

令和 年 月 日

「指定認知症対応型共同生活介護」重要事項説明書

社 会 福 祉 法 人 隆 愛 会
賀 寿 園 グ ル ー プ ホ ー ム 愛

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(鹿児島県指定 第4676800214)

当事業所はご利用者に対して指定認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援2」又は「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. 居室等の概要	3
4. 職員の体制	4
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 入所中の医療機関について	7
7. 個人情報等の取扱について	7
8. 苦情の受付について	8
9. 施設を退所していただく場合	9
10. 所持品の引き取りについて	10
11. 事故発生時の対応について	10

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 隆 愛 会
(2) 法人所在地 鹿児島県志布志市志布志町安楽2903番地1

- (3) 電話番号 099-472-5555
(4) 代表者氏名 理事長 玉利 道満
(5) 設立年月 平成5年7月1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定認知症対応型共同生活介護事業所
平成16年4月15日指定 鹿児島県第4676800214号
- (2) 事業所の目的 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は、要介護者であって認知症の状態にあるものに対して、安心して生活できる場所を提供し、また少人数で家庭的な雰囲気の中で家事や日常生活など、慣れ親しんだ活動を行うことによって認知症などの症状の緩和や進行防止に努めることを目的とする。
- (3) 事業所の名称 賀寿園グループホーム愛
- (4) 事業所の所在地 鹿児島県志布志市志布志町安楽2814番地
- (5) 電話番号 099-473-8186
- (6) 事業所長（管理者）氏名 船井 拓真
- (7) 当事業所の運営理念

優しいことば 温和な笑顔

これまでの皆様の「生き方」「暮らし」を大切にし

人生の先輩に感謝と敬愛の意味を込めた介護をいたします

当事業所の信条

和顔愛語

言葉は命なり。認知症の方や意思疎通の困難な方でも感情は脈々と生きている。接する際は優しい言葉を

①施設で生活するにあたって、これまで住まれた地域との交流を継続しながら、あなたの人生をお支えいたします。

②いつも笑顔で、明るく丁寧な言葉であなたの身になり、尊厳をお守りいたします。

③寂しい時、不安な時、何かを伝えたい時、嬉しい時、どのようにすればいいのかわからない時、一緒にいて手を握っていて欲しいと思う時、話を聞いて欲しい時、私達はあなたの側にいます。

(8) 当事業所の運営方針

事業者は、介護保険法等の主旨に沿って、利用者の意思及び人格を尊重し、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、認知症高齢者が、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、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

を行うことにより、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にします。

- 2 事業の実施に当たっては、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図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

(9) 開設年月 平成16年4月15日

(10) 利用定員 18人

3. 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は、原則として1人部屋です。（但し、ご利用者の処遇上必要と認められる場合にはこの限りではありません。）

居室・設備の種類	室数	備考
1人部屋	18室	6畳洋室・18室 全室冷暖房付
大広間	2室	食堂・居間 テレビ2台
談話室	2室	8畳和室・1室
浴室	2室	
脱衣室	2室	
厨房	2室	
トイレ	6ヶ所	
その他		全室テレビ配線・洗面台10ヶ所 菜園畑250坪

☆居室の変更：ご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合は、ご利用者や家族と協議の上決定するものとします。

4. 職員の体制

総数	計14名以上
資格	介護支援専門員1名以上 介護福祉士8名以上 看護師1名
認知症介護に関する研修会の受講歴	・認知症介護実践者研修 受講済者（2名以上） ・認知症対応型サービス事業管理者研修 受講済者（1名）
昼間の体制	6名以上・・・7：00から19：00は状況に応じ時差勤務
夜間の体制	2名以上・・・常勤夜勤 17：00から9：00

※現在1ユニット休止中につき

総数	計7名以上
----	-------

資 格	介護支援専門員 1 名以上 介護福祉士 4 名以上 看護師 1 名
認知症介護に関する 研修会の受講歴	・認知症介護実践者研修 受講済者（4 名以上） ・認知症対応型サービス事業管理者研修 受講済者（1 名）
昼 間 の 体 制	3 名以上… 7：00 から 19：00 は状況に応じ時差勤務
夜 間 の 体 制	1 名以上…常勤夜勤 17：00 から 9：00

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合 (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 当施設が提供する基準介護サービス（契約書第3条参照）＊

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常9割若しくは8割が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

① 居室の提供（但し、居住費は別途いただきます。）

② 食事（但し、食費は別途いただきます。）

- ・当事業所では、ご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間） 朝食： 7：00～ 8：30

