

# 短期利用共同生活介護及び介護予防短期利用共同生活介護（緊急時短期利用含む）

## グループホームますとく 重要事項説明書

### 1、事業主体概要

|       |                                                                               |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 事業主体名 | 有限会社 増徳                                                                       |
| 所在地   | 〒321-4406 栃木県真岡市京泉 2 2 0 3 - 2 0                                              |
| 連絡先   | 電話：0 2 8 5 - 8 1 - 5 7 7 5                      F A X：0 2 8 5 - 8 1 - 5 0 0 1 |
| 事業所番号 | 0 9 9 0 9 0 0 0 8 6                                                           |

### 2、グループホームの概要

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 名称       | グループホームますとく                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 目的（短期利用） | 各共同生活住居の定員の範囲内で、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。）を提供します。<br>認知症高齢者の福祉と生活の質の向上を図るとともに、家族の身体的・精神的負担の軽減を図り、在宅介護生活の安定につなげていくことを目指します。                                                                                                                                                                                    |
| 緊急時短期利用  | 利用者の状況や利用者家族等の事情により、居宅介護支援専門員が緊急に必要と認めた場合等、居宅サービス計画に位置づけず、定員を超えての受け入れを行うことで、地域における認知症ケアの拠点として在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズを受け止めることができるようにします。                                                                                                                                                                                                       |
| 運営方針     | ① 事業者において提供する介護は、介護保険法及び関係法令の趣旨及び内容に沿ったものとします。<br>② 家庭的な環境のもとで、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう各種サービスを提供します。<br>③ 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、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します。<br>④ 利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明します。<br>⑤ 適切な介護技術を持ってサービスを提供します。<br>⑥ 常に、提供したサービスの質の管理・評価を行います。 |

### 3 職員体制

※当事業所では、以下の職種の職員を配置し、指定基準を遵守しています。

|                  |                                                                                       |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 職種               | 指定基準                                                                                  |
| 管理者              | 1 名以上                                                                                 |
| 計画作成担当者          | 1 名以上（1 人以上は介護支援専門員）                                                                  |
| 介護職員<br>（常勤換算方法） | 夜間及び深夜の時間帯以外で利用者 3 名又はその端数を増すごとに 1 名以上。<br>夜間及び深夜の時間帯（21 時 30 分～翌 5 時 00 分）を通じて 1 名以上 |

### 4 施設利用にあたっての留意事項

当施設のご利用にあたっては、下記の留意事項をお守り頂きご利用下さい。

|        |                                      |                                      |
|--------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 利用期間   | 短期                                   | ・あらかじめ30日以内の利用期間を定めるものとします。          |
|        | 緊急時                                  | ・7日以内(利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内) |
| 利用定員   | ・短期利用 2 名    ・緊急時短期利用 2 名            |                                      |
| 所持品の管理 | ・必要な家具・衣類等をお持ちください。ただし、火気類（煙草・ライター・マ |                                      |

