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

重要事項説明書

有限会社　かもん
グループホームやたさん元気村

重要事項説明書

（認知症対応型共同生活介護事業）
（介護予防認知症対応型共同生活介護事業）

共同生活介護サービス又は介護予防サービスを提供するに先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

①　実施主体

名称	有限会社　かもん
所在地	奈良県大和郡山市矢田町4446-4
法人種別	有限会社
代表者名	米田　向志
連絡先	電話 0743-58-2214

②　事業の目的と運営方針

事業目的	指定認知症対応型共同生活介護事業 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業
運営方針	入居者の人権を尊重し、身体拘束を一切しない、ごく普通の家庭生活をエンジョイ出来る様に、入居者の立場に立った介護サービスの提供を行う 地域の方々との交流を図り、能力に応じ自立した日常生活が送れるよう援助を行うことは基より地域福祉の向上に努める

③　事業所

<table>
<tr><td>名称</td><td colspan="7">グループホームやたさん元気村</td></tr>
<tr><td>指定番号</td><td colspan="7">2970300287</td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="7">奈良県大和郡山市矢田町4446-1</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td>電話</td><td colspan="2">0743-53-3469</td><td>ＦＡＸ</td><td colspan="3">0743-53-3469</td></tr>
<tr><td>敷地</td><td colspan="7">493.58㎡</td></tr>
<tr><td rowspan="3">建物</td><td>居室数</td><td>18</td><td>総戸数</td><td>1</td><td>総定員</td><td colspan="2">18名</td></tr>
<tr><td>延床面積</td><td colspan="6">443.27㎡</td></tr>
<tr><td>職員数</td><td colspan="6">13名（常勤者）・1名（非常勤者）</td></tr>
</table>

④　ご利用住居

<table>
<tr><td>名称</td><td colspan="4">グループホームやたさん元気村</td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4">奈良県大和郡山市矢田町4446-1</td></tr>
<tr><td rowspan="2">（管理者）</td><td>氏名</td><td colspan="3">藤田　愛</td></tr>
<tr><td>保有資格</td><td>介護福祉士</td><td>兼務</td><td>（■有・ □無）</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td>電話</td><td>0743-53-3469</td><td>ＦＡＸ</td><td>0743-53-3469</td></tr>
<tr><td>敷地</td><td colspan="4">493.58㎡</td></tr>
<tr><td>建物</td><td>構造</td><td colspan="3">木造2階建</td></tr>
<tr><td></td><td>延床面積</td><td colspan="3">443.27㎡</td></tr>
<tr><td></td><td>居室数</td><td colspan="3">18室</td></tr>
<tr><td></td><td>入居定員</td><td colspan="3">18名</td></tr>
<tr><td>共用施設</td><td colspan="4">台所・食堂・居間　各2室
洗面所１カ所・トイレ３カ所・一般浴室１カ所（１ユニットにつき）</td></tr>
</table>

⑤ 職員体制

	常勤		非常勤		常勤換算	保有資格
	専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1名	0名	0名	0名	1.0名	認知症介護実践者研修・介護福祉士
介護従業者	11名	2名	1名	0名	12.7名	介護福祉士・ホームヘルパー2級
計画作成担当者	0名	2名	0名	0名	1.0名	介護支援専門員・介護福祉士
看護師	0名	1名	0名	0名	0.5名	

※常勤換算＝当該事業所では、１日８時間・週４０時間を常勤換算で１としています。

⑥ 休業日

なし

⑦ サービス内容

（1）介護保険給付サービス

種類	内容	利用料
食事	・入居者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。 ・食材費は給付対象外です。 ・食事は離床して食堂で摂取して頂く様に配慮します。 ・食事時間　朝食　7：00～8：00 昼食 12：00～12：45 夕食 18：00～18：45	要介護度に応じて算出します。 利用料（１日当たり）＝ 下記単位×金１０円×１／１０．２７ ・法定代理受領サービスの場合は、本人負担割合相当額となります。 要支援２　749 単位 要介護１　753 単位 要介護２　788 単位 要介護３　812 単位 要介護４　828 単位 要介護５　845 単位 ・入居日から３０日以内の期間は、１日（３０単位）の初期加算が必要です。また、３０日を超える医療機関等への入院の後に再び入居する場合も同様です。
排せつ	・入居者の状況に応じ適切な排せつの介助と、排せつの自立の援助を行います。	
入浴	・入居者の状況に応じ、適切な入浴の介助と、入浴の自立の援助を行います。 ・週２回の入浴又は清拭を行います。	

