

# 重要事項説明書 (介護予防)

グループホーム ひふみ

## グループホームひふみのご案内【重要事項説明書】

### 1. 施設の概要

#### (1) ホームの名称等

- ・ホーム名                      グループホームひふみ
- ・開設年月日                   令和2年5月1日
- ・所在地                        沖縄県うるま市石川伊波1023番地3
- ・TEL・FAX: 098-989-3305
- ・管理者名                      長嶺 未駆士
- ・介護保険指定番号           第4790300244号
- ・サービス種類                指定予防認知症対応型共同生活介護

#### (2) 運営方針

グループホームひふみは、認知症によって自立した生活を維持することが困難になった利用者に対して、住み慣れた地域と家庭的な環境のもと、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う事により、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事ができるように支援する。

#### (3) 施設の職員体制

##### ① 管理者                      1名（常勤兼務）

管理者は、運営管理及び職員等の管理を一元的に行うとともに、法令等においての規定に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項において指導命令を行う。

##### ② 計画作成担当者           1名以上（兼務）

入所者ごとのサービス計画を作成し、毎日のサービス提供にあたっての見直しや必要な支援を行う。又、連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、医療機関等との連絡、調整を行う。

##### ③ 介護従業者                3名以上

家庭的な環境の中で利用者と共同生活を営みながら、必要な介護及び支援を行う。

##### 看護師                      1名以上（兼務）

##### ④ 看護師は毎日の健康管理や急変が生じた場合、緊急性の判断や主治医との連携軸に、協力医療機関と速やかな連絡調整など必要な体制をとる。

#### (4) 入居定員   : 定員9名

居室   : ・個室（9室）

#### (5) 共有部分

（室内）: ・食堂・キッチン・多目的ホール・多目的室1（地域交流室）・光庭・トイレ・

脱衣室・浴室・事務室・洗濯室・デッキ玄関ホール

（室外）: ・遊歩道・家庭菜園

### 2. サービスの内容

事業所は、介護保険等の関係法令およびこの契約書に従い、利用者が家庭的な環境のもとでその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むこと出来るよう援助を行います。

#### ① 認知症対応型共同生活介護計画の立案

- 1 サービスの提供開始時に、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、地域における活動への参加の機会の確保等、他の介護事業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した（介護予

防) 認知症対応型共同生活介護計画を作成します。

- 2 利用者に応じて作成した介護計画の内容について、利用者及びその家族に対して、説明し同意を得ます。
  - 3 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、当該 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付します。
  - 4 計画作成後においても、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更を行います。
- ② 食 事 (食事は食堂を中心として、相談の上、自由な時間・場所でおとりできます)
- 1 利用者ごとの栄養状態を定期的に把握し、個々の利用者の栄養状態に応じた栄養管理を行います。
  - 2 食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。
  - 3 嚥下困難者のためのきざみ食、流動食の提供を行います。

朝 食 8時00分～09時00分

昼 食 12時00分～13時00分

夕 食 17時00分～18時00分

- ③ 介 護 (日常生活の支援を行います)
- ④ 入 浴 (入居利用者は、自由にご利用いただきます。ただし相談の上、利用時間を取り決めます。また利用者の身体の状態に応じて清拭をお手伝いする場合があります。)
- ⑤ 排泄介助 (介助が必要な利用者に対して、自立支援を踏まえ、トイレ誘導やオムツ交換を行います。)
- ⑥ 移動・移乗介助 (介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへの移乗の介助を行います。)
- ⑦ 服薬介助 (介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。)
- ⑧ 機能訓練 (日常生活動作を通じた訓練)
- ⑨ レクリエーションを通じた訓練 (利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。)
- ⑪ 相談援助サービス
- ⑫ 理容室サービス (任意)
- ⑬ 若年性認知症 (40歳かた64歳まで) の利用者ごとに担当者を定め、その者を中心にその利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。
- ⑭ その他
- 1 利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。
  - 2 良好な人間関係と家庭的な生活環境の中で、日常生活がすごせるよう、利用者と介護事業者等が、食事や掃除、洗濯、買い物、レクリエーション、外食、行事等を共同で行うよう努めます。
  - 3 利用者・家族が必要な行政手続き等を行うことが困難な場合、同意を得て代わって行います。
  - 4 常に利用者の心身の状況や置かれている環境等の的確な把握に努め、入居者、家族に対し、その相談に応じるとともに、必要な支援を行います。
  - 5 常に家族と連携を図り、利用者・家族との交流等の機会を確保します。
- \*これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますのでご相談ください。

