大切にして外に開かれた生活を支援します。利用者または他利用者等の生命および身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き身体拘束を行いません。

### **(2) 施設の目的**

当施設にあっては、介護保険法関係法令の定めるところにより、共同生活住居において利用者が人間としての尊厳を保ち、家庭的な雰囲気の中で、生活の主体として個々人の個性、残存機能を最大限に生かせるよう共同生活介護サービスを提供します。

## **3 高齢者虐待防止、身体拘束廃止への取り組み**

当ホームでは、高齢者虐待ならびに身体拘束の廃止に取り組んでいます。

入所者の人権の擁護のため委員会の設置と開催・指針の策定・研修の実施等の体制を整備し高齢者虐待ならびに身体拘束の廃止に取り組んでいます。

## **4 自然災害対策及び感染症対策の強化**

感染症のまん延の予防に関する取り組みや自然災害及び感染症が発生した場合でも継続してサービス提供ができる体制の取り組みとして委員会の開催・指針の策定・業務継続に向けた計画の策定及び研修の実施・訓練をしています。

## **5 介護現場におけるハラスメント対策**

職場でのハラスメントは、問題が発生すると職員の働く意欲が低下し、心身の不調や能力発揮の阻害を起こしたり、職場環境が悪化するなど大きな問題になり得ます。

当ホームではハラスメントの防止に関する規程を作成し、職場内でのハラスメントの防止対策を行っています。

## 6 当施設が提供するサービスと利用料金

### (1) 介護保険給付内サービス（契約書第5条参照）

以下のサービスについては、利用料金の9割が介護保険から給付されます。

| 種類      | 内容                                                                                                                                                                                  | 利用料                                                                                            |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食事の介助   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・1日3食、栄養と入居者の身体状況に配慮した食事を提供します。（ただし、食材料費は給付対象外です。）</li> <li>・料理の温度を大切にして家族同様の家庭料理を提供します。</li> <li>・食事時間の制限等はありません。</li> </ul>                | 介護報酬の告示上の額（ただし、介護保険から給付される場合はサービス基準額の1割相当（負担割合が2割の方は2割相当、3割の方は3割相当）、全額を負担いただく場合はサービス基準額相当額です。） |
| 排せつの介助  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況に応じて身体能力を最大限活用し、適切な排せつ介助を行なうとともに、排せつの自立についても適切な援助を行ないます。</li> <li>・おむつを使用する方に対しては、随時交換を行ないます。</li> </ul>                              |                                                                                                |
| 着替え等の介助 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行なうよう配慮します。</li> <li>・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行なわれるよう援助します。</li> <li>・シーツ交換は週1回（必要な場合は随時）行ないます。</li> </ul>                    |                                                                                                |
| 入浴の介助   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・週2回の入浴または清拭を行ないます。（希望者には毎日入浴も可能です。）</li> </ul>                                                                                              |                                                                                                |
| 機能訓練    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・散歩・買い物・農園作業等の生活の中で自然にリハビリできるよう努めます。</li> </ul>                                                                                              |                                                                                                |
| 健康管理    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日検温、検脈、血圧測定を行ない、健康管理を行ないます。</li> <li>・緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。</li> <li>・入居者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。</li> </ul> |                                                                                                |

|         |                                                               |  |
|---------|---------------------------------------------------------------|--|
| 相談および援助 | ・当施設は、入居者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行なうよう努めます。 |  |
|---------|---------------------------------------------------------------|--|

(2) 介護保険給付外サービス

|            |                                                         |                                       |
|------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 家賃         | ・水道・光熱費を含む                                              | 1,500 円／日                             |
| 食材の提供      | ・新鮮で良質な食材を提供します。                                        | (内訳) 朝食 385 円<br>昼食 530 円<br>夕食 530 円 |
| おむつの提供     | ・利用者のご希望に応じて提供します。                                      | 実費                                    |
| 行政手続きの代行   | ・市役所での書類の申請交付、申請手続き等を代わって行ないます。                         | 実費                                    |
| 理美容サービス    | ・出張によるサービスをご利用いただけます。(ご希望があれば理美容院まで職員付き添いで出かけることも可能です。) | 実費                                    |
| レクリエーション行事 | ・当施設では、随時レクリエーションや行事を企画し実施していきます。                       | 施設外レクリエーション(コンサート等)は実費                |
| 洗濯代        | ・当施設では、洗濯物の洗濯を専門業者へ依頼致します。                              | 一回 400 円<br>(専用バッグにて一袋)               |

7 利用料について(契約書第 9・10 条参照)

利用者は要介護度に応じてサービスを受け、所定の料金体系に基づいた使用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分(自己負担割合に応じた額)および家賃・食事代(実費)を事業所に支払います。

(1) 利用料

イ) 介護保険適用分利用料金表 (日額)

| 要介護度 |       | 要支援 2   | 要介護 1   | 要介護 2   | 要介護 3   | 要介護 4   | 要介護 5   |
|------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 利用料  | 1 割負担 | 749 円   | 753 円   | 788 円   | 812 円   | 828 円   | 845 円   |
|      | 2 割負担 | 1,498 円 | 1,506 円 | 1,576 円 | 1,624 円 | 1,656 円 | 1,690 円 |
|      | 3 割負担 | 2,247 円 | 2,259 円 | 2,364 円 | 2,436 円 | 2,484 円 | 2,535 円 |

