

「(介護予防) 認知症対応型共同生活介護」
重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けてます。

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護
介護保険事業所番号 第 4370200984 号

社会福祉法人 ま心苑会

グループホームま心

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 ま心苑会
代表者名	理事長 山本 正
所在地・連絡先	住所：熊本県八代市敷川内町2251番地の1 電話：0965-31-7600 FAX：0965-31-6067

2 事業所の概要

事業の名称	グループホームま心
所在地・連絡先	住所：熊本県八代市敷川内町2243-2 電話：0965-31-7600 FAX：0965-31-7620
事業所番号	4370200984
管理者氏名	松永 基希

3 事業の目的及び運営方針

(1) 目的

社会福祉法人ま心苑会が設置する「グループホームま心」が行う認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護の事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護職員等の従業者が、要介護又は要支援状態であって認知症状態にある高齢者に対し、適正な認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とします。

(2) 運営方針

- ① 利用者の認知症症状の進行を緩和するよう、家庭的な環境の下で、利用者それぞれの役割をもって、安心して日常生活を送ることができるよう配慮を行います。
- ② 介護職員は、認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画（以下「認知症対応型共同生活介護計画」という）に基づき、万全かつ画一的なものとならないよう配慮すると共に、懇切丁寧を旨とし、利用者や家族に対し、サービスの提供方法について理解しやすいよう説明を行います。
- ③ サービス提供を行う上で、利用者本人や他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体の拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないようにします。
- ④ 事業所は、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。

事 項	内 容
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画の作成及び事後評価	計画作成担当者が、利用者の直面している課題等を評価し、利用者の希望を踏まえて、介護職員と協議の上、認知症対応型共同生活介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（ケース記録）に記載して利用者に説明のうえ、要望があれば交付します。
職員研修	施設内外の研修に参加します。

4 設備の概要

(1) 構造等

建 物	構 造	鉄骨造平屋建
	延べ面積	323.1㎡
	利用定員	9名

(2) 居室

居室の種類	室数	面積（一人あたりの面積）	備 考
1 人 部 屋	9 室	109.96㎡（12.22㎡）	他押入れ面積（1.32㎡）

(3) 主な設備

設 備	室数	面 積	備 考
居間・食堂	1 室	75.17㎡	
浴 室	1 室	10.83㎡	

5 職員の体制

職 種	人数	区 分				職務の内容
		常 勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管 理 者	1		1			職員及び業務管理
介護計画作成担当者	1		1			認知症対応共同生活介護計画の作成
介護職員	9	7	1		1	介護サービスの提供

6 職員の勤務体制

職 種	勤務体制	休 日
管理者	常 勤	9 日／月
介護支援専門員	常 勤	9 日／月
介護職員	早 出 7：00～16：00 日 勤 8：00～17：00 遅 出 10：00～19：00 夜 間 16：30～ 9：30 21時～6時は夜勤業務	9 日／月

7 サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
日常生活の援助	食事、掃除などの家事や入浴、排泄のお手伝いをを行います。
機能訓練	機能回復訓練・歩行訓練・個別運動等
レクリエーション等	次のような余暇活動を実施しています。 1) 菜園活動 2) 習字、手芸、音楽活動 3) 散歩、ショッピング、野外活動
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。

イ 費用

原則として料金表の利用料から介護保険給付額を差し引いた差額分（「介護保険負担割合証」に記載された負担割合）が、利用者の負担額となります。利用者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額となります。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の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と領収書を発行します。

サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

【料金表】

(1) 基本的な費用（1日あたり）（円／介護保険給付90%（自己負担が1割）の場合）

要介護度	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①サービス利用料金	7,610円	7,650円	8,010円	8,240円	8,410円	8,590円
②うち、介護保険から給付される金額	6,849円	6,885円	7,209円	7,416円	7,569円	7,731円
③サービス利用に係る自己負担額	761円	765円	801円	824円	841円	859円