(短期利用共同生活介護)

- ①当事業所は、1ユニットの定員の範囲内で、空いている居室を利用し、短期間の指定認知症対応型共同生活介護（以下「短期利用共同生活介護」という。）を提供する。
- ② 短期利用共同生活介護は1ユニットにつき1名とする。
- ③短期利用共同生活介護の利用は、あらかじめ30日以内の利用期間を定めるものとする。
- ④短期利用共同生活介護の利用に当たっては、利用者を担当する居宅介護支援専門員が作成する居宅サービス計画の内容に沿い、当事業所の計画作成担当者が認知症対応型共同生活介護計画を作成することとし、当該認知症対応型共同生活介護計画に従いサービスを提供する。

3. 利用料金

(1) 基本料金

- ① 施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1日当りの自己負担分です。

|        |                   |
|--------|-------------------|
| ・ 要支援2 | 761円（22,830円/30日） |
| ・ 要介護1 | 765円（22,950円/30日） |
| ・ 要介護2 | 801円（24,030円/30日） |
| ・ 要介護3 | 824円（24,720円/30日） |
| ・ 要介護4 | 841円（25,230円/30日） |
| ・ 要介護5 | 859円（25,770円/30日） |

- ② 利用料の支払い

- ①利用者またはその家族等は事業所に対し、介護保険給付サービス並びに、各種介護保険給付外サービスについて本紙のとりの利用料等を支払います。
- ②事業所は、利用者が支払うべき認知症対応型共同生活介護サービスまたは介護予防認知症対応型共同生活介護サービスに要した費用について、利用者が介護サービス費として市町より給付を受ける額の限度において、利用者に代わって市町より支払い受けします。（以下法定代理受領サービスという）
- ③事業所は、利用者に対し、毎月締めとし、よくつき10日までに当月の利用料等の請求書を送付します。請求書には、利用者が利用した利用単位の内訳、介護保険給付対象と対象外の区別を明記します。
- ④利用者またはその家族等は、当月の利用料等を事業所の指定する方法により翌月21日までに支払います。
- ⑤利用者の故意、過失又は利用者の趣向により、居室又は備品等通常の保守、管理の程度を超える補修が必要となった場合には、その費用を利用者が別途これを負担します。但し、やむを得ない事情があると認められた場合は、利用者の負担を免除することもあります。
- ⑥事業所は、利用者から利用料等の支払を受けたときは利用者に対し、領収書を発行します。領収書には、事業所が提供した介護保険給付の対象となるものと対象外の区別、領収金額の内訳を明記します。

\* 医療連携体制加算（Iハ）

常勤看護師と連携の上、24時間体制（緊急時の連絡体制）を整え、沖縄県の承認を得た場合、上記の料金に1日37円加算されます。

\* 認知症チームケア推進加算（I）

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際に150円/月加算されます。

\* 若年性認知症利用者受入加算

入居の際、年齢が65歳以下の利用者ごとに個別に担当者を定め、そのものを中心に利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供した場合に、上記の料金に一日120

円を加算します。

＊ 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、上記料金に1日30円加算されます。

＊ 看取り介護加算

医師、看護師、介護職員が共同して、入居者の状態又は家族の求めに応じ随時説明を行い、同意のもと、看取り介護が行われた場合に、上記の料金に死亡日45日前～31日前 72円/日 死亡日30日前～4日前144円/日、死亡日の前々日、前日680円/日、死亡日1, 280円/日を加算されます。

・ 退去時相談連携加算

退去時に適切な指導及び退去後に居宅サービスを利用する際に相談援助を行った場合1回に限り400円を加算します。

＊入院後3カ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、1月に6日を限度として246円/日の基本報酬を算定します。

※科学的介護推進体制加算 40円/月

＊利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を認知症対応型共同生活介護の適切かつ有効な提供に活用している場合に算定します。