ロ) 加算料金表 (日額)

| 加算の種類 | 1 割負担 | 2 割負担 | 3 割負担 | 内容                   |
|-------|-------|-------|-------|----------------------|
| 初期加算  | 30 円  | 60 円  | 90 円  | 入居日から 30 日以内の期間加算。30 |



|                               |                      |                      |                       |                                                                                                          |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               |                      |                      |                       | 日以上入院後の再入居日からの30日以内の期間加算                                                                                 |
| サービス提供<br>体制加算Ⅰ               | 22円                  | 44円                  | 66円                   | 以下のいずれかに該当すること<br>介護職員のうち介護福祉士を70%以上<br>勤続10年以上介護福祉士25%以上                                                |
| サービス提供<br>体制加算Ⅱ               | 18円                  | 36円                  | 54円                   | 介護職員のうち介護福祉士を60%以上<br>配置している場合に加算                                                                        |
| サービス提供<br>体制加算Ⅲ               | 6円                   | 12円                  | 18円                   | 以下のいずれかに該当すること<br>介護職員のうち介護福祉士50%以上<br>常勤職員75%以上<br>勤続7年以上30%以上                                          |
| 医療連携<br>体制加算Ⅰ                 | 37円                  | 74円                  | 111円                  | 職員、又は病院、診療所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名以上配置している場合に加算                                                     |
| 協力医療機関連携加算                    | 100円                 | 200円                 | 300円                  | ①入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。<br>②高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。     |
| 看取り介護加算                       |                      |                      |                       |                                                                                                          |
| 死亡日前<br>31～45日                | 72円                  | 144円                 | 216円                  | 看取り介護の体制が出来ていて、看取り介護を行った場合に加算                                                                            |
| 死亡日前<br>4～30日                 | 144円                 | 288円                 | 432円                  |                                                                                                          |
| 死亡日前日<br>および前々日               | 680円                 | 1,360円               | 2,040円                |                                                                                                          |
| 死亡日                           | 1,280円               | 2,560円               | 3,840円                |                                                                                                          |
| 若年性認知症<br>利用受入加算<br>※1月に6日を限度 | 120円                 | 240円                 | 360円                  | 個別に担当者を定め、担当者を中心にサービスを提供した場合に加算                                                                          |
| 認知症専門ケア加算                     | (Ⅰ) 3円/日<br>(Ⅱ) 4円/日 | (Ⅰ) 6円/日<br>(Ⅱ) 8円/日 | (Ⅰ) 9円/日<br>(Ⅱ) 12円/日 | (Ⅰ) 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の2分の1以上で認知症介護実践リーダー研修修了者を1名以上配置し、専門的な認知症ケアを実施し当該施設の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は |

|                               |                                       |                                       |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               |                                       |                                       |                                       | <p>技術的指導に係る会議を定期的開催</p> <p>(Ⅱ)(Ⅰ)を満たし認知症介護の指導に係る研修を修了している者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。当該事業所又は施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 認知症チームケア推進加算                  | <p>(Ⅰ) 150 円/月</p> <p>(Ⅱ) 120 円/月</p> | <p>(Ⅰ) 300 円/月</p> <p>(Ⅱ) 240 円/月</p> | <p>(Ⅰ) 450 円/月</p> <p>(Ⅱ) 360 円/月</p> | <p>(Ⅰ)①事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の物による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上であること。②認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応(以下「予防等」という)に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。③対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。</p> <p>④認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。</p> <p>(Ⅱ)(Ⅰ)の①、③及び④に掲げる基準に適合すること。認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。</p> |
| <p>退院時支援</p> <p>※1月に6日を限度</p> | 246 円                                 | 492 円                                 | 738 円                                 | <p>入院後、3ヶ月以内に退院が見込まれ、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合に加算</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>口腔・栄養</p> <p>スクリーニング加算</p> | <p>(Ⅰ) 20 円/回</p> <p>(Ⅱ) 5 円/回</p>    | <p>(Ⅰ) 40 円/回</p> <p>(Ⅱ) 10 円/回</p>   | <p>(Ⅰ) 60 円/回</p> <p>(Ⅱ) 15 円/回</p>   | <p>(Ⅰ) 介護職員が、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態及</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                     |                                 |                                 |                                 |                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ※6月1回を限度                            |                                 |                                 |                                 | <p>び栄養状態について確認を行い、介護支援専門員に提供していること。</p> <p>(II) 入居者が口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、介護支援専門員に提供していること。</p>                                                                                            |
| <p>生活機能向上<br/>連携加算<br/>※表示金額は月額</p> | <p>(I) 100 円<br/>(II) 200 円</p> | <p>(I) 200 円<br/>(II) 400 円</p> | <p>(I) 300 円<br/>(II) 600 円</p> | <p>(I) リハビリをしている事業所の理学療法士等や医師からの助言を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。</p> <p>(II) リハビリをしている事業所の専門職が、グループホームを訪問し、計画作成担当者と身体状況等の評価を共同して行い、生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成した場合に加算</p> |
| <p>栄養管理体制加算</p>                     | <p>30 円/月</p>                   | <p>60 円/月</p>                   | <p>90 円/月</p>                   | <p>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うこと。</p> <p>（外部※） 他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、介護保険施設については、常勤で1以上または栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。</p>               |
| <p>口腔衛生管理体制加算<br/>※表示金額は月額</p>      | <p>30 円</p>                     | <p>60 円</p>                     | <p>90 円</p>                     | <p>歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員に対して口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行う場合に加算</p>                                                                                                                                            |
| <p>科学的介護推進体制加算</p>                  | <p>40 円/月</p>                   | <p>80 円/月</p>                   | <p>120 円/月</p>                  | <p>以下のいずれの要件も満たすこと</p> <p>①入所者・利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出する。</p>                                                                                                               |