日常生活	・離床寝たきり防止のため離床に配慮します。 ・着替えのお手伝いをします。 ・整容身の回りのお手伝いをします。 ・寝具消毒・シーツ交換・健康管理・洗濯 ・居室内清掃 ・役所手続の代行(必要に応じて)	
機能訓練	・離床援助・屋外散歩同行 ・家事共同作業等により生活機能の維持・改善に努めます。	
健康管理医師手配	・入居者の状況に応じ、適切な医師の往診又は医療機関への受診を実施します。 ・感染症の発生及び蔓延を防ぐために必要な措置を実施します。	
相談・援助	・入居者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。	

下記の加算については、当該事業所が厚生労働省の定める加算要件が整った場合に限り必要となります。

・医療連携体制加算(Ⅰ) ３７単位／日 〔加算要件〕
当該事業所に於いて「看取りに関する指針（重度化した場合における対応に係る指針）」を整備し、看護師を配置した場合、若しくは、契約により訪問看護ステーション等（医療機関）の看護師により入居者の日常的な健康管理や医療機関（主治医）との連絡調整を行える体制が整った場合に必要となります。

・退去時相談援助加算 ４００単位／回（退去時）〔加算要件〕
利用期間が一ヶ月を超える入居者の退去時に、福祉サービスについての相談援助を行い、且つ、退居の日から２週間以内に当該入居者の介護状況等の必要な情報提供を行った場合に必要となります。
但し、在宅復帰であり家族等の同意を得た場合です。

・看取り介護加算 ７２単位／日(死亡日以前３１日以上４５日以下)、１４４単位／日（死亡日以前４日以上３０日以下）、６８０単位／日(死亡日以前２日又は３日)、１２８０単位／日(死亡日)〔加算要件〕
医師（主治医）が、医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し、入居者又はその家族等の同意を得て、当該事業所が整備する「看取りに関する指針」に定める介護計画に基づき介護を行うことの同意を得た場合に必要となります。

・認知症専門ケア加算（Ⅰ） ３単位／日〔加算要件〕
認知症日常生活自立度Ⅲ以上の入居者割合が５０％以上となり、認知症介護に係わる専門的研修（認知症介護実践リーダー研修）を修了した者を厚生労働省の定める基準で配置し、技術的指導に係わる会議を定期的に開催する体制が整った場合に必要となります。

・認知症専門ケア加算（Ⅱ） ４単位／日〔加算要件〕
認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、認知症介護の指導に係わる専門的研修（認知症介護指導者研修）を修了した者を（Ⅰ）の基準に加え１名以上配置し、認知症ケアの指導を実施すると共に、当該事業所における研修計画を作成し、研修を実施する体制が整った場合に必要となります。

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　２２単位／日〔加算要件〕
当該事業所の介護従事者の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者の占める割合が７０％以上配置もしくは勤続１０年以上介護福祉士２５％以上配置され、厚生労働省の定める人員基準に適合している体制が整った場合に必要となります。

・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　１８単位／日〔加算要件〕
当該事業所の介護従事者の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者の占める割合が６０％以上配置され、厚生労働省の定める人員基準に適合している体制が整った場合に必要となります。

・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）　６単位／日〔加算要件〕
当該事業所の介護従事者の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者の占める割合が５０％以上、常勤職員の占める割合が７５％以上、勤続年数７年以上の占める割合が３０％以上のいずれかに該当し、厚生労働省の定める人員基準に適合している体制が整った場合に必要となります。

・夜間ケア加算　２５単位／日〔加算要件〕
指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第９０条第１項に規定する夜間及び深夜勤務に必要な数に１を加えた数以上の介護従事者を配置した場合に必要となります。

・認知症行動緊急対応加算　２００単位／日（入居日から７日間）〔加算要件〕
医師が、認知症の行動・心理状態が認められるために在宅での生活が困難であり、緊急に指定認知症共同生活介護を利用することが適当であると判断し、入居した場合に必要となります。

・若年性認知症受入加算　１２０単位／日〔加算要件〕
若年性認知症利用者の方を受け入れ、個別の担当者を定め介護を行った場合に必要となります。

・栄養管理体制加算　３０単位／月〔加算要件〕
管理栄養士(外部との連携含む)が、職員に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上行っている場合に必要となります。

・口腔衛生管理体制加算　３０単位／月〔加算要件〕
歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上行った場合に必要となります。

・口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)　２０単位／回〔加算要件〕
利用開始時及び利用中６月ごとに入居者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を計画作成担当者に文書で共有した場合に必要となります。

