

# (介護予防) 認知症対応型共同生活介護

## 重要事項説明書 (令和7年8月1日改定)

### 1 事業者(法人)の概要

法人種別・名称	医療法人・医療法人 徳洲会
代表者名	理事長 東上 震一
本社所在地・連絡先	(住所) 大阪府大阪市北区梅田一丁目3番1-1200号 (電話) 06-6346-2888 (FAX) 06-6346-2889
法人設立年月日	昭和50(1975)年1月9日

### 2 事業所の概要

#### (1) 事業所名及び事業所番号

事業所名	グループホーム 須影ほのぼのホーム
介護保険事業所番号	第 1193900154 号
管理者の氏名	管理者 坂本 敬一
利用定員	2ユニット 18名
所在地・連絡先	(住所) 埼玉県羽生市大字下川崎字八幡前394番1 (電話) 048-594-7373 (FAX) 048-560-7374
利用可能設備等	居室 19室 (1室あたり 12.42 m <sup>2</sup> ) 食堂・リビング 2ヶ所 (1ユニットに1ヶ所ずつ) 浴室 2室 (1ユニットに1ヶ所ずつ) トイレ 8ヶ所 (1ユニットに4ヶ所ずつ)
建物	構造: 木造平屋 延べ床面積: 639.29 m <sup>2</sup>
防災設備・避難設備等	非常ボタン、消火器、非常口、スプリンクラー

#### (2) 事業の目的

本事業は、比較的安定状態にある認知症の要介護者に対して、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、その有する能力に応じて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を目的とします。

#### (3) 運営方針

本事業所において提供する認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。

- ・ 入居者の人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、入居者が必要とするサービスを提供する。
- ・ 常に、提供したサービスの質の評価を行うとともに、定期的に外部のものによる評価を受けて、それらの結果を公表し、常に改善を図る。
- ・ 介護サービスの提供にあたり、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携をはかり、総合的なサービスの提供に努めるものとする。また、地域住民や地域との交流を持ち、社会的環境から孤立しないように努めます。

(4) 職員体制・勤務体制 (各ユニット)

職種	体制	内容	勤務体制
管理者	1名	業務の管理及び職員等の管理を一元的に行う	8:30 ~ 17:00 日勤
計画作成担当者	1名	適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成するとともに、連携する機関や協力医療機関等との連絡・調整等を行う	7:00 ~ 15:30 早番 8:30 ~ 17:00 日勤 11:00 ~ 19:30 遅番
介護職員	6名以上	必要な介護及び支援を提供する	16:30 ~ 翌9:00 夜勤

3 サービスおよび利用料等

(1) 介護保険給付サービス

種類	内容
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画 の作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービスの提供開始時に、入居者の心身の状況、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。</li> <li>入居者に応じて作成した介護計画の内容について、入居者及びその家族に対して、説明し同意を得ます。</li> <li>（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入居者に交付します。</li> <li>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。</li> </ul>
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>献立表により、栄養と入居者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。（ただし、食材料費は給付対象外です。）</li> <li>食事はできるだけ離床して食堂でとつていただけるように配慮します。</li> </ul> <p>（食事時間）朝食 7:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～</p>
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>入居者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。</li> </ul>
入浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>週2回の入浴または清拭を行います。</li> </ul>
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時等には主治医や協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。</li> </ul>
着替え等	<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、適切な整容が行われるよう援助します。</li> </ul>
相談および援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>当施設は、入居者およびその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うよう努めます。</li> </ul>

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があり、その際は料金表の利用料金全額をお支払いください。お支払いと引き換えにサービス提供証明書および領収証（利用料の償還払いを受ける際に必要）を発行します。

## (2) 基本料金

介護保険適用がある場合は、原則として介護保険給付対象サービス点数表の（介護予防）認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）および加算等の単位数に、事業所の所在する地域区分に設定された「1単位の単価」および「介護職員処遇改善加算18.6%」を乗じて算定された基準額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額が負担額となります。

なお、当施設の地域区分は6級地で、1単位の単価は10.27円となっております。

	介護度					
	要支援2	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
基本単位数	749	753	788	812	828	845

## (3) 加算料金

加算項目	適用条件	基本単位数
若年性認知症受入加算	若年性認知症利用者に対する受入を行った場合	120/月
認知症対応型入院時費用	入院を要した場合 (6日/月を限度。ただし、入院の初日と最終日は算定不可)	246/月
医療連携体制加算(Ⅰ)ハ	医療機関等と協力・連携して健康チェック・24時間の連絡体制(看護師の確保)	37/日
協力医療機関連携加算Ⅰ	相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携	100/月
認知症対応型初期加算	入居した日から30日以内の期間 30日を超える入院の後に再入居された日から30日以内の期間	30
退去時情報提供加算	入院のために退所した利用者について、医療機関へ利用者の生活歴や心身の状況など生活に配慮した情報を提供	250/回
科学的介護推進体制加算	入所者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出。 サービス計画を見直すなど、サービスの提供に、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	40/月
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	認知症介護の行動や心理症状の予防や早期発見について、認知症に係る専門的な研修を受けた者を1名以上配置し、かつ、複数の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するケアチームが組織されている	120/月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	新興感染症の発生時に、第二種協定指定医療機関と連携体制を確保していること。また、感染対策の研修・訓練に1年に1回以上参加し、助言や指導を受ける	10/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	職員総数の60%以上が介護福祉士	18/日
新興感染症等施設療養費 1月に1回(連続5日限度)	利用者が、厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合、相談対応や診療、入院調整等を行う医療機関を確保	240/日
介護職員等処遇改善加算(加算Ⅰ)	介護職員の賃金改善に充てることを目的として導入された加算。介護職員の資質向上及び離職防止に向けた取り組みや労働環境の改善を図った事業所がキャリアパス条件に応じて算定	所定単位×186/1000

