

## 「重要事項説明書」

### 1 事業所の目的及び運営方針

#### (1) 事業の目的

認知症対応型短期利用共同生活介護事業所グループホームたのはたの虹の家（以下「事業所」という）が行う事業は、認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援することとします。

#### (2) 運営方針

- ① 本事業所において提供する認知症対応型短期利用生活介護は、介護保険法並びに関係する厚労省令、告示の趣旨及び概要に沿ったものとします。
- ② 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者の個別計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
- ③ 明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、居宅支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、他保険、医療、福祉サービスを提供する者との密接な関係に努めます。

### 2 施設の概要

|          |                                                                  |
|----------|------------------------------------------------------------------|
| 施設名称     | 社会福祉法人 寿生会 グループホームたのはたの虹の家                                       |
| 所在地      | 岩手県下閉伊郡田野畑村田野畑120-18                                             |
| 電話番号     | 0194-37-1125                                                     |
| 法人代表者    | 理事長 向井 利信                                                        |
| 介護保険指定番号 | 岩手県知事指定 No. 0373000710号                                          |
| サービスの種類  | 認知症対応型共同生活介護<br>介護予防認知症対応型共同生活介護<br>短期利用共同生活介護<br>介護予防短期利用共同生活介護 |

### 3 職員体制（兼務）

| 職名          | 常勤        | 非常勤 | 計          |
|-------------|-----------|-----|------------|
| (管理者)       | 1名        |     | 1名         |
| (サービス計画担当者) | 1名        |     | 1名         |
| 介護職         | 8名(内2名兼務) |     | 8名(内2名兼務)) |

#### 4 勤務体制

|       |    |                     |
|-------|----|---------------------|
| 日中の体制 | 早番 | 7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0 |
|       | 日勤 | 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 |
|       | 遅番 | 9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0 |
| 夜間の体制 | 夜勤 | 1 6 : 0 0 ~ 9 : 0 0 |

#### 5 施設設備の概要

|                                                   |                   |
|---------------------------------------------------|-------------------|
| グループホームたのはた虹の家（木造平屋・長尺金属板葺）、256.44 m <sup>2</sup> |                   |
| 個室（11.28 m <sup>2</sup> ）× 9 室                    | 台所・食堂・居間・一般浴室・トイレ |

#### 6 サービスの内容

|                  |                                                                                |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 介護計画立案           | 身体・精神状況を踏まえ、自立支援に向けた個別計画を作成しサービス提供を行います。                                       |
| 介護サービス           | 身体等の状況に応じて実施します。                                                               |
| 食事サービス           | 適時、適温、季節感の味わえる食事を利用者と一緒に作り、楽しみながら食事をします。                                       |
| 機能訓練             | 出来ることは可能な限りご自分で行ってもらうなど、日常の活動を通じての生活リハビリを行います。                                 |
| 生活相談等            | 介護以外の日常に関することも含め相談できます。                                                        |
| 健康管理             | 熱、血圧、脈、体重の測定管理など健康管理に努めます。                                                     |
| 趣味活動<br>レクリエーション | 季節感を味わうことができるような余暇、趣味活動などレクリエーションを生活の中に取り入れて参ります。<br>行事によっては別途参加費がかかるものがございます。 |

#### 7 利用料金

表 1 介護給付サービス・介護給付外サービス

単位：円

|     | 介護保険給付サービス      |          | 介護保険外サービス<br>(当該事業所の設定金額) |              |               |                  |
|-----|-----------------|----------|---------------------------|--------------|---------------|------------------|
| 介護度 | 利用者負担額<br>(1 日) |          | 食 費<br>(1 日)              | 家 賃<br>(1 日) | 光熱水費<br>(1 日) | 利用者負担合計<br>(1 日) |
| 1   | 1 割             | 7 9 3    | 9 5 0                     | 5 0 0        | 7 5 0         | 2,993            |
|     | 2 割             | 1, 5 8 6 |                           |              |               | 3,786            |
|     | 3 割             | 2, 3 7 9 |                           |              |               | 4,579            |