|  |  |  |  |                                                                         |
|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  | ②必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用する。 |
|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------|

#### 介護職員処遇改善加算・介護職員特定処遇改善加算

|                      |                                                                   |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 介護職員<br>処遇改善加算       | 上記イ)～ロ)の保険合計金額に11.1%（事業所ごとのパーセント）相当の介護職員処遇改善加算が加わります 令和6年4月～5月まで  |
| 介護職員<br>特定処遇改善加算     | 上記イ)～ロ)の保険合計金額に3.1%（事業所ごとのパーセント）相当の介護職員特定処遇改善加算が加わります 令和6年4月～5月まで |
| 介護職員等<br>ベースアップ等支援加算 | 上記イ)～ロ)の保険合計金額に2.3%（事業所ごとのパーセント）相当の加算が加わります 令和6年4月～5月まで           |

|                 |                                                               |
|-----------------|---------------------------------------------------------------|
| 介護職員等<br>処遇改善加算 | 上記イ)～ロ)の保険合計金額に18.6%（事業所ごとのパーセント）相当の介護職員処遇改善加算が加わります 令和6年6月より |
|-----------------|---------------------------------------------------------------|

#### 介護保険給付外負担分

|     |                                                                                   |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 家賃  | 1500 円/日                                                                          |
| 食事代 | 1,445 円/日 （朝食 385 円 昼食 530 円 夕食 530 円）                                            |
| その他 | 利用者の希望により、日常生活に要する費用で利用者の負担が適当であるものにかかる費用（例えば理美容代、おむつ代、嗜好品代等）については、実費にて別途請求いたします。 |

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された金額に合わせて利用者の負担額を変更します。



## 8 苦情、相談申立先（契約書第 18 条参照）

受付窓口 ●グループホーム百合砂

【電話】 0997-22-1330 （担当：計画作成担当者）

●西之表市役所・介護保険係（毎週月曜日～金曜日）

【電話】 0997-22-1111（代）

●鹿児島県国民健康保険団体連合会・苦情相談窓口（毎週月曜日～金曜日）

【電話】 099-213-5122

## 9 当施設ご利用の際に留意していただく事項

### (1) 来訪・面会

面会時間 10:30～11:30 15:00～16:00

面会の際は面会簿にご記入の上、面会の際は職員に申し出てください。

### (2) 外出・外泊

来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。外出・外泊の際は必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。

### (3) 飲酒・喫煙

所定の場所で行なっていただきます。

### (4) 居室・設備・器具の使用

施設内の居室や設備・器具は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。

### (5) 所持品および現金の管理

原則として金品の預かりは行ないませんが、ご希望により日常生活に必要な備品、金銭の管理は行ないます。（備品の廃棄については本人の申し出があっても家族の同意を得て行ないます。）

## 10 協力医療機関

|                                                       |                                                           |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| ●種子島医療センター<br>所在地：西之表市西之表 7463 番地<br>電 話：0997-22-0960 | ●百合砂診療所<br>所在地：西之表市鴨女町 98 番地<br>電 話：0997-28-3901          |
| ●えのもと歯科<br>所在地：西之表市西之表 7066 番地<br>電 話：0997-22-2525    | ●訪問看護ステーションミント<br>所在地：西之表市鴨女町 92 番地 1<br>電 話：0997-28-3914 |

## 11 緊急時の対応方法（契約書第 17 条参照）

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、主治医、救急隊、ご家族等への連絡を速やかに行ないます。

## 12 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、利用者に対し応急処置、協力医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご家族への連絡を行ないます。

また、事故の状況および事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発防止のための対策を講じます

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護の提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行ないました。

事業所 鹿児島県西之表市西之表 6 0 9 5 番地

グループホーム百合砂

管 理 者 榎元 邦子

説明者氏名 竹迫 智子

私（利用者）と私（利用者）の家族又は代理人は本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、認知症対応型共同生活介護の提供開始に同意いたしました。又、介護保険法に基づく契約書第 15 条の守秘義務に関し、私のサービス提供のために必要であれば、サービスの担当者及び医療機関等において、私（利用者）と私（利用者）の家族又は代理人の個人情報を契約の期間中に用いることに同意します。

利用者 住所

氏名

利用者の家族 住所

氏名

続柄