＊介護職員処遇改善加算（Ⅱ）

「介護職員処遇改善加算」、「介護職員等特定処遇改善加算」、「介護職員等ベースアップ等支援加算」は、「介護職員等処遇改善加算」へと統合されます。介護職員の待遇（給与）を改善するために、御本人負担割合が17.8%となります。法改正により、負担割合の変動がございます。ご家族の皆様には、ご負担が増え、大変心苦しく思いますが、何卒ご理解の程、よろしくお願い申し上げます。

＊振替手数料110円 消費税の改定があった場合は税率に伴い変動があります。

＊ 協力医療機関関連連携加算（短期利用／介護予防除く）協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催している場合100円/月を加算します。

＊ 退居時情報提供加算（短期利用を除く）医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定します。250円/回。

- \* 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加している場合10円／月加算します。
- \* 新興感染症等施設療養費240円／日。入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に1月に1回、連続する5日を限度として算定します。
- \* 業務継続計画見実地減算（所定単位数の3.0%を減算）基準に適合していない場合、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び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）策定すること。
- \* 高齢者虐待防止措置未実施減算（所定単位数の1.0%を減算）虐待の発生又はその再発防止するための以下の措置が講じられてない場合適用します。虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- \* 身体拘束廃止未実施減算（短期利用のみ）（所定単位数の1.0%を減算）身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置が講じられていない場合減算。

① 食費（1日） 1,500円（45,000円/30日）

② 水道光熱費（1日） 583円（17,490円/30日）

③ 家賃（1日） 1,020円（30,600円/30日）

\* 居住費にかかる費用です

\* 外泊及び入院された場合も上記金額は負担となります

\* 上記料金は1ヶ月30日で計算しておりますので、月の日数によっては負担金変動致します。※月途中における入退居について日割り計算としています。

## （2）その他利用料金

① 行事費／1日（その都度実費をお支払いただきます）

小旅行、趣味活動の材料費、行事参加等にかかった費用

② 健康管理費（その都度実費をいただきます）

インフルエンザ予防接種に係る費用でインフルエンザ予防接種を希望された場合にいただきます。また、急な病院受診対応などで発生した受診料金等もお支払いいただきます。

※ 介護保険料の滞納等により、保険給付制限が適応されている場合は、支払方法の変更（介護保険法第66条）に伴い、介護サービス利用料の全額をお支払いただきます。

- 1 利用者またはその家族等は事業所に対し、介護保険給付サービス並びに、各種介護保険給付外サービスについて、本紙のとおり利用料等を支払います。
- 2 事業所は、利用者が支払うべき認知症対応型共同生活介護サービスまたは介護予防認知

症対応型共同生活介護サービスに要した費用について、利用者が介護サービス費として市町より給付を受ける限度において、利用者に代わって市町より支払を受けます。(以下法定代理受領サービスという)

- 3 事業所は、利用者に対し、毎月月末締めとし、翌月 10 日までに当月の利用料等の請求書を送付します。請求書には、利用者が利用した利用単位の内訳、介護保険対象、対象外の区別を明記します。
- 5 利用者の故意、過失又は利用者の趣向により、居室又は備品等通常の保守、管理の程度を超える修復が必要となった場合には、その費用を利用者が別途これを負担します。但し、止む得ない事情があると認められた場合は、利用者の負担を免除することもあります。
- 6 事業所は、利用者から利用料等の支払を受けたときは利用者に対し、領収証を発行します。領収証には、事業所が提供した介護保険給付の対象となるものと対象外の区別、領収金額の打内訳を明記します。

#### 4. 協力医療機関

当ホームでは、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・ 協力医療機関 → 沖縄医療生活協同組合 中部協同病院  
沖縄市美里 1 丁目 31 番 15 号
- ・ 協力歯科機関 → スマイル歯科  
うるま市高江洲 1 0 8 1 - 1 スマイルビル 2F
- ・ 協力医療機関 → 和花クリニック 医療法人社団泰成会  
沖縄県うるま市江洲 1 3 5 - 5 1 階
- ・ 協力医療機関 → マリン在宅クリニック  
沖縄県沖縄市泡瀬 2 丁目 3 - 17 Blue Sky Awase, A-2

