

# (介護予防)認知症対応型共同生活介護 重要事項説明書

◇グループホーム 高田てらまち(これ以降「事業所」と略します)の概要は、次のとおりです。

|                 |   |                                  |                             |
|-----------------|---|----------------------------------|-----------------------------|
| 事業所名            | グループホーム 高田てらまち                              | 事業者名                             | 株式会社リボン                     |
| 事業所在地           | 上越市寺町3丁目11番14号                              | 電話番号                             | 025(546)7775                |
| 市指定年月日<br>事業所番号 | 平成26年4月1日<br>1590300404                     | 実施単位・利用定員                        | 1単位 登録定員18人<br>共同生活9人*2ユニット |
| 営業日/時間          | 月曜日から金曜日(祝祭日、会社指定日除く) 利用相談等の対応時間:8:30~17:30 |                                  |                             |
| サービス提供          | サービス提供日:365日 サービス提供時間 :24時間                 |                                  |                             |
| 職員の概要           | 管理者 1人                                      | (資格:指定要件及び、認知症対応型サービス事業管理者研修修了者) |                             |
|                 | 計画作成担当者 1人                                  | (資格:介護支援専門員)                     |                             |
|                 | 介護職員 8人以上                                   | (資格:介護福祉士及び、介護職員初任者研修修了者等)       |                             |
|                 | 看護職員 1人以上*                                  | (資格:看護師又は、准看護師)*必要により配置          |                             |
| 通常の事業の実施地域      | 上越市   |                                  |                             |
| 外部評価の実施状況       | 実施日: 年 月 日 評価機関:MMC 総合コンサルティング(株) 開示:あり     |                                  |                             |

◇事業所が利用者に提供するサービスの概要は、次のとおりです。

## 1 提供するサービスの内容

利用者に提供するサービスの内容は(介護予防)認知症対応型共同生活介護(以降「サービス」と略します)です。  
サービスは、認知症状態である利用者が共同生活において家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴・排せ・食事等の日常生活上の世話、機能訓練を行うサービスです。

| サービスの内容         | 利用料金    | おおむねの提供時間(帯)  |
|-----------------|---------|---|
| サービス            | 基本料金に含む | 24時間*365日   |
| 生活相談<br>行政手続き代行 | 基本料金に含む | 共同生活の中、利用者及び、代理人からの相談について可能な限り必要な援助を行うよう努めます。又、行政機関への手続きが必要な場合、状況により代行致します。 |
| 入浴の提供           | 基本料金に含む | 利用者の状況に応じ入浴又は、清拭を行いません。   |
| 食事の提供           | 実費料金    | 朝食 7:30~8:30 昼食 12:00~13:00 夕食 18:00~19:00                                  |
| レクリエーション        | 実費料金    | 不定期開催ですが、利用者に負担して貰うのが適当と認められる費用が発生した場合の実費。                                  |

## 【業務取り扱い方針】

- (1)利用者の心身の状況や地域の環境を踏まえ、当事業所の計画作成担当者が作成する「認知症対応型共同生活介護計画書」に従い、心身機能の維持を図る事ができるようにサービスを提供します。
- (2)サービスの利用開始に際しては、介護職員による健康チェックを行い、体調等の変化を必ず確認します。体調等、状態によっては、当社規定に定められた対応に従い入浴・利用等、遠慮していただく場合がありますので、あらかじめ了承下さい。
- (3)介護職員の一化化されていない処方箋薬の取扱いは、各法令にて禁止されております。配薬カレンダー等への配薬準備、事業所内の服薬は、一化化されたものしか取扱い出来ません。市販薬も利用者自身での対応が前提となりますので9項(2)も併せて確認の上、サービス提供に協力下さい

## 2 担当の職員及び、管理者;利用者を、担当する職員の管理者は、次の職員です。

○管理者 氏名 涌井 一美 連絡先 025(546)7775  
相談や苦情、連絡したい事がある場合は、管理者又は、介護職員まで願います。

## 3 利用料金;サービスを利用するにあたって利用者に負担して頂く料金は、次のとおりです。

### (1)サービスの基本料金(1日あたり)

介護保険の利用料は、厚生労働大臣が告示で定めた金額です。利用料金が改定された場合は、自動的に改定されます。その場合は、事前に新しい基本利用料を書面(本重説)にてお知らせします。1単位=10円、利用者負担額は、その1割(一定以上の所得がある場合2割又は、3割:毎年7月の介護保険負担割合証交付による)です。  
\*支給限度額を超えた分は、全額利用者の負担になります。

| 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  |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 単位数 | 749単位 | 753単位 | 788単位 | 812単位 | 828単位 | 845単位 |