#### (4) 実費負担料金

- ① 食材料費 (1日につき) : 1,550円 (朝食: 350円 昼食: 600円 夕食: 600円)
- ② 家賃 (1日につき) : 旧棟 (和ユニット) 1,650円、新棟 (笑ユニット) 1,700円
- ③ 水道光熱費 (1日につき) : 700円
- ④ その他の料金 : 日常生活上の便宜に係る費用、外食時の食事代、おむつ代、理美容代、レクリエーションに係る費用等は自己負担となります。

#### (5) 入院期間中等における指定認知症対応型共同生活介護における居住費や食費等の取扱い

##### ① 居室料

入居中は、入院または外泊があっても部屋の確保は継続しているため、100%請求させていただきます。入退居の際は日割り計算となります。

入院が2週間以上継続した場合、その時点で退居扱いとさせていただく場合があります。但し、退院の見込みがある場合には、ご家族と協議の上判断させていただきます。

##### ② 水道光熱費および食費

外泊、入院、入居や退居等で1ヶ月すべて入居されなかった場合は、日割り計算となります。

#### (6) 支払い方法

当月分の利用料を翌月の15日までに請求いたします。お支払いは入居者指定口座からの自動振替が原則となります。ただし、自動振替が開始されるまでは事務所での現金払いとさせて頂きます。

### 4 協力医療機関

名称	診療科目	所在地
羽生総合病院	内科 外科 循環器科 整形外科 泌尿器科など	埼玉県羽生市大字下岩瀬 446 番地
羽生訪問看護ステーション	訪問看護	埼玉県羽生市大字下岩瀬 446 番地
木村歯科医院	歯科	埼玉県羽生市中央 2-7-10
加須ふれあいクリニック	内科・小児科・外科・泌尿器科	埼玉県加須市下三俣 1790-1

### 5 協力介護機関

名称	所在地
介護老人福祉施設 くわの実	埼玉県羽生市大字下新郷 660 番地
介護老人保健施設 あいの郷	埼玉県羽生市大字桑崎 196 番地 1

### 6 苦情相談機関

施設苦情対応窓口	窓口責任者 坂本 敬一
----------	-------------

又は、当事業所以外に、市町村の相談、苦情窓口、埼玉県国民健康保険連合会に苦情を伝えることができます。

埼玉県国民健康保険団体連合会(国保連) TEL 048-824-2568

羽生市役所(介護保険担当係) TEL 048-561-1121

## 7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに施設管理者、入居者の主治医、協力医療機関、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）等へ連絡します。

緊急時連絡先 (家族等)	氏名（継柄）	(継柄： )
	住 所	
	電 話 番 号	

## 8 面会・通院について

- ① 面会は、月曜日～日曜日の午後 13：30～16：30としております。面会時間は原則 30 分程度となります。飲食は原則禁止となりますのでご協力お願いいたします。  
尚、面会時は検温と面会カードのご記入をお願いします。
- ② 通院等の付き添いは、原則ご家族でお願い致します。
- ③ 飲酒・喫煙等は、指定の場所で職員の管理の下で行うことができます。
- ④ 感染症の蔓延状況や災害などによっては、制限させていただく場合がございます。

## 9 非常災害対策

非常災害が発生した場合、介護職員は業務継続計画（BCP）に沿って入居者の適切な避難に努めます。非常災害に備え、定期的に地域の協力機関と連携を図り、避難訓練を行います。

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- ② 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を年2回行います。

## 10 運営推進会議の設置

当事業所は、認知症対応型共同生活介護サービス提供にあたり、定期的な報告とともに、その内容等について評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

- ① 構成：入居者、入居者の家族、地域住民の代表者、民生委員、地域包括支援センター職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等
- ② 開催：12ヶ月に6回以上の開催
- ③ 会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

## 11 サービス利用にあたっての留意事項

- ② サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- ② 事業所内の設備や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、弁償していただく場合があります。
- ③ 他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ④ 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ⑤ 事業所内での他の入居者や職員に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

令和 年 月 日

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】の提供開始にあたり、入居者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

【事業者】 事業者名 医療法人 徳洲会

住所 大阪府大阪市北区梅田一丁目 3 番 1-1200 号

代表者名 理事長 東上 震一 印

【事業所】 グループホーム 須影ほのぼのホーム (事業所番号 1193900154)

【説明者】 氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から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】についての重要な事項の説明を受けました。

【入居者】 住所

氏名 印

入居者は、身体の状況等により署名ができないため、入居者本人の意思を確認のうえ、私が入居者に代わって、その署名を代筆しました。

【署名代筆者】 住所

氏名 印 【続柄】

【身元引受人】 住所

氏名 印 【続柄】