#### 5. 施設利用に当たっての留意事項

- (1) 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の対象者は、要介護（要支援者）であって認知症であるもののうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者とし、次のいずれかに該当する者は対象から除かれます。
  - ① 認知症の症状に伴う著しい精神症状を伴う者
  - ② 認知症の症状に伴う著しい行動異常がある者
  - ③ 認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者
- (2) 入居申込者の入居に際しては、主治医の診断書等により、当該入居申込者が認知症の状態にあることの確認を行います。
- (3) 入居申込者が入院治療を要する者であること等、入居申込者に対して自ら必要なサービスの提供が困難であると認められた場合は、他の適切な施設、医療機関を紹介する等の適切な措置を速やかに講じます。
- (4) 利用者の退居に際しては、利用者及びその家族の希望、退居後の生活環境や介護の連続性に配慮し適切な援助、指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等や保険医療、福祉サービス提供者と密接な連携に努めます。

##### ① 居室づくりについて

入居したら、まず利用者の居室づくりから実施していただきます。

居室づくりは、利用者及びご家族により実施していただきますので、ご家庭で使い慣れた寝具などをお持ちください（ただし、部屋の広さの考慮をよろしくお願いします）

また、搬入に関してご相談いただければ、当ホーム職員がお手伝いします。

##### ② 面会について

面会時間は、午前9時から午後18時までとなっております。

その他時間の面会希望については相談の上行います

③ 外出・外泊について

イ) 外出外泊される際は、前日までに職員へ届け出て下さい。

ロ) 外出される際は、午後18時までにご帰所下さい。

ハ) 外出外泊中に急変等が生じた場合は、本人及び保護者(付添い者)の責任で対応していただくとともに、必ず当ホームへ御連絡下さい。

④ 飲酒・喫煙について

イ) 当ホーム内での飲酒は禁止となっております。

ただし、利用者の希望がある場合は都度相談の上、実施を検討していきます

② 当ホーム内は、禁煙となっています。

③ 電話・郵便・小包について

イ) お電話のお取次ぎは、午前9時から午後18時までとなっておりますが、緊急の場合はこの限りではございません。

ロ) 手紙、小包等を出す場合は、事務所にお預け下さい。また配達されてきた小包は、当ホームで預かり職員が直接ご本人にお渡しいたしますが、食料品の郵送はご遠慮下さい。

⑥ 所持品・備品等の持ち込みについて

イ) 電化製品の持込は事前に当ホーム長へご相談の上行ってください。

ロ) 衣類、靴、帽子等の私物については、必ず名前を記入して下さい。

⑦ 金銭・貴重品について

イ) お金や貴重品の紛失・破損については責任を負いかねますので、お持ち込みにならないようお願いします。

ロ) 預金通帳、年金証書等は、当ホームでは一切お預かり致しません。

6. 非常災害対策

① 防火設備 : スプリンクラー、非常放送設備、消火栓、消火器

② 防災訓練 : 年2回以上 6月、12月

③ 対策内容

イ) 当事業所は、消防法第8条に規定する防火管理者を配置します。

ロ) 防火管理者は、消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画を策定し、その計画に基づき非常災害対策を行います。

ハ) 非常災害が生じた場合は、入居者及び従業員の避難等に対し適切な措置を講じます。また、管理者は非常災害に備え、地域協力機関と連携を図り、入居者を含めた総合避難訓練及び従業員に対する防火教育と基本訓練(消火・通報・避難)を年2回、実施します。

7. 禁止事項

当施設では、多くの方に快適な共同生活を送っていただくために、利用者の営利行為、宗教活動、特定の政治活動は禁止します。

8. やむ得ない身体拘束に関する対策

当施設では、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。利用者の身体拘束は行わない。万一、利用者又は他の利用者、職員等の生命又は身体を保護するために緊急止むを得ない場合には、あらかじめ利用者の家族に利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、身体拘束等の対応及び目的、身体拘束を行う時間、期間などの説明を行い、同意を文章で受けた時のみ、その条件と期間内にて身体拘束等を行うことができる。