### (2)加算料金;介護保険に基づき其々の内容が該当する場合に発生します。

| 加算の種類           | 加算の要件  | 加算額    |
|-----------------|--|--------|
| 初期加算<br>(該当者のみ) | 登録日から30日と日常生活自立支援度ランク該等者と30日超の入院後、再利用も同様です。        | 30単位/日 |
| 認知症専門<br>ケア加算I  | ランクⅢ・Ⅳ・Mが1/2以上で専門的研修修了者が1人以上で当該従業者に留意事項の伝達、指導会議開催。 | 3単位/日  |

|                              |  |                               |
|------------------------------|--|-------------------------------|
| 認知症チームケア<br>推進加算             | ランクⅡ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴが1/2以上で専門的研修修了者1名以上で当該従業者で認知症行動・心理定例に対応するチームの取り組み。                       | 120 単位/月                      |
| 医療連携体制加算<br>Ⅰ(ハ)<br>(原則全員対象) | 事業所職員又は、連携の上、看護師1人以上確保し24時間連絡体制を確保。重度化対応指針を定め利用者・家族等に説明・同意している事。                   | 37 単位/日<br>(介護予防除く)           |
| 看取り介護加算<br>(上記セット対象者)        | 指針を定め、説明同意の上、看取り介護を行なった場合、死亡日を含め、前30日を上限とする。                                       | 死亡日4~30日144 単位<br>死亡日及び、前日等別途 |
| 退所時相談援助加算<br>(該当者のみ)         | 利用期間1ヶ月以上の利用者退去にあたり相談援助・退所後のサービス提供者への情報提供時。  | 400 単位/回                      |
| サービス提供<br>体制強化加算Ⅲ            | 介護職員の総数の内、常勤職員の占める割合が75%以上配置されている事。  | 6 単位/回                        |
| 介護職員等<br>処遇改善加算Ⅱ(ロ)          | 「事業所が介護職員への賃金改善を実施していること、及びキャリアパス要件・職場環境等要件に適合していること。また、生産性向上及び協働化に係る取組を実施していること。」 | 所定単位数(基本部分各種<br>加算・減算)*22%    |
| 科学的介護推進体制<br>加算              | 科学的介護推進に関する評価項目のLIFEを使用し厚生労働省に提出している事。   | 40 単位/月                       |
| 協力医療機関連携<br>加算               | 病状の急変した場合等、医師又は看護職員が相談対応を行う体制、診療を行う体制、急変時入院の受け入れ体制の確保をしている事                        | 100 単位/月                      |
| 高齢者施設等感染対<br>策向上加算(1)        | 第二種協定指定医療機関との間で新興感染症発生時の対応を行う体制の確保、感染症発生時の対応、1年/回以上の研修の参加                          | 10 単位/月                       |
| 生産性向上推進体制<br>加算Ⅱ             | 介護職員の基礎的な生産性向上への取り組みの評価とテクノロジーの活用と業務改善を通しての評価                                      | 10 単位/月                       |

(3)実費等料金;個別に選択ですが、介護保険給付外ですので全額利用者の負担になります。

月途中で登録した場合及び、終了した場合、期間に応じて利用料金は、日割り計算とします。

\*登録日は、サービス提供日とし、終了日は、利用契約終了日。入院・外泊期間中は、食材費の徴収は、しませんが居室利用料は、徴収致します。尚、消費税の変更や社会情勢の変動等により費用(加算)変更する場合がありますが本重説又は、適切な文章により説明、同意を得るものとします。

| 項目        | 内容  | 費用                                     |
|-----------|---|--|
| 食材費       | 共同生活における食事を提供した場合。<br>*1食単位での支払いを受けるものとします。     | 1,700円/日 朝食代 400円<br>昼食代 700円・夕食代 600円 |
| 居室利用料     | 家賃及び光熱費(共益費含む)で計 84,000円/月となります。日割りは、30日/月とします。 | 家賃 60,000円/月<br>光熱費 24,000円/月          |
| 理美容代      | 施設内で理美容師出張による散髪等。                               | 実費費用                                   |
| オムツ代      | 施設内で使用するオムツ・パッド等。                               | 実費費用                                   |
| レクリエーション代 | 不定期開催ですが、利用者に負担して貰うのが適当と認められる費用が発生した場合の実費。      | 実費費用                                   |

【支払方法】以下の3つから選択して下さい。※Web請求等サービスをご利用されない場合、200円(税別)の請求書発行手数料を頂戴します。

|       |   |
|-------|---|
| 口座引落し | サービス利用月の翌月29日に、利用者指定口座より引き落とします。別途、口座引落し事務手数料100円(税別)頂戴致します。                |
| 銀行振込  | サービス利用月の翌月末日までに、下記の口座に振込願います。<br>第四北越銀行高田営業部 普通 1456909 株式会社リボン 代表取締役 飛田 尚文 |
| 現金支払い | サービスを利用された月の翌月末日迄に事業所にて現金で支払願います。   |

