

勤医協グループホームたんぽぽ 重要事項説明書

令和 6年 6月 1日改定

1. 事業主体概要

- ① 法人名 医療法人 オホーツク勤労者医療協会
- ② 代表者氏名 理事長 塚 慎
- ③ 法人の所在地 北見市常盤町5丁目7番地5
- ④ 法人の電話番号 0157-26-4751

2. 当グループホームの概要

- ① 名称 勤医協グループホームたんぽぽ
- ② 目的 指定認知症対応型共同生活介護を行う事業所として、認知症により自立した生活が困難になった入居者に対して、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および機能訓練を行うことにより、安心尊厳のある生活を入居者がその有する能力に応じ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 入居者の人格を尊重し、常に利用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適切なサービスを提供します。
また、常に提供したサービスの質の管理・評価を行います。
- ④ 責任者 管理者 鈴木 英紀
- ⑤ 開設年月日 平成18年 9月 1日
- ⑥ 所在地 北見市常盤町5丁目4番7
- ⑦ 電話・F a x番号 電話 1階0157-57-7850 2階 0157-57-7860
F a x 0157-57-7857
- ⑧ 交通の便 JR北見駅より車で5分
- ⑨ 居室の概要 2ユニット（1階9室、2階9室） 各室 7畳個室
- ⑩ 共用施設の概要 トイレ、洗面所、浴室、脱衣所、台所、玄関
リビング・ダイニング、エレベーター、その他
- ⑪ 火災等設備 火災報知機、消火器、簡易消火栓、スプリンクラー

3. 当グループホームの協力機関

- ① 協力機関名 オホーツク勤医協北見病院
訪問看護ステーションたんぽぽ

4. 当グループホームの職員体制

- ① 管理者 1名
- ② 計画作成担当者 2名以上（介護支援専門員1名）
- ③ 介護職員 14名以上

5. 当グループホームの勤務体制

- ① 昼間体制 常勤 6～7名 日勤 8：45～17：00
遅出 11：30～19：45
- ② 夜間体制 常勤 2名 夜勤 16：45～8：45

6. 当グループホームの利用者定員

① 利用者定員 ユニット数：2 1ユニット当たり定員：9名 総定員：18名

7. 短期利用共同生活介護

各共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室や短期利用者専用の居室等を利用し、短期間の認知症対応型共同生活介護（以下「短期利用共同生活介護」）を提供します。

- ① 利用者定員 1ユニットにつき1名まで
- ② 利用期間 30日以内
- ③ 居宅サービス計画 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居宅サービス計画を作成します。
- ④ 空き室の利用 入居者が入院等のために、長期にわたり不在となる場合は、入居者及び家族の同意を得て、短期利用共同生活介護の居室を利用することがあります。なお、この期間の家賃等の経費については入居者ではなく、短期利用共同生活介護の利用者が負担します。
- ⑤ 上記①②にかかわらず、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急に短期利用共同生活介護が必要と認めた場合、定員を超えて1階、2階それぞれ1名まで7日以内を原則として（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）短期利用を受け入れることができる。

8. 当グループホームのサービスおよび利用料等

★は短期を除く ☆は予防を除く

- ① 保険給付サービス 食事・排泄・入浴・着替えの介助・機能回復訓練・健康管理・相談・援助等利用者に提供されたサービスは、介護度に応じて次の自己負担額がかかります。また、短期利用共同生活介護の場合においても同様です。

| | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|------------|-------|------|-------|-------|
| 要支援2 | 1日につき | 749円 | 1498円 | 2247円 |
| 要介護1 | | 753円 | 1506円 | 2259円 |
| 要介護2 | | 788円 | 1576円 | 2364円 |
| 要介護3 | | 812円 | 1624円 | 2436円 |
| 要介護4 | | 828円 | 1656円 | 2484円 |
| 要介護5 | | 845円 | 1690円 | 2535円 |
| 短期利用共同生活介護 | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 要支援2 | 1日につき | 777円 | 1554円 | 2331円 |
| 要介護1 | | 781円 | 1562円 | 2343円 |
| 要介護2 | | 817円 | 1634円 | 2451円 |
| 要介護3 | | 841円 | 1682円 | 2523円 |
| 要介護4 | | 858円 | 1716円 | 2574円 |
| 要介護5 | | 874円 | 1748円 | 2622円 |