- ・身体拘束等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。
- ・身体拘束等の適正化のための指針を設備する。
- ・介護職員その他の従業者にに対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。
- ・前項の規定により身体拘束を行う場合には、管理者及び計画作成担当者、介護従事者により検討会議を行う。また経観察記録を整備する。
- ・自傷他害の恐れや、身体拘束その他の行動制限を行う以外代替える看護・介護方法がない。
- ・身体拘束その他の行動制限が一時的である。

その際には、御本人、主治医、ご家族に相談の上実施していきます。また、説明書を用いて説明同意を得、経過観察・再検討記録を記入し随時ご家族へ報告致します。

## 9. 要望及び苦情等の相談

当ホームには、支援相談の専門員として、また入居されている利用者の処遇やケアプランの担当として介護支援専門員が勤務しています。

お気軽にご相談下さい。

|         |
|---------|
| 介護支援専門員 |
| 長嶺 美千代  |

（電話０９８－９８９－９０５７）

要望や苦情なども、所長及び施設介護支援専門員にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。

また、申し出方法としては、「ご意見箱」を利用いただく方法もありますので、正面玄関ホールに備え付けの用紙にてご記入、投函してください。

要望及び苦情などの相談は直接ホームに相談する他に、保険者や関係団体に申し出ることもできますので主な相談先をご案内します。

|                     |                                                                    |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 国民健康保険連合会           | 所在地：〒901-1492 那覇市西3-14-18<br>電話番号：098-863-2321                     |
| うるま市介護長寿課<br>介護給付係  | 所在地：〒904-2292 うるま市みどり町1-1-1<br>電話番号：098-973-3208                   |
| 沖縄県福祉サービス<br>適正化委員会 | 所在地：〒903-8603 那覇市首里石嶺町4-373-1<br>電話番号：098-886-5704 FAX098-882-5714 |
| 第3者委員<br>糸村 栄好      | 所在地：〒904-2226 うるま市宇仲嶺333-3<br>電話番号：098-974-0805                    |

※事業所で提供しているサービス内容や課題などについて、第三者の観点から評価を行っています。

## 10. 事故発生時の対応

- ① 入居者に対する介護予防認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合は、保険者、当該入居者のご家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じるものとします。
- ② 入居者に対する介護予防認知症対応型共同生活介護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。
- ③ 事故に事故については、事業所として事故の状況、経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

## 11. サービス提供の記録

- ① 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等を提供した際には、提供した具体的なサービス内容等の記録をおこなうこととし、その記録は完結の日から５年間保存します。

- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。
- ③ 入居に際して入居年月日及び事業所名称を、退居に際して退居年月日を介護保険者証に記載します。

#### 1 2. 衛生管理等

- ① 入居者の使用する施設、食器その他の設備または飲用する水について、衛生的な管理に努めまたは、衛生上必要な措置を講じるものとする。
- ② 指定介護認知症対応型共同生活介護事業所において感染症が発生し、またはまん延しないよう必要な措置を講じるものとする。
- ③ 事業所における感染症の予防及びまん延防止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。）をおおむね 6 月 1 回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底する。
- ④ 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を設備する。
- ⑤ 事業所において、事業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施する。
- ⑥ 事業所は、感染症の発生又はまん延を防ぐために必要な措置を講じるとともに、従業者に対し定期的に健康診断等を実施する。（年 1 回以上）
- ⑦ 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るものとする。
  - ・ 感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための指針を策定し、対策委員会にて随時意見見直すこと。
  - ・ 感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策委員会をおおむね 6 月に 1 回開催するとともに、その結果について従業者に周知をはかることとする。
  - ・ その他関係通知の遵守、徹底に務めるとともに、必要に応じて保険所の助言、指導を求めるなど関係機関と綿密な連携を保つものとする。

#### 1 3. 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、利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護（指定介護予防認知症対応型共同生活介護）の提供を継続的に実施するための、及び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 従業者に対し、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。
- 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。