(4)利用者負担額の算定例;利用者に支払い頂く初回の利用者負担額は、概ね次のとおりです。

| 区分             | サービスの内容                      | 単価 | 利用回数 | 利用料金 | 利用者負担額 |
|----------------|------------------------------|----|------|------|--------|
| 介護<br>保険<br>部分 | ①介護度別の基本料金(介護度 )             | 円  | 日    | 円    | 円      |
|                | ②初期加算                        | 円  | 日    | 円    | 円      |
|                | ③認知症専門ケア加算( )                | 円  | 日    | 円    | 円      |
|                | ④認知症チームケア推進加算                | 円  | 月    | 円    | 円      |
|                | ⑤医療連携体制加算Ⅰ(ハ)                | 円  | 日    | 円    | 円      |
|                | ⑥サービス提供体制強化加算( )             | 円  | 日    | 円    | 円      |
|                | ⑦科学的介護推進体制加算                 | 円  | 月    | 円    | 円      |
|                | ⑧協力医療機関連携加算                  | 円  | 月    | 円    | 円      |
|                | ⑨高齢者施設等感染対策向上加算(1)           | 円  | 月    | 円    | 円      |
|                | ⑩生産性向上推進体制加算Ⅱ                | 円  | 月    | 円    | 円      |
| A              | 所定単位の介護費用の合計 *①~⑩迄の合計        |    |      | 円    | 円      |
| B              | 介護職員等処遇改善加算Ⅱ(ロ) *A×22%       |    |      | 円    | 円      |
| C              | 介護保険利用料金・利用者負担額(負担割合による)=A+B |    |      | 円    | 円      |
| 実利             | ⑪居室利用料(家賃+共用光熱水費)            | 円  | 日    |      | 円      |

|                                    |                      |   |   |   |
|------------------------------------|----------------------|---|---|---|
| 費<br>用<br>部<br>分                   | ②居室電気代 *居室毎の測定対応時摘要  | 円 | 日 | 円 |
|                                    | ③食材費:朝食・昼食・夕食(1食単位可) | 円 | 日 | 円 |
|                                    | D 実費用部分の合計 *①~③迄の合計  |   |   | 円 |
| 利用者負担額合計(介護保険分利用者負担額+その他実費等料金)=C+D |                      |   |   | 円 |

#### 4 衛生管理等について

- (1) 利用者の使用する事業所、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ①事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を6月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底しています。
  - ②事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延防止のための訓練を定期的実施します。
  - ④前項①から③までのほか、厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対応に関する手順に沿った対応を行います。

#### 5 緊急時・事故発生時の対応

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前に情報を戴いた主治医・家族等の緊急連絡表を基に、運営規定に定められた緊急時の対応手順で速やかに主治医への連絡等、必要な措置を講じます。

- (1) 外出時の事故発生時の対応については、次の手順で行います。
  - ①あわてずに利用者の様子を確認します。付添職員は、管理者又は、計画作成担当者に連絡します。
  - ②管理者又は、計画作成担当者の指示の下、警察(110番)、状況に応じて救急車の出動を要請します。
  - ③警察(救急車)、管理者又は、計画作成担当者が到着するまで利用者の安全確保(身体・精神)に努めます。
  - ④管理者又は、計画作成担当者は、連絡を受けた後、至急、家族等に連絡します。
- (2) 施設内での事故発生時の対応については、次の手順で行います。
  - ①あわてずに利用者の様子を確認します。
  - ②他の職員にも異常を知らせ管理者又は、計画作成担当者・看護職員と連携をとり適切な処置を行います。
  - ③救急(119番)に連絡、様子、状態、利用者の氏名、生年月日、年齢、病歴等を伝えます。
  - ④救急車が到着するまで適切な処置に努めます。
  - ⑤管理者又は、計画作成担当者は、至急、家族等に電話を入れ状況の説明と搬送先の病院名を伝えます。

#### 6 非常災害時の対策;運営規定に定められたとおり年2回の計画的な防災訓練と設備改善を図り安全に万全を期します。

#### 7 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するために、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 職員に対し業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

#### 8 虐待の防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止する担当者を選定し、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、虐待防止のための指針の整備、虐待発生時の再発防止策の検討等を行い、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- (2) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修(年2回以上)を実施しています。
- (3) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、速やかに市町村等関係者に報告します。

#### 9 身体的拘束等の禁止

事業者は、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という)を行わない。但し、当該利用者又は、他の利用者等の生命又は、身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く。

2 前項の規定による身体的拘束等を行う場合には、あらかじめ利用者の家族等に利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、身体的拘束等の様態及び、目的、身体的拘束等を行う時間、期間等の説明を行い、同意を文書で得た場合、その条件と期間内においてのみ行う事ができる。