|   |    |          |       |       |       |       |
|---|----|----------|-------|-------|-------|-------|
| 2 | 1割 | 8 2 9    | 9 5 0 | 5 0 0 | 7 5 0 | 3,029 |
|   | 2割 | 1, 6 5 8 |       |       |       | 3,858 |
|   | 3割 | 2, 4 8 7 |       |       |       | 4,687 |
| 3 | 1割 | 8 5 4    | 9 5 0 | 5 0 0 | 7 5 0 | 3,054 |
|   | 2割 | 1, 7 0 8 |       |       |       | 3,908 |
|   | 3割 | 2, 5 6 2 |       |       |       | 4,762 |
| 4 | 1割 | 8 7 0    | 9 5 0 | 5 0 0 | 7 5 0 | 3,070 |
|   | 2割 | 1, 7 4 0 |       |       |       | 3,940 |
|   | 3割 | 2, 6 1 0 |       |       |       | 4,810 |
| 5 | 1割 | 8 8 7    | 9 5 0 | 5 0 0 | 7 5 0 | 3,087 |
|   | 2割 | 1, 7 7 4 |       |       |       | 3,974 |
|   | 3割 | 2, 6 6 1 |       |       |       | 4,861 |

表2 介護給付加算サービス

単位：円

| 加算項目             |   | 内容                                                                   | 利用者負担<br>(1日) |     |
|------------------|---|----------------------------------------------------------------------|---------------|-----|
| サービス提供<br>体制強化加算 | Ⅰ | 以下のいずれかに該当<br>①介護員総数の70%以上が介護福祉士資格者<br>②勤続10年以上の介護福祉士25%以上配置         | 1割            | 22  |
|                  |   |                                                                      | 2割            | 44  |
|                  |   |                                                                      | 3割            | 66  |
|                  | Ⅱ | 介護員総数の60%以上が介護福祉士資格者                                                 | 1割            | 18  |
|                  |   |                                                                      | 2割            | 36  |
|                  |   |                                                                      | 3割            | 54  |
|                  | Ⅲ | 以下のいずれかに該当<br>①介護福祉士資格者50%以上<br>②常勤職員が75%以上配置<br>③勤続7年以上30%以上の介護員を配置 | 1割            | 6   |
|                  |   |                                                                      | 2割            | 12  |
|                  |   |                                                                      | 3割            | 18  |
| 認知症専門ケア加算        | Ⅰ | 日常生活自立度Ⅲ以上の入居者が半数以上<br>指定された研修を修了した職員が1名以上配置                         | 1割            | 3   |
|                  |   |                                                                      | 2割            | 6   |
|                  |   |                                                                      | 3割            | 9   |
|                  | Ⅱ | 認知症専門ケア加算Ⅰを満たし且つ、指定された研修を修了した職員を1名以上配置                               | 1割            | 4   |
|                  |   |                                                                      | 2割            | 8   |
|                  |   |                                                                      | 3割            | 12  |
| 夜間支援体制加算         | Ⅰ | 指定する夜勤時間帯に介護職員1名+介護職員<br>または宿直職員を1名以上配置                              | 1割            | 50  |
|                  |   |                                                                      | 2割            | 100 |
|                  |   |                                                                      | 3割            | 150 |
| 医療連携体制加算<br>Ⅰ    | Ⅰ | 事業所の職員として看護師を常勤換算で1名<br>以上配置                                         | 1割            | 57  |
|                  |   |                                                                      | 2割            | 114 |