#### 1 4. 秘密保持等

- ① 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の従業者は、業務上知り得た利用者又は不要者若しくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしてはならない。
- ② 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の従業者であったものが、正当な理由なく、従業者は業務上知り得た利用者又は扶養者若しくはその家族等に関する秘密を漏らす事が内容、必要な措置を講じなければならない。
- ③ 但し、次の各号については利用者若しくは家族等の同意を得た上で、情報の提供を行える。
  - ・ 利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとする。
  - ・ 介護保険サービスの利用のための市町村、サービス担当者会議等で、居宅介護支援事業所その他の介護保険業者への情報を提供できるものとする。

- ・ その他においても、必要性があり、なおかつ利用者若しくは家族等の同意を得た情報についても提供できるものとする。
- ④ 前項に掲げる事項は、利用終了後も同等の扱いとする。

#### 1 5. 緊急時における対応

- ① 職員は、サービス実施中に利用者の心身の状況に異常その他緊急事態が生じたときには、速やかに主治医又は協力医療機関にて受診などの適切な措置を講じるとともに、管理者に報告しなければならない。
- ② 利用者に健康上の急変があった場合には、関係機関若しくは適切に医療機関と連絡を取り緊急医療等の適切な措置を講じる。
- ③ サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、協力医療機関との連携及び支援の体制を整える。また、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じるものとする。

#### 1 6. 職場におけるハラスメントの防止

- ① 事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の職業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

#### 1 7. 運営推進会議

- ① 指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護が地域に密着し地域に開かれたものにするために、運営推進会議を開催する。
- ② 運営推進会議の開催は、おおむね2か月に1回以上とする。
- ③ 運営推進会議のメンバーは、利用者、利用者家族、町内会役員、民生委員、うるま市の担当職員若しくは事業所が存在する地域を管轄する地域包括支援センターの職員、及び認知症対応型共同生活介護について知見を有するものとする。
- ④ 会議の内容は、事業所のサービス内容の報告及び利用者に対して適切なサービスがおこなわれているかの確認、地域との意見交換、交流等とする。
- ⑤ 運営推進会議の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表する。

#### 1 8. 人権の擁護及び虐待防止のための措置

- ① 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待防止等のため、次の措置を講ずるものとする。
- ② 人権の擁護、虐待の防止等に関する責任者の選定及び必要な体制の設備
- ③ 成年後見制度の利用支援
- ④ 虐待の防止の啓発・普及するための職員に対する研修の実施
- ⑤ 職員は、利用者に対し、以下のような身体的苦痛を与え、人格を辱める等の虐待を行ってはならない。
- ⑥ 殴る、蹴る等直接利用者の身体に侵害を与える行為。
- ⑦ 合理的な範囲を超えて長時間一定の姿勢をとるよう求める行為及び適切な休憩時間を与えずに長時間作業を継続させる行為。
- ⑧ 廊下に出したり、小部屋に閉じ込めるなどして叱ること
- ⑨ 強引に引きずるようにして連れて行く行為。
- ⑩ 食事を与えないこと。
- ⑪ 利用者の健康状態からみて必要と考えられる睡眠時間を与えないこと。
- ⑫ 乱暴な言葉使いや利用者をけなす言葉を使って、心理的苦痛を与えること。
- ⑬ 現に受けているサービスが受けられない旨脅かす等言葉による精神的苦痛を与えること。

- ⑭ 性的な嫌がらせをすること。
- ⑮ 当該利用者を無視すること。
- ⑯ 虐待防止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。）を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護するも者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報ものとする。

## 19. 記録の区分

- ① 設備、備品、職員及び会計に関する諸記録を整備する。
- ② 入居者に対する指定介護認知症対応型共同生活介護の提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から5年間保存するものとする。

## 20. 利用料金表

### ・共同生活住居数が1

|      | 基本単位 | 1割負担額 | 2割負担額  | 3割負担額  |
|------|------|-------|--------|--------|
| 要介護1 | 765  | 765円  | 1,530円 | 2,295円 |
| 要介護2 | 801  | 801円  | 1,602円 | 2,403円 |
| 要介護3 | 824  | 824円  | 1,648円 | 2,472円 |
| 要介護4 | 841  | 841円  | 1,682円 | 2,523円 |
| 要介護5 | 859  | 859円  | 1,718円 | 2,577円 |