|            |                                                                                                                         |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | <p>ッチ類等）多額の現金・貴重品・ペット等の持込みはご遠慮ください。（刃物、針などは事務所での預かりとなります）</p> <p>・持ち込みもの全てに名前の記入をお願いします。紛失した場合、責任を負いかねます。</p>           |
| 喫煙         | <p>・火災の恐れがあるため敷地内禁煙とします。</p>                                                                                            |
| 救急時対策に係る事項 | <p>・サービス利用中に心身の状態に異常が見られた場合、その他事業所での判断が困難時にはご家族に状況を報告し、意向を確認の上対応をお願いします。</p>                                            |
| 医療処置のある方   | <p>・必要な薬、処置道具はご持参ください。</p> <p>・医療処置の内容について事前にご相談下さい。</p>                                                                |
| 事故発生時の対応   | <p>・サービス提供により事故が発生した場合はご家族・保険者に連絡するとともに必要な措置を講じます。個人の過失事故については自己責任とします。</p>                                             |
| 同性介護に係る事項  | <p>・事業所の介護スタッフは女性・男性ともに所属しております。この為利用される日の勤務シフトによっては異性の介護スタッフが担当させて頂く場合がございますので予めご了承下さい。</p>                            |
| 設備・器具の利用   | <p>・事業所内の設備、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って破損等が発生した場合、賠償していただくことがあります。</p>                                            |
| 迷惑行為等      | <p>・暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷、ハラスメント、無断での写真・動画撮影、録音等を SNS に掲載する等の迷惑行為はご遠慮願います。健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合はサービス中止や契約を解除することがあります。</p> |
| 宗教活動・政治活動  | <p>・事業所内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。</p>                                                                              |
| 面会         | <p>・面会はいつでも可能です。ただし、防犯上や利用者の生活リズムを整える理由から面会時間を 8 時から 20 時をお願いします。</p>                                                   |
| 外出・外泊      | <p>・原則として外出、外泊は自由です。身元引受人の承諾を求めることがあります。</p>                                                                            |

## 5 サービス及び利用料金

### （１）保険給付対象サービス

| 介護度                                                           | 単位数        | 短期利用（緊急時含む）                                                     | 介護度                           | 単位数        | 短期利用（緊急時含む） |
|---------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------|-------------|
| 要支援 2                                                         | 7 7 7 単位／日 |                                                                 | 要介護 3                         | 8 4 1 単位／日 |             |
| 要介護 1                                                         | 7 8 1 単位／日 |                                                                 | 要介護 4                         | 8 5 8 単位／日 |             |
| 要介護 2                                                         | 8 1 7 単位／日 |                                                                 | 要介護 5                         | 8 7 4 単位／日 |             |
| 認知症緊急対応加算：認知症の行動・心理症状により在宅での生活が困難になった場合に加算されます。（入所日から 7 日間限度） |            |                                                                 |                               |            | 2 0 0 単位／日  |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ：                                                  |            | 介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組を行う事業所に認められる加算です。区分支給限度基準額の対象外です。 | 1 ヶ月あたりの当事業所<br>所定総単位数の 11.1% |            |             |
| 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ：                                               |            |                                                                 | 所定総単位数の 3.1%                  |            |             |
| 介護職員ベースアップ等支援加算：                                              |            |                                                                 | 所定総単位数の 2.3%                  |            |             |
| 医療連携体制加算（Ⅰ）イ：※同意書を参照願います。                                     |            |                                                                 |                               |            | 5 7 単位／日    |
| 夜間支援体制加算（Ⅱ）：見守り機器を導入した事業所の加算です。                               |            |                                                                 |                               |            | 2 5 単位／日    |
| 新興感染症等施設療養費：パンデミック発生時、月に一回、連続 5 日限度                           |            |                                                                 |                               |            | 2 4 0 単位／日  |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）：継続的なテクノロジーの活用推進と業務改善の取組成果が評価された事業所に加算されます。     |            |                                                                 |                               |            | 1 0 単位／月    |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）：介護職員の総数のうち介護福祉士が 6 0 % 以上である場合に加算されます。        |            |                                                                 |                               |            | 1 8 単位／日    |

(2) 条件を満たす場合にのみ加算される料金

|                                                                                                                                                                              |      |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|
| 若年性認知症利用者受入加算：若年性認知症利用者ごとの担当者を中心に、特性やニーズに応じたサービスを行った場合に加算されます。                                                                                                               |      | 1 2 0 単位／日      |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ）：理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師と計画作成担当者が共同して身体状況等の評価を行った場合に加算されます。                                                                                                        |      | 2 0 0 単位／月      |
| 事業所の地域区分                                                                                                                                                                     | 7 級地 | 1 単位あたり 10.14 円 |
| 利用者様のご利用になったサービス内容に、上記の所定単位数を合算し、その合計単位数に当該地域区分による 1 単位あたり 10.14 円を乗じた金額のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとします。金額換算時に生じる小数点以下の端数は「切り捨て」となります。<br>負担割合は個人ごとに異なります。お手元の負担割合証をご確認ください。 |      |                 |