(2) その他加算（1日あたり）（円／介護保険給付90%（自己負担が1割）の場合）

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	勤続年数10年以上の介護福祉士 25%以上配置	22 単位
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	介護福祉士 60%以上配置	18 単位
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	勤続年数7年以上の職員が 30%以上配置	6 単位
医療連携体制加算Ⅰ(イ)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること。 ① 事業所の職員である看護師、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。 ② 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。 	57 単位
医療連携体制加算Ⅰ(ロ)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置していること。 ・医療連携体制加算Ⅰ(イ)の要件①、要件②を満たしていること。 	47 単位
医療連携体制加算Ⅰ(ハ)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の職員として、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保していること。 ・医療連携体制加算Ⅰ(イ)の要件①、要件②を満たしていること。 	37 単位

医療連携体制加算Ⅱ	<ul style="list-style-type: none"> ・医療連携体制加算Ⅰのいずれかを算定していることが要件。 ・算定日が属する月の前3ヶ月間において次のいずれかに該当する状態の入居者が1人以上であること。 <p>① 喀痰吸引を実施している状態、②経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態、③呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態、④中心静脈注射を実施している状態、⑤人工腎臓を実施している状態、⑥重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態、</p> <p>⑦人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態、⑧褥瘡に対する治療を実施している状態、⑨気管切開が行われている状態、⑩留置カテーテルを使用している状態、⑪インスリン注射を実施している状態</p>	5 単位
入院時費用	<p>入院後3ヶ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</p> <p>(1ヶ月に6日が限度)</p>	246 単位
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	<p>認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が入居者の1/2以上日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する方認知症介護実践リーダー研修者1名以上配置</p>	3 単位
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	<p>認知症専門ケア加算(Ⅰ)の要件を満たし、かつ認知症介護指導者研修終了者を1名以上配置</p>	4 単位
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	<p>① 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上であること。</p> <p>② 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応(以下「予防等」という。)に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係</p>	150単位 ／月

	<p>る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。</p> <p>③ 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。</p> <p>④ 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こと。</p>	
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症チームケア推進加算(Ⅰ)の①③・④に掲げる基準に適合すること。 ・認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。 	120単位 ／月
初期加算	入所後30日と日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する方は入院1ヶ月を超え退院日から30日	30単位
口腔衛生管理体制加算	管理栄養士が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行うこと	30単位 ／月
栄養管理体制加算	管理栄養士が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行うこと	30単位 ／月
口腔・栄養スクリーニング加算	利用者に対し、利用開始時及び利用中6ヶ月毎に口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を担当する計画作成担当者に提供した場合 (6ヶ月に1回が限度)	20単位 ／回

生活機能向上連携加算（Ⅰ）	通所リハビリテーションを実施している事業所の理学療法士等や医師からの助言を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等する	100単位 ／月
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問して行う場合	200単位 ／月
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。	120単位
科学的介護推進体制加算	利用者毎の ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に LIFE にて少なくとも 3 ヶ月に 1 回提出する。必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって情報その他の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する。	40単位 ／月
退居時情報提供加算	医療機関へ退所する入居者等について、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（一人につき 1 回限り算定）	250単位 ／回
退居時相談援助加算	利用期間が 1 ヶ月を超える入居者が退居するにあたり、退居後の相談援助と、退所後のサービス提供者への情報提供を受けた場合に算定する。（一人につき 1 回）	400単位
協力医療機関連携加算（Ⅰ）	① 入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。 ② 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。 ③ 入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要する	100単位 ／月

	と認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。①～③の要件を満たす協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催していること。	
協力医療機関連携加算(2)	上記以外の協力医療機関と連携している場合	40単位 ／月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。 ・協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応していること。 ・診療報酬における感染対策向上加算又は外来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こと。 	10単位 ／月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	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から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること。	5単位 ／月
新興感染症等施設療養費	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(1ヶ月に1回、連続する5日を限度算定)	240単位