- ② 認知症専門ケア加算 (1) 厚生労働省の基準に該当し、専門的なケアが必要な方

★ 1日につき 3円 6円 9円

- ③ 医療連携体制加算 I 入居者又は家族の同意を得て看護師と24時間連絡可能な体制をとり、
☆ 医療重度化への対応指針を説明し同意を得た場合に、下記の金額を加算します。

| | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|--|-------|------|------|------|
| | 1日につき | 37円 | 74円 | 111円 |

医療連携体制加算Ⅱ 該当する月の3ヶ月前に以下の状態の利用者がいた場合に算定します。

1) 喀痰吸引を実施している、2) 経鼻医管や胃ろう等の経腸栄養の状態、3) 人工呼吸器を実施している状態、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) 常時モニター測定を実施している状態、7) 人工膀胱又は人工肛門の処置をしている状態、8) 褥瘡に対する治療を行っている状態、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

| | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
|----------------------|---|------|------|------|
| | 1日につき | 5円 | 10円 | 15円 |
| ④ 協力医療機関 連携加算 | 協力医療機関と、病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催し、 ☆☆病状が急変した場合等に相談や診療を行う体制がある場合に加算します。 | | | |
| | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| | 1日につき | 100円 | 200円 | 300円 |
| ⑤ 新興感染症等 施設療養費 | 厚労省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、適切なサービスを行った場合に加算します。 (感染した場合に月に1回5日まで) | | | |
| | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| | 1日につき | 240円 | 480円 | 720円 |
| ⑥ 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初期加算として ★下記の金額を加算します。また、医療機関に1カ月以上入院した後、 退院して再入居する場合にも算定します。 | | | |
| | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| | 1日につき | 30円 | 60円 | 90円 |
| ⑦ サービス提供 体制強化加算Ⅰ | 当グループホームに従事する職員のうち、介護福祉士の割合が、70% イを超えている場合に、下記の金額を加算します。 | | | |
| | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| | 1日につき | 22円 | 44円 | 66円 |
| ⑧ 若年性認知症 利用者受入加算 | 若年性認知症利用者に対しサービス提供した場合に、下記の金額を加 算します。 | | | |
| | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| | 1日につき | 120円 | 240円 | 360円 |
| ⑨ 生活機能向上 連携加算 | リハビリ技士等が、グループホームを訪問し、計画作成担当者と身体 状況等の評価を共同して行います。 | | | |
| | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| | 1月につき | 200円 | 400円 | 600円 |
| ⑩ 口腔・栄養 スクリーニング加算 | 口腔・栄養状態の確認します(6ヶ月に一回) | | | |
| | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| | ★1回につき | 20円 | 40円 | 60円 |
| ⑪ 栄養管理体制加算 | 管理栄養士が助言や指導を行います | | | |
| | ★ | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| | 1月につき | 30円 | 60円 | 90円 |
| ⑫ 入居者の入退院支援 | 入院後3カ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の受け 入れ体制を整えた場合、1月に6日を限度に算定します。やむを得ない 場合をのぞき、退院後も円滑に入居できる体制を確保します。 | | | |
| | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| | 1日につき | 246円 | 492円 | 738円 |
| ⑬ 科学的介護推進体制加算 | ADL値、栄養状態、口腔状態の情報を活用した場合 | | | |

| | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
|--|--|-------|-------|-------|
| | 1月につき | 40円 | 80円 | 120円 |
| ⑭ 身体的拘束等の適正化 | 以下の要件を満たしていない場合に、所定金額から10%減算します。 ・身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。 ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果を介護職員等に周知徹底します。 ・身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。 ・介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。 | | | |
| ⑮ 高齢者虐待防止未実施減算 | 重要事項11の措置が行われていない場合、所定金額の1%減算 | | | |
| ⑯ 業務継続計画未策定減算 | 感染症や非常災害発生時の計画が未作成の場合、所定金額の1%減算 | | | |
| ⑰ 退去時情報提供加算 | 医療機関へ退所する利用者について、退所後の医療機関に対し、心身の状況生活歴等を示す情報を提供した場合に算定します。 | | | |
| | 1回につき | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| | | 250円 | 500円 | 750円 |
| ⑱ 看取り介護加算 | 厚生労働大臣が定める基準に沿ってターミナルケアを実施した場合に、 ★☆ 下記の金額を加算します。(1日につき) | | | |
| | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| | 死亡日31日前～45日前 | 72円 | 144円 | 216円 |
| | 死亡日4日前～30日前 | 144円 | 288円 | 432円 |
| | 死亡日前日及び前々日 | 680円 | 1360円 | 2040円 |
| | 死亡日 | 1280円 | 2560円 | 3840円 |
| ⑲ 介護職員等処遇改善加算I | 厚生労働大臣が定める基準に沿って、介護職員の賃金の改善を行なっている場合に加算します。 ①～⑱に掲げる金額に対し 18.6% | | | |
| ⑳ 保険対象外サービス | 入居者は、下記料金が自己負担となります。 料金の改定は理由を付して利用者または家族に事前に連絡します。 | | | |
| 室料 | 45,000円/月 (生活保護受給者は25,000円) | | | |
| 食費 | 31,500円/月 | | | |
| 光熱水費 | 17,000円/月 | | | |
| 暖房費 | 5,000円/月 (10月～3月) | | | |
| ※1、月の途中における入居または退居、の場合においては日割り計算とします。 短期利用共同生活介護の料金も同額です。 | | | | |
| 室料 | 1,500円/日 (生活保護受給者は833円/日) | | | |
| 食費 | 1,050円/日 | | | |
| 光熱水費 | 566円/日 | | | |
| 暖房費 | 166円/日 (10月～3月) | | | |
| ※2、入居中の外泊時及び入院時は、室料、光熱水費及び暖房費(10月～3月)を全額請求し(短期利用共同生活介護利用時を除く)、食費は日割り計算とします。 その他日常生活において通常必要となる費用で入居者が負担することが適当と認められる費用について実費とします。 | | | | |