昼食：11：00～12：30

夕食：17：00～18：30

③ 入浴

- ・入浴又は清拭を週3回以上行います。

④ 排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤ 移動

- ・トイレ、居室への誘導等の介助を行います。

⑥ 機能訓練

- ・ご利用者が日常生活を送るのに必要な、機能の減退防止のための訓練並びに心身の活性化を図るための各種サービスを行います。

⑦ 健康管理

- ・看護師の指導のもと、健康維持のための相談、助言等を行います。

⑧ その他の自立支援

- ・ご利用者の生活のリズムを考慮し、食事や洗濯、買い物、散歩、園芸等を職員と共同で行い、家庭的な生活環境の中で日常生活が送れるよう配慮します。
- ・ご利用者の趣味又は嗜好に応じたレクリエーションなどを実施します。
- ・近隣老人ホーム、地域等との交流を図ります。

＜サービス利用料金（１日あたり）＞（契約書第６条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

- ・サービス費１割負担の方の料金の場合

（１日当たり）

保 険 内	1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援 2 7,490 円	要介護度 1 7,530 円	要介護度 2 7,880 円	要介護度 3 8,120 円	要介護度 4 8,280 円	要介護度 5 8,450 円
	2. うち、介護保険から給付される金額	6,741 円	6,777 円	7,092 円	7,308 円	7,452 円	7,605 円
	3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	749 円	753 円	788 円	812 円	828 円	845 円
	4. 医療連携体制加算に係る自己負担額	—	3 7 円				
	5. サービス提供体制強化加算Ⅱに係る自己負担額	1 8 円					
	6. 介護職員等処遇改善加算	所定利用料の 18.6%					
保 険 外	7. 居住費	1, 1 0 0 円					
	8. 食 費	9 0 0 円					

・サービス費 2 割負担の方の料金の場合

＜サービス利用料金（1 日あたり）＞（契約書第 6 条参照）

平成 27 年 8 月から介護保険制度改正により、65 歳以上の方のうち、一定以上の所得がある方にはサービスの 2 割をご負担いただくことになります。（利用者負担割合証に記載）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

（1 日あたり）

保 険 内	1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援 2 7,490	要介護度 1 7,530	要介護度 2 7,880	要介護度 3 8,120	要介護度 4 8,280	要介護度 5 8,450 円
	2. うち、介護保険から給付される金額	5,992 円	6,024 円	6,304 円	6,496 円	6,624 円	6,760 円
	3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	1,498 円	1,506 円	1,576 円	1,624 円	1,656 円	1,690 円
	4. 医療連携体制加算に係る自己負担額	—	37 円				
	5. サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イに係る自己負担額	18 円					
	6. 介護職員等処遇改善加算	所定利用料の 18.6%					
保 険 外	7. 居住費	1,100 円					
	8. 食費	900 円					

・サービス費 3 割負担の方の料金の場合

＜サービス利用料金（1 日あたり）＞（契約書第 6 条参照）

平成 30 年 8 月から介護保険制度改正により、65 歳以上の方のうち、一定以上の所得がある方にはサービスの 3 割をご負担いただくことになります。（利用者負担割合証に記載）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

(1日あたり)

保 険 内	1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援 2 7,490	要介護度 1 7,530	要介護度 2 7,880	要介護度 3 8,120	要介護度 4 8,280	要介護度 5 8,450 円
	2. うち、介護保険から給付される金額	5,243 円	5,271 円	5,516 円	5,684 円	5,796 円	5,915 円
	3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	2,247 円	2,259 円	2,364 円	2,436 円	2,484 円	2,535 円
	4. 医療連携体制加算に係る自己負担額	—	3 7 円				
	5. サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イに係る自己負担額	1 8 円					
	6. 介護職員等処遇改善加算	所定利用料の 18.6%					
保 険 外	8. 居住費	1 , 1 0 0 円					
	9. 食 費	9 0 0 円					

- 初期加算・・・入所後30日間に限って1日につき30円が加算されます。

30日を超える病院・診療所への入所後に利用を再開した場合も同様

- 医療連携体制加算 I (ハ)・・・事業所の職員として又は、病院、診療所、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、看護師を1名以上確保している場合に算定する1日当たりの加算料金が1日につき37円が加算されます。
- 協力医療機関連携加算・・・相談・診療体制を常時確保している協力医療機関の場合 1月につき100単位を加算 上記以外の協力医療機関の場合 1月につき40単位を加算
- 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60%以上配置されている場合の加算で、1日につき18円が加算されます。
- 認知症専門ケア加算 (I)・・・施設における利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の割合が2分の1上。
認知症介護に関わる専門的な研修を修了している者を、対象者の数が二十人未満である場合には、1以上、当該対象者の数が20人以上である場合にあっては、1に、当該対象者の数を19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配