生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)の要件を満たし、(Ⅱ)のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。 ・ 見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること ・ 職員間の適切な役割分担の取組を行っていること ・ 1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンラインによる提出)を行うこと。 	100単位 ／月
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。 ・ 見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。 ・ 1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供(オンラインによる提出)を行うこと。 	10単位 ／月
夜間支援体制加算(Ⅱ)	<p>①夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が、認知症対応型共同生活介護事業所を構成する共同生活住居の数に1を加えた数以上であること。</p> <p>②1ユニット1人配置し、事業所ごとに常勤換算方法で0.9人以上の夜勤職員を加配すること。見守り機器の利用者に対する導入割合10%。利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。</p> <p>①又は②の要件を満たすこと。</p>	25 単位
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 18.6%	
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の 17.8%	
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の 15.5%	

介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数の 12.5%
----------------	--------------

※総単位数に介護職員等処遇改善加算のいずれかを加え、地域区分その他(10円/単位)を乗じた合計金額に負担割合証に応じた負担割合が利用者負担となります。

※ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)のいずれかは、原則全員対象となります。

※ 医療連携体制加算Ⅰ(イ)・Ⅰ(ロ)・Ⅰ(ハ)のいずれかは、原則全員対象となります。

※ 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)と、認知症専門ケア加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)は重複算定になりません。

※各種加算の算定に関しては、ご入居者様毎に異なります。

(3) その他の費用

*その他の費用として、次に掲げる費用の額の支払いを利用者から受けるものとします。

項目	金額	内容
家賃	3,4000円/月	
共益費	6,000円/月	火災・車両保険料、補修修繕費、電話代、教材費等
光熱水費	12,000円/月	水道、ガス、電気代
食事代	1,550円/日	朝食350円/昼食500円/夕食500円/おやつ200円
紙オムツ	130円/枚	
紙パンツ	100円/枚	
尿取りパッド	30円/枚	
長時間用パッド	60円/枚	
テープ付き尿取りパット	40円/枚	
その他の日常生活費	実費	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活の身の回り品(歯ブラシ・化粧品等) ・私物の洗濯代(外部のクリーニング店が行うもの) ・契約者の嗜好による「贅沢品」等 ・家族等が希望した嗜好品・調味料や日用品等
理美容代	1,000円	理容師の出張による理髪サービス(理髪、顔剃り)を利用いただけます。
特別なメニューの食費	実費	ご希望に基づいて、特別な食事を提供した場合

8 利用料等のお支払方法

利用料等は、1ヶ月ごとに計算し、ご利用の翌月15日までにご請求しますので26日ま

でに、以下のいずれかの方法でお支払いください。（1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

- | | |
|---|-------------------------|
| ア | 窓口での現金支払（平日 9：00～17：00） |
| イ | 全国金融機関口座からの自動引き落とし |

※入金確認後、領収書を発行します。

9 苦情の受付について

(1) 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設窓口（連絡先）、担当者の設置

住 所	〒869-5151 熊本県八代市敷川内町2243-2
電話・FAX	0965-31-7600 (FAX) 0965-31-7620
対応時間	午前8時00分～午後5時30分（時間外も可）
担当者	（管理者） 松永 基希

※上記の担当者が不在のときは、当事業所の他の職員がお受けします。

(2) 苦情を処理する為の体制・手順

- ① 苦情処理担当者が苦情を申し立てた利用者、家族の居宅を訪問するなどして、苦情内容の詳細を把握します。
- ② 苦情内容について介護支援専門員に報告することと共に、管理者を含め対応策を検討します。
- ③ 苦情処理担当者は利用者宅訪問等に検討結果の説明を行います。
- ④ 苦情内容、処理結果等について台帳管理を行い再発防止に努めます。
- ⑤ 検討結果について、利用者からの納得が得られず、利用者が他のサービス事業所への変更を希望する場合は、他のサービス事業所情報提供等必要な協力を行います。