9、利用料金の支払方法

お支払い方法は、銀行振り込みまたは口座からの自動引落としとなります。

1) 銀行振り込みの方は、毎月月末までにご入金下さい。

2) 口座自動引き落としの方は、毎月27日にご指定の口座から引き落としいたします。

※請求書は毎月15日頃に送付、また領収書はご入金を確認後ご自宅に送付します。

10. 苦情の受付について

① 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情相談窓口 TEL 0157-57-7850

〔職氏名〕 管理者 鈴木 英紀

○受付時間 毎週月曜日から金曜日 9:00～17:00

② 苦情処理の体制および手順について

1) 苦情がよせられた場合には、ただちに訪問するなどして詳しく状況を把握し、関係する職員からの聞き取り等を行います。

2) 苦情等については、事業所として検討し、対応します。

3) 寄せられた苦情の内容および対応の経過等を記録し、事業所職員の再発防止に役立てるようにします。

③ 行政機関その他苦情受付機関

各市町村介護保険担当課及び下記へお問い合わせ下さい。

○北見市介護福祉課 所在地 北見市大通西3丁目1番地1

平日 8:45～17:30

北見市介護福祉課

電話番号 0157-25-1144

F a x 0157-26-6323

○国民健康保険団体連合会

所在地 札幌市中央区南2条西14丁目国保会館内

電話番号 011-231-5161

F a x 011-233-2178

11. 高齢者の人権擁護や虐待防止等について

① 虐待防止対策委員会を開催し、その結果を従業者に周知徹底します。

② 虐待の未然防止、早期発見、虐待等への適切な対応等を定めた指針を整備します。

③ 高齢者の人権擁護、虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等を図るため、毎年2回以上、虐待の防止のための研修を行います。

④ 上記を推進するための担当 : 管理者 鈴木 英紀

12. 衛生管理及び感染症、まん延防止等への対応

① 事業所の設備、備品等を清潔に保持し、衛生管理に努めます。

② 従事者等の健康状態を把握し、定期健康診断などの必要な管理を行います。

③ 従事者は、感染症の防止、食中毒の防止等に関する知識の習得に努めます。

④ 感染対策委員会を設置し、感染症拡大防止、感染予防について取り組みます。

⑤ 感染症等が発生した場合であっても、事業継続計画に沿った対応ができるよう研修及び訓練を行います。

13. 非常災害対策について

① 非常災害に備えて消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、責任者を設定して非常災害対策を行います。

- ② 年2回以上、防火教育及び消火・通報・避難訓練等の火災訓練、年に1回は大規模自然災害に備え、事業継続計画に沿った研修及び訓練を行います。訓練には地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。
- ③ 定期的に事業継続計画の見直しを行い、必要に応じて計画の変更を行います。