|                    |    |                                                                                                                   |    |      |
|--------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
|                    |    |                                                                                                                   | 3割 | 171  |
|                    | ロ  | 正事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置確保                                                                                      | 1割 | 47   |
|                    |    |                                                                                                                   | 2割 | 94   |
|                    |    |                                                                                                                   | 3割 | 141  |
|                    | ハ  | 事業所の職員としてまたは病院、診療所もしくは訪問看護 ST との連携により看護師を1名以上確保していること                                                             | 1割 | 37   |
|                    |    |                                                                                                                   | 2割 | 74   |
|                    |    |                                                                                                                   | 3割 | 111  |
| 医療連携体制加算<br>II     |    | 医療連携体制加算 I を算定し、医療的ケアが必要な入居者が1名以上いること                                                                             | 1割 | 5    |
|                    |    |                                                                                                                   | 2割 | 10   |
|                    |    |                                                                                                                   | 3割 | 15   |
| 生活機能向上連携<br>加算     | I  | リハビリ実施の医療提供施設の医師・PT等が通所リハ等のサービス提供または ICT を活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で助言を行うこと、助言を受けた上で計画作成担当者が生活機能向上を目的とした介護計画を作成すること | 1割 | 100  |
|                    |    |                                                                                                                   | 2割 | 200  |
|                    |    |                                                                                                                   | 3割 | 300  |
|                    | II | リハビリ実施の医療提供施設の医師・PT等が訪問し計画作成担当者と身体状況の評価。また生活機能向上を目的とした介護計画を作成                                                     | 1割 | 200  |
|                    |    |                                                                                                                   | 2割 | 400  |
|                    |    |                                                                                                                   | 3割 | 600  |
| 身体拘束廃止<br>未実施減算    |    | 身体拘束等の適正化の検討委員会を3月に1回以上開催。指針の整備。定期的な研修の実施                                                                         |    | 10%減 |
| 業務継続計画<br>未実施減算    |    | 業務継続計画の策定、年2回以上の定期的な研修・訓練の実施                                                                                      |    | 3%減  |
| 高齢者虐待防止措置未実施       |    | 虐待防止のための指針策定。年2回以上の研修実施。                                                                                          |    | 1%減  |
| 高齢者施設等感染<br>対策向上加算 | I  | 新興感染症発生時に感染者の診療等を実施する医療機関との連携体制構築し、連携の上適切な対応をとる。定期的に開催する研修等に参加し助言や指導を受けていること                                      | 1割 | 10   |
|                    |    |                                                                                                                   | 2割 | 20   |
|                    |    |                                                                                                                   | 3割 | 30   |
|                    | II | 感染症向上加算にかかる医療機関から3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合実地指導を受けていること                                                                | 1割 | 5    |
|                    |    |                                                                                                                   | 2割 | 10   |
|                    |    |                                                                                                                   | 3割 | 15   |
| 新興感染症等施設<br>療費     |    | 入居者が新興感染症に感染した場合、適切な感染対策を行った上で介護サービスを行った場合月に1回5日を限度に算定                                                            | 1割 | 240  |
|                    |    |                                                                                                                   | 2割 | 480  |
|                    |    |                                                                                                                   | 3割 | 720  |

|                 |     |                   |              |     |
|-----------------|-----|-------------------|--------------|-----|
| 若年性認知症利用者受け入れ加算 |     | 若年性認知症利用者を受け入れた場合 | 1割           | 120 |
|                 |     |                   | 2割           | 240 |
|                 |     |                   | 3割           | 360 |
| 介護職員等<br>処遇改善加算 | I   |                   | 所定単位数の 18.6% |     |
|                 | II  |                   | 所定単位数の 17.8% |     |
|                 | III |                   | 所定単位数の 15.5% |     |
|                 | IV  |                   | 所定単位数の 12.5% |     |

注1 該当する(表1)利用者負担合計と(表2)利用者負担の合計が1日の入居料金となります。

注2 表2の加算は、グループホームが対象可能とする項目を総合的に記載してありますので、利用者の皆様にすべて該当するものではありません。詳細については個別に説明申し上げます。

注3 該当する加算項目に変更が生じた場合、入居利用料金に若干の変動があります。

注4 記載金額は1日で計算しております。

注5 利用料金とは別に医療機関受診料金・日常生活費(歯ブラシ・シャンプー等)・おむつ等の購入費・理髪代・教養娯楽費等は自己負担となります。

## 8 サービスの利用方法

|                                        |
|----------------------------------------|
| 利用開始 ⇒ お電話等でお申し込み下さい。職員がお伺いします。        |
| ご利用期間決定後、契約を結びます。                      |
| ※他機関にサービス計画を依頼している場合⇒事前に介護支援専門員に相談下さい。 |

## 9 利用時にご持参していただくもの。

|                                         |                             |       |                                             |
|-----------------------------------------|-----------------------------|-------|---------------------------------------------|
| 介護保険被保険者証                               | その他、障害者手帳など公的証書があればご持参ください。 | 日用品関係 | コップ、食器や電気剃刀など、普段使用しているもの。テレビや家具も必要に応じて可能です。 |
| 印鑑（認印）                                  |                             |       |                                             |
| 健康保険被保険者証                               |                             |       |                                             |
|                                         |                             |       |                                             |
| 衣類、寝具関係                                 |                             |       |                                             |
| ① 下着や衣類は、普段ご自宅で着用しているものなどを好みで適数お持ちください。 |                             |       |                                             |
| ② 寝具は一式ご持参いただきます。                       |                             |       |                                             |

## 10 料金の支払い方法

|        |                      |                 |
|--------|----------------------|-----------------|
| 1 現金   | 利用時、事務室にて受領します。      |                 |
| 2 口座振込 | 北日本銀行岩泉支店のみの利用となります。 | 手数料は利用者負担となります。 |