3 前各項の規定による身体的拘束等を行う場合には、管理者及び、計画作成担当者、介護職員により検討会議等を行う。又、経過観察記録を整備する。

4 事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じる

- (1) 身体拘束の適正化のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図るものとする。
- (2) 身体拘束適正化のための指針を整備する。
- (3) 介護職員その他の従業者に対し、身体拘束の適正化のための研修を定期的実施する。

#### 10 ハラスメント対策について

サービス利用期間中に、利用者、家族が暴力、ハラスメント行為を行った場合は、状況の改善や理解が得られない場合は、

ご相談により契約を解除する場合があります。(・叩く・蹴る・暴言で威嚇する・怒鳴る・身体を押さえつける・性的な発言をする等)

11 苦情・相談・事故等の体制;苦情・相談・事故については、次の手順により処理します。

- (1)事業所内において管理者を中心として苦情処理の為の会議を開催します。
- (2)サービスを提供した職員からの概況説明を受けます。
- (3)問題点の整理、洗い出し及び、今後の改善策について協議し「苦情・事故報告書」にまとめます。
- (4)文書により回答を作成し、管理者が事情説明を利用者に対して直接行った上で文書を渡します。
- (5)苦情処理の場合、その概要について纏めた上で関係者に対して報告を行い更なる改善点について助言を受けます。
- (6)「苦情・事故報告書」において改善点を明記し再発の防止及び、改善を図ります。

12 苦情相談窓口

① 当事業所に対し、苦情・意見・要望等、遠慮なく相談窓口まで申し出て下さい。

|           |                |
|-----------|----------------|
| 窓口設置場所    | グループホーム 高田てらまち |
| 担当者       | 涌井 一美(管理者)     |
| 連絡先(電話番号) | 025(546)7775   |

② 当事業所に対する苦情は、次の機関にも申し立てる事ができます。

|                |              |
|----------------|--------------|
| 苦情受付機関         | 連絡先(電話番号)    |
| 上越市役所 高齢者福祉担当課 | 025(526)5111 |
| 新潟県国民健康保険団体連合会 | 025(285)3022 |

13 サービスの利用にあたって利用者が注意すべき事

- (1)複数の方が同時にサービスを利用するので周りの方の迷惑にならないように注意して下さい。  
又、事業所の円滑な運営を行う為に、職員の指示には、必ず従って下さい。
- (2)次の業務は、各法令にて禁止事項で違反行為となりますので了承下さい。  
①医療行為及び、医療補助行為又、一包化されていない処方箋薬の配薬及び、服薬（医師法17条他）  
②本人財産/年金等、(生活支援に伴う代引き買物以外)直接金銭の取扱い（民法/省令/通知等）
- (3)外泊や外出の際は、必ず行き先と帰居時間、食事の有無等を事前に職員に申し出て下さい。
- (4)決められた場所以外での喫煙は、遠慮下さい。
- (5)火気等の危険物やペットの持ち込み、酒類の持ち込みによる飲酒(基本禁止)は、出来ません。
- (6)食べ物の持ち込みは、衛生管理上、1回(当日)で食べられる量でお願いします。
- (7)衣類・身の回りの私物等の持ち込みは、居室内に収まる範囲内として下さい。
- (8)居室内の設備、器具は、本来の使用法に従って利用下さい。これに反した利用による破損・汚損・価値損失等は、事業所半断により弁償頂く場合があります。
- (9)他の利用者に対する宗教活動及び、政治活動や騒音等の迷惑行為は、遠慮下さい。

14 その他運営にあたっての重要事項

事業者は、新潟県暴力団排除条例の基本理念に則り、事業所運営からの影響排除と適切な運営確保を図るものとする。

15 運営推進会議の概要

事業所が提供するサービスの活動状況を報告し運営推進会議の委員から評価、要望、助言等を受けサービスの質の確保及び、適切な運営ができるよう運営規程に則り設置します。

【サービスの提供に先立って上記のとおり説明します】

事業者名 株式会社 リボン  
 代表者職・氏名 代表取締役 飛田 尚文

事業所在地 上越市寺町3丁目11番14号  
 事業所名 グループホーム 高田てらまち

説明者・氏名

【上記の内容について説明を受け、同意しました】

本契約同意の証として本重要事項説明書を2部作成し、事業者記名、利用者及び、説明者の署名の上、利用者に交付し、夫々1部ずつ保有します。

説明同意日：令和 年 月 日

(利用者) ご住所  
 お名前  
 \*利用者の依頼により代筆した場合の代筆者氏名 ( )  
 (代理人) ご住所  
 お名前  
 (身元引受人) ご住所  
 お名前

\*続柄記名 ( )

<別途、追加記載欄>