1 4. 利用者の秘密保持について

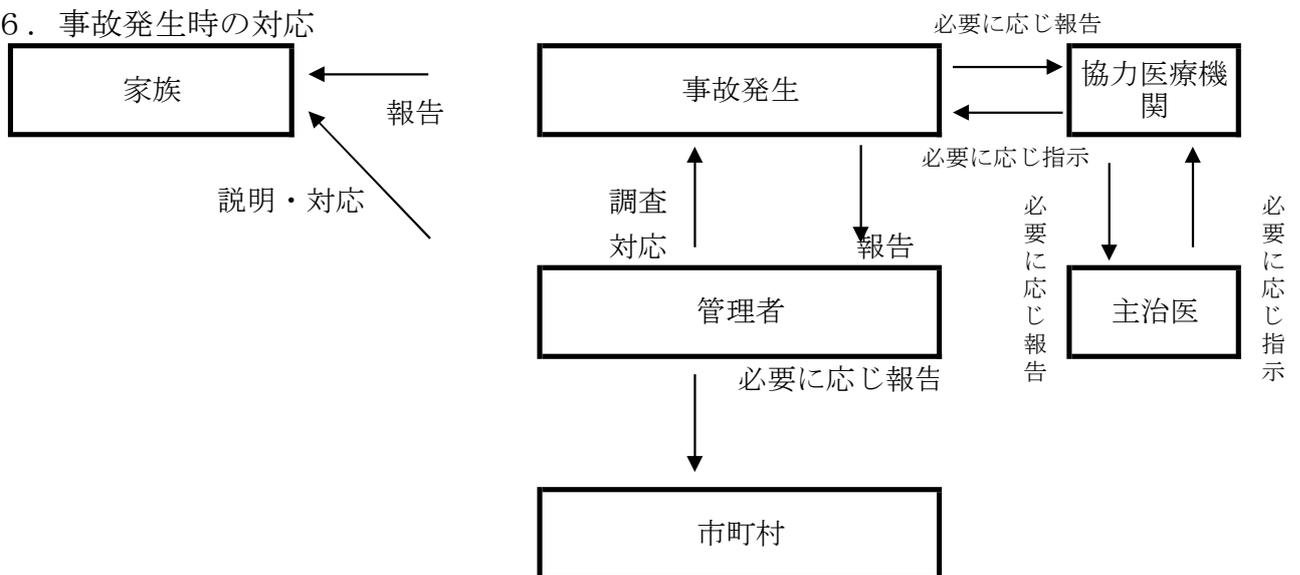
- ① 利用者・家族はサービス提供を受ける上で知りえた利用者及び家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、退去後も同様です。当施設従事者の守秘義務も同様です。
- ② 当施設は、個人情報の取り扱いについて下記に定める限り、利用者および家族の代表者等から同意を頂くことによって、情報を提供する事とします。

1 5. 個人情報の取り扱いについて

当施設では、かかりつけ医療機関あるいはサービス事業機関との連絡・調整において必要とされる場合、介護計画の内容について、関係する行政機関および行政から委託を受けた機関より報告や情報提供を求められた場合に、利用およびご家族の個人情報を使用することがあります。使用するにあたっての条件は次のとおりです。

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることの無いよう細心の注意をはらいます。
- ② 個人情報を使用する場合には、会議名、参加者名、内容等について、記録し保管することとします。

1 6. 事故発生時の対応



- ① 事業者は、事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。
- ② 事業者の責により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害を賠償します。
- ③ 事故・緊急事態を未然に防ぐための情報共有を、利用者・事業者ともに行ないます。

1 7. サービス利用にあたっての禁止行為

職員に対して行う暴言・暴力、いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為、及びパワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止しています。これらの行為が認められた場合、サービスの中断や契約解除の対象となります。より良い信頼関係が構築できるよう、ご協力ください。

18. 第三者評価について

実施日 2024年2月16日

実施の方法 運営推進会議を活用した評価

公表の方法 事業所内掲示及びオホーツク勤医協ホームページにて公表

以 上

認知症対応型共同生活介護入居同意書

年 月 日

◎ グループホームの入居開始にあたり、利用者の方または家族の方に本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

| | | | |
|-------|-------|----------------|---|
| ＜事業者＞ | 所在地 | 北見市常盤町5丁目4番7 | |
| | 事業所 | 勤医協グループホームたんぽぽ | |
| | 説明者氏名 | 鈴木 英紀 | 印 |

◎ グループホームの入居開始にあたり、事業者より本書面に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

| | | | |
|-------|--------|-------|---|
| ＜利用者＞ | 住所 | _____ | |
| | 氏名 | _____ | 印 |
| | (代筆者名) | _____ | |

| | | | |
|----------------|---------|-------|---|
| ＜利用者 の代理の方＞ | 住所 | _____ | |
| | 氏名 | _____ | 印 |
| | 利用者との関係 | _____ | |