### ・短期利用Ⅰ

|      | 基本単位 | 1割負担額 | 2割負担額  | 3割負担額  |
|------|------|-------|--------|--------|
| 要介護1 | 793  | 793円  | 1,586円 | 2,379円 |
| 要介護2 | 829  | 829円  | 1,658円 | 2,487円 |
| 要介護3 | 854  | 854円  | 1,708円 | 2,562円 |
| 要介護4 | 870  | 870円  | 1,740円 | 2,610円 |
| 要介護5 | 887  | 887円  | 1,774円 | 2,661円 |

### 【介護予防認知症対応型共同生活介護費・介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費】

### ・共同生活住居数が1（Ⅰ）

| 基本単位 | 1割負担 | 2割負担   | 3割負担   |
|------|------|--------|--------|
| 761  | 761円 | 1,522円 | 2,283円 |
| 789円 | 789円 | 1,578円 | 2,367円 |

## 加算

|                 | 基本単位 | 1割負担額 | 2割負担額 | 3割負担額 | 算定回数等                   |
|-----------------|------|-------|-------|-------|-------------------------|
| 夜間支援体制加算（Ⅰ）     | 50   | 50円   | 100円  | 150円  | 1日につき                   |
| 夜間支援体制加算（Ⅱ）     | 25   | 25円   | 50円   | 75円   | 1日につき                   |
| 認知症行動・心理症緊急対応加算 | 200  | 200円  | 400円  | 600円  | 1日につき（7日を限度）（短期利用の場合のみ） |

|                         |       |       |         |         |                                       |
|-------------------------|-------|-------|---------|---------|---------------------------------------|
| 若年性認知症<br>利用者受け入<br>れ加算 | 1 2 0 | 120 円 | 240 円   | 360 円   | 1 日につき                                |
| 看取り介護加<br>算★            | 7 2   | 72 円  | 144 円   | 216 円   | 死 亡 日 以 前<br>31 日 以 上 45<br>日 以 下     |
| 看取り介護加<br>算★            | 1 4 4 | 114 円 | 288 円   | 432 円   | 死 亡 日 以 前 4<br>日 以 上 30 日<br>以 下      |
| 看取り介護加<br>算★            | 6 8 0 | 680 円 | 1,360 円 | 2,040 円 | 死 亡 日 の 前<br>日 及 び 前 ヶ<br>日           |
| 初期加算                    | 3 0   | 30 円  | 60 円    | 90 円    | 1 日につき                                |
| 医療連携体制<br>加算（Ⅰ）イ        | 5 7   | 5 7 円 | 1 1 4 円 | 1 7 1 円 | 1 日につき                                |
| 医療連携体制<br>加算（Ⅰ）ロ        | 4 7   | 4 7 円 | 9 4 円   | 1 4 1 円 | 1 日につき                                |
| 医療連携体制<br>加算（Ⅰ）ハ        | 3 7   | 3 7 円 | 7 4 円   | 1 1 1 円 | 1 日につき                                |
| 医療連携体制<br>加算（Ⅱ）         | 5     | 5 円   | 1 0 円   | 1 5 円   | 1 日につき                                |
| 退居時相談援<br>助加算           | 4 0 0 | 400 円 | 800 円   | 1,200 円 | 1 回につき                                |
| 認知症専門ケ<br>ア加算（Ⅰ）        | 3     | 3 円   | 6 円     | 9 円     | 1 日につき                                |
| 認知症専門ケ<br>ア加算（Ⅱ）        | 4     | 4 円   | 8 円     | 12 円    | 1 日につき                                |
| 生活機能向上連<br>携加算（Ⅰ）       | 1 0 0 | 100 円 | 200 円   | 300 円   | 3 月 に 1 回 を<br>限 度 と し て 1<br>月 に つ き |
| 生活機能向上連<br>携加算（Ⅱ）       | 2 0 0 | 200 円 | 400 円   | 600 円   | 3 月 に 1 回 を 限<br>度 と し て 1 月 に<br>つ き |
| 栄養管理体制加<br>算            | 3 0   | 30 円  | 60 円    | 90 円    | 1 月につき                                |
| 口腔衛生管理体<br>制加算          | 3 0   | 30 円  | 60 円    | 90 円    | 1 月につき                                |
| 口腔・栄養スク<br>リーニング加算      | 2 0   | 20 円  | 40 円    | 60 円    | 1 回につき                                |