## 1 1 サービスの終了

|   |                                                                                                                         |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① | サービスを終了する場合は、サービスの終了を希望する日の 30 日前までに文書でお申し出下さい。                                                                         |
| ② | 当事業所のやむを得ない事情により、サービスの提供を終了する場合があります。<br>その場合は、終了 30 日前までに文書で通知します。                                                     |
| ③ | 利用者が、サービス利用料金の支払いを 3 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう再三勧告したにもかかわらず、最終勧告日より 10 日以内に支払わない場合。                                              |
| ④ | 利用者が、正当な理由なくサービスの中止を繰り返した場合。                                                                                            |
| ⑤ | 自動終了 以下の場合には通知がなくても、自動的にサービスを終了します。<br>・利用者が、他の介護保険施設に入所した場合<br>・利用者の要介護認定区分が、自立もしくは要支援 1・要支援 2 と認定された場合<br>・利用者が死亡した場合 |

## 1 2 非常災害時対策

|             |                                                     |          |  |
|-------------|-----------------------------------------------------|----------|--|
| 防 災 時 の 対 応 | 寿生会消防計画により適切な対応を行います。                               |          |  |
| 近隣との協力関係    | 寿生会地域消防協力隊の協力体制                                     |          |  |
| 防 災 訓 練     | 寿生会消防計画により、毎月 1 回の防災訓練の実施<br>(年 2 回は夜間想定を含めた総合防災訓練) |          |  |
| 防 災 設 備     | 消火器・誘導灯                                             | 非常放送装置   |  |
|             | 自動通報システム                                            | 自動火災報知設備 |  |
|             | カーテン等の防災加工                                          |          |  |
|             | 防火扉 2 ヶ所                                            |          |  |

## 1 3 協力医療機関について

|         |                        |              |                |
|---------|------------------------|--------------|----------------|
| 名 称     | 国保田野畑村診療所              | 国保田野畑村歯科診療所  | 済生会岩泉病院        |
| 所 在 地   | 田 野 畑 村 田 野 畑<br>120-3 | 同左           | 岩泉町岩泉中家 19 - 1 |
| 電 話 番 号 | 0194-33-3101           | 0194-33-3100 | 0194-22-2151   |

## 1 4 その他のサービスや留意事項

|     |                                                                                                                         |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 面 会 | 面会は自由ですが、夜間の施錠を 19：00 としておりますので、その後の面会を希望の方は、事前にご連絡をお願い致します。<br>ただし、インフルエンザなど感染症予防の対策が必要になったときなど、一部面会を制限させていただく場合があります。 |
| 喫 煙 | 館内禁煙となっておりますが、希望の際は所定場所での喫煙と致します。                                                                                       |
| 飲 酒 | ご希望によりますが、基本的に晩酌程度とします。                                                                                                 |
| 通 院 | 原則、通院は家族対応となっております。                                                                                                     |

## 1 5 個人情報の保護

- (1) 事業所の従事者は、業務上知り得た利用者またはその家族等の秘密保持を厳守します。
- (2) 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持するとともに、個人情報を開示する場合は、あらかじめ文章にて利用者及び家族等の同意を得るものとします。
- (3) 従業者であった者が、業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。
- (4) 事業所で作成し、保存している利用者の個人情報、記録については、利用者及び代理人はいつでも閲覧できます。

## 1 6 介護事故発生の防止

- (1) 事業者は、事故が発生した時またはそれに至る危険性がある事態が生じた時に当該事実が報告され、その分析を通じた改善策に従業者に周知徹底する体制を整備します。
- (2) 事業者は、事故発生の防止のため従業者に対する研修を行います。

## 1 7 緊急時の対処方法

利用者に容態の変化のあった場合は、「身元引受け確認書」の連絡先に基づき、代理人等へ連絡すると共に、主治医あるいは協力医療機関に連絡し、医師の指示に従います。

## 1 8 苦情処理の方法

利用者及び家族等からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、受付窓口の設置、担当者の配置、事実関係の調査の実施、改善措置、利用者及び家族に対する説明、記録の整備等必要な措置を講ずるものとします。

## 1 9 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に挙げるとおり必要な措置を講じます。

- ・虐待の防止に関する責任者の選定を行います。

【虐待防止に関する責任者】 管理者 工藤 大輝

- ・成年後見制度の利用支援を行います。
- ・苦情解決体制の整備を行います。
- ・従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を行います。
- ・従業者の悩み等を相談できるよう体制を整えます。
- ・介護計画の作成など適切な支援の実施に努めます。