(3) その他の費用

|                                                                            |                                                                                     |       |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 食費                                                                         | 1, 580円／日 朝350円 昼550円 夕550円 おやつ130円<br>(行事食等で金額が変更になることがあります)                       |       |
| 利用のキャンセルに係る事項                                                              | ・食事をキャンセルさせる場合はあらかじめ事業所にご連絡ください。なお、ご連絡をいただけない場合については下記の表の内容でキャンセル料を頂きます。            |       |
|                                                                            | 前々日の17時まで申し出があった場合                                                                  | 無料    |
|                                                                            | 上記を超えた場合                                                                            | 食費相当額 |
| 居室費用（滞在費）                                                                  | 2, 240円／日                                                                           |       |
| 居室修繕費                                                                      | 居室等は原状回復をお願いします。居室の清掃費用および利用状況により発生する修復費用、利用者の過失による器物破損費用等は全額負担していただきます。            |       |
| オムツ・パット類                                                                   | 実費料金：事業所代理購入のため事業所の料金設定額を頂きます。<br>個別に応じて適切なものを使用するため、持ち込みの場合は購入品名を指定させていただく場合があります。 |       |
| 実費                                                                         | 理美容代・特別食（行事食・出前・酒・ジュース等）その他日常生活上必要なものや交通費・入場料・旅館等宿泊代等利用者負担が適当と認められるもの               |       |
| 送迎費用                                                                       | 原則として、入退去時の送迎はご家族様にてお願いします。                                                         |       |
| 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由についてご説明します。 |                                                                                     |       |

6 苦情の受付

|         |                                |
|---------|--------------------------------|
| 苦情解決責任者 | 管理者                            |
| 受付時間    | 毎週月曜日～金曜日 8時30分～17時00分（祝祭日を除く） |

7 行政機関等その他の苦情受付機関

|      |                                   |
|------|-----------------------------------|
| 名 称  | 栃木県国民健康保険団体連合会                    |
| 住 所  | 宇都宮市本町3番9号 栃木県本町合同ビル6階            |
| 受付時間 | 午前8時30分 ～ 午後5時00分（土・日・祝祭日を除く）     |
| 電話番号 | TEL 028-643-2220 FAX 028-643-5411 |
| 名 称  | 真岡市いきいき高齢課介護保険係                   |
| 住 所  | 真岡市荒町 5191                        |
| 受付時間 | 午前8時30分 ～ 午後5時00分（土・日・祝祭日を除く）     |
| 電話番号 | TEL 0285-83-8094 FAX 0285-83-8554 |

|      |                                            |
|------|--------------------------------------------|
| 名 称  | 栃木県運営適正化委員会                                |
| 住 所  | 宇都宮市若草 1-10-6 とちぎ福祉プラザ内                    |
| 受付時間 | 午前 9 時 00 分 ～ 午後 4 時 00 分（土・日・祝日・年末年始を 除く） |
| 電話番号 | TEL 028-622-2941 FAX 028-622-2316          |

## 8 秘密保持と情報の提供

|      |                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------|
| 秘密保持 | 従事者は、業務上知り得た利用者または家族の秘密を保持します。従事者でなくなった後においてもこれを保持すべき旨を雇用契約の内容とします。 |
|------|---------------------------------------------------------------------|

## 9 非常災害時の対策

|        |                                                                                                                                                          |          |         |        |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------|--------|
| 非常時の対応 | サービス提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力医療機関等との連携方法を確認し、災害時には、避難等の指揮をとります。非常災害に備え、年 2 回の避難訓練を行います。別途定める消防計画に則って対応します。 |          |         |        |
| 防災設備   | 避難口（非常口）                                                                                                                                                 | 消火器      | 誘導灯     | 防火カーテン |
|        | 非常通報装置                                                                                                                                                   | 自動火災報知設備 | スプリンクラー |        |