(3) その他参考事項

- ① 自ら提供したサービスに関し、利用者等が市町村に対して苦情を申し立てた場合、市町村が行う照会に応じ、調査に協力するとともに、指導、助言に従い改善を行います。
- ② 自ら提供したサービスに関し、利用者等が国民健康保険団体連合会に対して苦情を申し立てた場合は、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、指導、助言を受けた場合には、指導、助言に従い必要な改善を行います。
- ③ 苦情内容がサービスの提供により賠償すべき事故に対するものであった場合、速やかに損害賠償を行います。
- ④ 本法人で解決できない苦情は、行政機関その他苦情受付機関に申し立てることができます。

八代市長寿支援課	〈所在地〉 八代市松江城町1-25 〈電話〉 0965-32-1175
国民健康保険団体連合会	〈所在地〉 熊本市健軍1丁目18番7号 〈電話〉 096-214-1101
熊本県介護保険審査会	〈所在地〉 熊本市中央区水前寺6丁目18番1号 〈電話〉 096-333-2218

10 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施の有無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	2023年10月25日
実施した評価機関の名称	特定非営利活動法人あすなろ福祉サービス評価機構
評価結果の開示状況	有 ・ 無

11 非常災害時の対策

非常時の対応	消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画にのっとり対応を行います。
避難訓練及び 防災設備	防火管理者は定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行います。 ①防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難）・・・年2回以上 ②利用者を含めた総合訓練・・・・・・・・・・年2回以上 ③非常災害用の設備の使用方法の徹底・・・・・・・・・・随時
	〈設備名称〉 消火器設置 5箇所、誘導灯 1箇所、非常口 2箇所
	〈防火管理者〉 山田 和男

12 協力医療機関

医 療 機 関	病院名及び所在地	独立行政法人 地域医療機能推進機構 熊本総合病院 八代市通町10番10号
	電話番号	32-7111
	診療科目	内科、外科他
医 療 機 関	病院名及び所在地	福田クリニック 八代市日奈久中西町418
	電話番号	38-0068
	診療科目	産婦人科、内科
医 療 機 関	病院名及び所在地	ひらきクリニック 八代市新地町6-26
	電話番号	32-4990

	診療科目	内科、糖尿病内科、外科他
	病院名及び所在地	田淵整形外科医院 八代市高下西町2268-1
	電話番号	32-4897
	診療科目	整形外科、リハビリテーション科
歯科	病院名及び所在地	増田歯科医院 八代市本町1-10-36
	電話番号	32-3261

13 夜間緊急時の対応機関

名称及び所在地	特別養護老人ホーム ま心苑 八代市敷川内町2251番地の1
電話番号	0965-31-7600

14 住居の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 9:00～18:00 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。 来訪者が宿泊される場合は、必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際は、必ず行き先と帰宅日時を職員に届け出てください。
居室、設備器具の利用	住居内の居室や設備、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。
喫煙	決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。(ライターは職員が管理いたします。)
迷惑行為	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないで下さい。
所持金の管理	所持金は、自己の責任で管理してください。
宗教活動 政治活動	住居内での他の利用者に対し迷惑を及ぼすような宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	住居内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

15 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講ずる。
- (2) サービス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。
- (3) 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐ為対応を講じる。

16 情報公開・調査への協力

事業所は、適切な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のサービスが提供できるよう、必要な情報の提供を行います。また、市町村が行う定期的な調査に協力するため、運営規程及び重要事項説明書等の情報の提供を市町村に対して行います。

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ました。

事業所名 グループホームま心

説明者職・氏名 管理者 松永 基希 印

わたしは、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、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サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者住所 _____ 氏名 _____ 印

身元引受人住所 _____ 氏名 _____ 印

家族代表者住所 _____ 氏名 _____ 印