・口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)　５単位／回〔加算要件〕
利用開始時及び利用中６月ごとに入居者の口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を計画作成担当者に文書で共有した場合に必要となります。

・科学的介護推進体制加算　４０単位／月(加算要件)
入居者ごとの、ＡＤＬ値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入居者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなど、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している場合に必要となります。

・介護職員等処遇改善加算Ⅰ　介護報酬総単位数×18.6%
　介護職員等処遇改善加算Ⅱ　介護報酬総単位数×17.8%
　介護職員等処遇改善加算Ⅲ　介護報酬総単位数×15.5%
　介護職員等処遇改善加算Ⅳ　介護報酬総単位数×12.5%
　介護職員等処遇改善加算Ⅴ　介護報酬総単位数×6.6～16.3%
当該加算の算定要件を満たす場合の１月当たりの加算料金です。
※加算Ⅰ～Ⅴのいずれか１つを算定します。

・認知症対応型入院時費用　２４６単位／日　６日限度
利用者が病院または診療所への入院を要した場合、1月に6日を限度として所定単位数を変えて1日につき 246 単位を算定

（２）介護保険給付外費用

種類	内容
	これらは介護保険給付の対象外ですので実費をお支払い下さい。
食材料費	・45,000 円／月額
水道光熱費	・30,000 円／月額
季節光熱費	・3,000 円／月額（７月～９月及び１２月～２月）
管理費	・12,900 円／月額 （共用施設の維持管理・事務管理・寄託物管理・生活サービス等に関わる人件費・備品等の費用。）
日常生活費	・4,800 円／月額
居室の利用料	居室の利用は保険給付の対象外ですので実費ご利用料金をお支払い下さい。 ・45,000 円／月額（外泊及び入院時も必要となります）
退去時の原状回復費	・実費（退去される際、原状回復にかかる費用）

⑧　入居に当たっての留意事項

面会	・来訪者は面会の都度、職員に届け出て面会簿の記載をして下さい。・宿泊されるときは必ず、管理者の許可を得て下さい。（原則として、ご家族等の宿泊は禁止しております。）
外出	・外出（事前に連絡して下さい） ・外泊をされる場合は、所定の様式（外出・外泊届）を提出して下さい。
居室の利用迷惑行為等	・設備、備品等は本来の使用方法に従って大切にご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償して頂く事があります。・騒音・雑音等の他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。・承諾なしに他の入居者の居室に立ち入らないで下さい。
所持金等	・原則として、現金等の所持はお控え下さい。・日常生活上、必要となる物品等に関しましてはお預かりしている小口資金から実費充当させて頂きます。

⑨　協力医療機関

名称	一般財団法人　信貴山病院　ハートランドしぎさん
所地	奈良県生駒郡三郷町勢野北 4-13-1
電話番号	0745-72-5006
診察科	心療内科・精神科・内科
入院設備	有り
救急指定	無し
協力関係	・緊急及び救急時の受け入れ ・定期健康診断及び不定期の健康診断 ・受診等
その他	・郡山駅前歯科 ・片桐民主診療所・矢田山診療所 ・原整形外科

⑩　非常災害時の対策

消防計画	別に定めます。 防火管理者:藤田　愛
避難訓練	年２回火災及び地震等を想定した訓練を行います。
防災設備	自動火災報知設備・非常通報設備・ガス漏れ火災警報設備・非常灯設備・誘導灯・消火器・スプリンクラー

⑪　苦情申立

当事業所 (事務所)	相談受付担当者：事業所管理者　藤田　愛 マネージャー　米田　和美 ご利用時間　平日９：００～１７：００ ご利用方法　電話　0743－58-2214 苦情及び心配事等、気兼ねなくご相談下さい。 各市町村介護保険相談窓口 奈良県国保連合会介護苦情係　ＴＥＬ0744-29-8326（AM9：00～PM5：00 土日祝を除く） 0120-21-6899(フリーダイヤル)

⑫　事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、家族等に連絡を行うとともに、適切及び必要な措置を講ずるものとし、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します。
但し、事業所の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

⑬　運営推進会議

入居者及び市町村職員並び地域住民の代表等に対し、提供するサービス内容等を明らかにすると共に地域との連携を保ち、更にはその提供するサービスの質の確保及び向上を図る為に、運営推進会議を設置し２ヶ月に１回程度開催いたしますのでご理解とご参加をお願い致します。

私は、書面に基づいて事業所の職員（　　）から
上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和　　年　　月　　日

入居者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

身元保証人　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

続　柄　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

身元保証人　連絡先

電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

携帯電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