## 10 衛生管理

事業所の設備及び備品等については、消毒等の衛生的な管理に努めています。また、空調設備により適温の確保に努めています。従業者の健康管理を徹底し、従業者の健康状態によっては、利用者との接触を制限する等の措置を講ずるとともに、従業者に対して手洗い、うがいを励行する等、衛生教育の徹底を図っています。

### 1.1 運営推進会議の設置

事業の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため運営推進会議を設置します。

### 1.2 身体拘束について

事業者は、利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また、身体的拘束等適正化のため指針を整備するとともに定期的な研修の実施や 3 月に 1 回以上検討委員会を開催する等の取り組みを積極的に行います。

### 1.3 虐待防止について

虐待を防止するための研修や委員会を開催するとともに、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には市町村に通報します。

### 1.4 業務継続計画の策定

感染症や非常災害等の発生時においても事業の提供を継続的に実施するための計画を策定し必要な措置を講じます。

### 1.5 協力医療機関

| 協力医療・歯科機関名             | 所 在 地            | 電話番号         |
|------------------------|------------------|--------------|
| 福田記念病院                 | 真岡市並木町 3-10-6    | 0285-84-1171 |
| さつきホームクリニック 益子         | 益子町長堤 574-1      | 0285-81-5137 |
| 西真岡アクセプトインターナショナルクリニック | 真岡市田島 310-2      | 0285-83-2366 |
| まもろうクリニックしらさぎ          | 上三川町しらさぎ 1-41-17 | 0285-56-7007 |

|        |            |              |
|--------|------------|--------------|
| 及川歯科医院 | 益子町益子 2056 | 0285-72-2234 |
|--------|------------|--------------|

## 1 6 緊急時の対応方法

|                                                      |              |  |
|------------------------------------------------------|--------------|--|
| 事故発生時や利用者の体調悪化時の緊急時の対応方法                             |              |  |
| 利用者の主治医                                              | 医療機関名<br>担当医 |  |
|                                                      | 所在地          |  |
|                                                      | 電話           |  |
| 緊急時の連絡先 家族等<br>(第一連絡先)                               | 氏名および<br>続柄  |  |
|                                                      | 電話           |  |
| 緊急時の連絡先 家族等<br>(第二連絡先：第一連絡先<br>で連絡がつかなかった場合<br>の連絡先) | 氏名および<br>続柄  |  |
|                                                      | 電話           |  |

(介護予防) 指定認知症対応型共同生活介護サービス・(介護予防) 短期利用共同生活介護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ました。

説明日 令和 年 月 日

事業者名：(介護予防) 認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム ますとか

住所：栃木県真岡市京泉 2 2 0 3 - 2 0

電話：0 2 8 5 - 8 1 - 5 7 7 5 説明者氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の交付・説明を受け、(介護予防) 指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意しました。

確認・同意日 令和 年 月 日

ご利用者さま住所

氏名 印

私は本人の意思を確認し、本人に代わり上記署名を行いました。

代理人住所

氏名 印

## 個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 記

#### 1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員・介護認定 調査員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。
- (4) 万が一施設外に徘徊し、搜索等必要性が生じた場合に情報提供する場合
- (5) 苦情解決・運営評価等に伴う行政機関等との間で介護記録の閲覧が生じた場合
- (6) 広報誌発行に伴う顔写真の掲載

#### 2 個人情報を提供する事業所

- (1) 介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）
- (3) 搜索等を依頼する警察署・消防署・近隣住民等
- (4) 利用者家族（顔写真の掲載）
- (5) 行政機関

#### 3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

#### 4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和        年        月        日

事業所の名称 グループホーム ますとか 殿

個人情報の利用について同意いたします。

利用者      住 所

氏 名

印

代理人      住 所

氏 名

印