置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している場合の加算で、1日3円が加算されます。

● 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）

①施設における利用者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の割合が2分の1以上であること。

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る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

③対象利用者に対し、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

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。

以上の4点の要件を満たす場合に算定する一月当たりの加算料金です。

150単位／一月（新設）

● 認知症チームケア推進加算（Ⅱ）

（Ⅰ）の（1）、（3）及び（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わる専門的な研修を修了しているものを1名以上確保し、かつ、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる場合に算定する一月当たりの加算料金です。

120単位／一月（新設）

● 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）

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。以上の3点の要件を満たす場合に算定する1月当たりの加算料金です。

10単位／一月（新設）

● 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1月当たりの加算料金です。5単位／一月（新設）

● 新興感染症等施設療養費

入所者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居者等に対し、適切な感染対策を行った上で、当該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する加算料金です。

※現時点において指定されている感染症はない。

240単位／一月（新設）

● 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）

（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（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていること。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。

以上の4点の要件を満たす場合に算定する1月当たりの加算料金です。

100単位／一月（新設）

● 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）

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。

以上の3点の要件を満たす場合に算定する1月当たりの加算料金です。

10単位／一月（新設）

● 科学的介護推進体制加算

利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスを適切かつ有効に提供する為に必要な情報を活用する場合に1月当たりの加算料金です。40単位／一月

● ~~看取り介護加算・・・医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断され、ご利用者又はその家族の同意を得て、利用者の介護に係る計画を作成し、医師、介護職員、看護師が共同して、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時説明を行い、同意を得てグループホームで看取り介護が行われている場合の加算です。~~

~~退所日（死亡日）以前に31日以上45日以下については1日72円のご負担（新設）死亡日以前4日以上30日以下については1日144円のご負担、死亡日以前2~~

~~日または3日については1日680円のご負担、死亡日については1日1,280のご負担になります。~~

~~【看取り介護加算は、利用者又はその家族の同意を得て、看取りを行った場合に係る加算ですので、看取りを行わない場合は加算のご負担はありません。】~~

- 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）・・・介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設されたものです。
加算の額は、1ヶ月の利用者負担額（保険内）の1000分の186乗じた額（1円未満の端数は四捨五入）です。
（計算式） 1ヶ月の利用者負担額（保険内）×18.6%＝加算額（1円未満の端数は四捨五入）
- 身体拘束廃止未実施減算・・・身体拘束等のさらなる適正化を図る観点から、身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の開催等を義務付け、その未実施の場合減算率を見直します。
未実施の場合 10%／日減算
※認知症対応型共同生活介護においては、運営推進会議を活用することができることとします。
- 高齢者虐待防止措置未実施減算・・・高齢者虐待防止措置のさらなる適正化を図る観点から、高齢者虐待防止委員会の開催等を義務付け、その未実施の場合減算率を見直します。
未実施の場合 1%／日減算（新設）
- 利用者の入退院支援の取り組み・・・認知症の人は入退院時による環境の変化が、認知症の症状の悪化や行動・心理症状の出現に繋がりがやすいため、ご利用者の早期退院や退院後の安定した生活に向けた取り組みを評価します
ア 入院後3ヶ月以内に退院が見込まれる利用者について、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日を限度として一定単位の基本報酬の算定を認めることとする。
イ 医療機関に1ヶ月以上入院した後、退院して再入居する場合も初期加算の算定を認めることとする。
（アについて）246単位／日
（イについて）初期加算 30単位／日 ⇒ 変更なし
- 栄養管理体制加算・・・2021年度の介護報酬改定で、管理栄養士（外部との連携含む）が日常的に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を目的に新たに新設されました。
栄養管理体制加算 30単位／月
- 退居時情報提供加算・・・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て利用者を紹介する際、利用者の同意を得て当該利用者の心身の状況、生活歴等を示す

情報を提供した場合に、利用者1人につき一回に限り算定する加算料金です。

退居時情報提供加算 250 単位／一回（新設）

- 退居時相談援助加算・・・利用期間が一月を超える利用者が退居する際に、退居後の居宅サービス又は地域密着型サービス、その他の保険医療サービス、または福祉サービスについて相談援助を行い、居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター等に対して情報提供した場合に算定する加算料金です。

退居時情報提供加算 400 単位／回（新設）

☆食 事 減 額・・・食費については、介護保険施設とは異なり減額対象となりません。

☆要介護認定を受けていない利用者の場合

サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けた後自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