|                     |               |       |       |       |                                           |
|---------------------|---------------|-------|-------|-------|-------------------------------------------|
| 科学的介護推進体制加算         | 40            | 40円   | 80円   | 120円  | 1月につき                                     |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）     | 22            | 22円   | 44円   | 66円   | 1日につき                                     |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）     | 18            | 18円   | 36円   | 54円   | 1日につき                                     |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ）     | 6             | 6円    | 12円   | 18円   | 1日につき                                     |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）       | 17.8%         | 左記の1割 | 左記の2割 | 左記の3割 | 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（所定単位数）※介護処遇改善加算を除く |
| 協力医療機関連携加算          | 100           | 100円  | 200円  | 300円  | 1月につき<br>（短期利用／介護予防除く）                    |
| 協力医療機関連携加算          | 40            | 40円   | 80円   | 120円  | 1月につき<br>（短期利用／介護予防除く）                    |
| 退居時情報提供加算           | 250           | 250円  | 500円  | 750円  | 1回限り。（短期利用除く）                             |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）   | 10            | 10円   | 20円   | 30円   | 1月につき                                     |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）   | 5             | 5円    | 10円   | 15円   | 1月につき                                     |
| 新興感染症等施設療養費         | 240           | 240円  | 480円  | 720円  | 1日につき<br>（連続する5日を限度）                      |
| 業務継続計画未実施減算         | 所定単位数の3.0%を減算 | 左記の1割 | 左記の2割 | 左記の3割 | 所定単位数の3.0%を減算                             |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算      | 所定単位数の1.0%を減算 | 左記の1割 | 左記の2割 | 左記の3割 | 所定単位数の1.0%を減算                             |
| 身体拘束廃止未実施減算（短期利用のみ） | 所定単位数の1.0%を減算 | 左記の1割 | 左記の2割 | 左記の3割 | 所定単位数の1.0%を減算（短期利用のみ）                     |
| 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）     | 150           | 150円  | 300円  | 450円  | 1月につき<br>（認知症専門ケア加算を算定時は算定不可）             |

|                     |     |      |      |      |                               |
|---------------------|-----|------|------|------|-------------------------------|
| 認知症チームケア推進加算<br>(Ⅱ) | 120 | 120円 | 240円 | 360円 | 1月につき<br>(認知症専門ケア加算を算定時は算定不可) |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)      | 100 | 100円 | 200円 | 300円 | 1月につき                         |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)      | 10  | 10円  | 20円  | 30円  | 1月につき                         |

# グループホームひふみ入居利用同意書

説明・交付日：令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行い交付致しました。

事業者

ホーム名：[ グループホーム ひふみ ]

住 所：[ 沖縄県うるま市石川伊波1023番地3 ]

説 明 者： 印

同意・受領日：令和 年 月 日

本書面に基づいて事業者から重要事項及び利用約款の説明を受け、認知症対応型共同生活介護の提供開始に同意し交付を受けました。

利用者氏名： 印

住 所：[ ]

連 絡 先：[ ]

利用者代理人

氏 名： 印

住 所：[ ]

連 絡 先：[ ]

続柄（ ）

緊急時の連絡先：緊急の場合は、「同意書」のご記入頂いた連絡先に御連絡致します。

グループホーム ひふみ 所長 長嶺 美千代 殿

## 【緊急時の連絡先】

|         |         |   |
|---------|---------|---|
| 氏 名     | (続柄 )   |   |
| 住 所     |         |   |
| 電 話 番 号 | 自 宅 ( ) | — |
|         | 職 場 ( ) | — |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

|                                 |                                        |        |                                             |
|---------------------------------|----------------------------------------|--------|---------------------------------------------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等の意見等の把握する取り組みの状況 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施日    |                                             |
|                                 |                                        | 結果の開示  | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| 第三者による評価の実施状況                   | 2 なし                                   |        |                                             |
|                                 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施日    |                                             |
|                                 |                                        | 評価機関名称 |                                             |
|                                 |                                        | 結果の開示  | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| 2 なし                            |                                        |        |                                             |