償還払いとなる場合、利用者が介護給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

（２）介護保険の基準外サービス（契約書第6条）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

- ① 居室の提供（居住費）： 1日あたり1,100円とする。

ご利用者が入院又は外泊された場合も居住費の利用料金はいただきます。

但し、事業者の原因で入院した場合は利用料金はいただきません。

また、特別な事情がある場合は理事長がその都度判断いたします。

- ② 食 事（食 費）： 1日あたり900円とする。

但し、ご利用者独自での宴会など特別な食事は、要した費用の実費となります。

※平成28年4月1日より、居住費・食費の料金改正を行いました。

- ③ 理髪・美容

〔理髪・美容サービス〕

ご利用者の希望により理容師、美容師の出張によるサービスをご利用いただけます。要した費用は実費となります。

- ④ レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

- ⑤ 複写物の交付

ご利用者又はご家族は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

- ⑥ 日常生活上必要となる諸費用実費

ご利用者の日常生活品の購入代金や日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

◎おむつ代

◎衣類代

◎医薬品代

◎病院診察の自己負担額

◎その他

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（1）、（2）①及び②の料金・費用は、ご利用期間分の請求書発行月内に合計金額をお支払い下さい。

6. 入所中の医療機関について

ご利用者の心身の状態に異変及びその他の緊急事態が生じたときは、主治医又は協力医療機関と連携をとり適切な措置を講ずるものとします。

協力医療機関名	住所	主な診療科目
医療法人 手塚クリニック	志布志市志布志町志布志 5 7 0 - 2 Tel 4 7 2 - 5 5 6 5	内科・外科・整形外科・ 胃腸科・泌尿器科・肛門 科
なかしま歯科 クリニック	志布志市志布志町志布志 6 1 0 - 1 1 Tel 4 7 2 - 3 7 6 6	歯科

7. 個人情報等の取扱について（契約書第2条第4項、第9条参照）＊

(1) 個人情報の保護

ご利用者の個人情報を含むサービス計画書、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき個人情報の保護に努めるものとします。

また、個人情報の取扱に関する利用者からの苦情については、苦情処理体制に基づき適切かつ迅速に対応するものとします。

(2) 秘密保持

サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族、利用者代理人等に関する個人情報についてご利用者または第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らしません。あらかじめ文書により利用者及びその家族、利用者代理人等の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件下（会議等）で情報を提供できるものとします。

(3) 情報の開示

ご利用者に対する認知症対応型共同生活介護のサービス提供に関する情報について事業所は定期的にご利用者及びその家族、利用者代理人へ報告するものとします。

また、利用者及びその家族、利用者代理人の申し入れがある場合、サービス提供記録をいつでも閲覧できるものとします。

家族、利用者代理人が施設からご遠方の場合は郵送も可能です。

8. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

1. 事業所における虐待の防止のための指針を整備し、所属する介護支援専門員より虐待防止に関する責任者の選定を行い、虐待防止検討委員会を設置します。また、おおむね6カ月に1回以上開催する事とします。

虐待防止に関する責任者 介護支援専門員：大峯 洋子

2. 成年後見制度の利用を支援します。
3. 苦情解決体制を整備しています。
4. 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。それらの研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や、知識・技術の向上に努めます。
5. 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
6. 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

9. 身体拘束について

事業者は、原則として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、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。また事業者として、身体拘束等の適正化を図るための指針を整備し、身体拘束等の適正化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、介護職員その他の従業者に周知徹底を図り、定期的に研修を実施します。

1. 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。

2. 非代替性……身体拘束以外に、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を防止することができない場合に限りです。
3. 一時性……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なくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

10. 業務継続計画の策定について

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（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、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
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

11. 苦情の受付について（契約書第17条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所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。

○相談・苦情解決（責任者）

[職名] 理 事 長 玉 利 道 満
電 話 0 9 9 - 4 7 2 - 5 5 5 5

○相談・苦情受付窓口（担当者）

[職名] 管 理 者 船 井 拓 真 (473-8186)

○第三者委員 田 原 作 一 (472-0572)

○受付時間 毎週月曜日～土曜日

9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

志布志市役所保健課 介護保険係	所在地	志布志市有明町野井倉1756番地
	電話番号	099-474-1111
	受付時間	8:30～17:15
鹿児島県国民健康保険団体 連合会	所在地	鹿児島市鴨池新町7番4号
	電話番号	099-206-1084
	受付時間	9:00～17:00
鹿児島県社会福祉協議会	所在地	鹿児島県鴨池新町1番7号
	電話番号	099-275-3855
	受付時間	9:00～17:00

12. 施設を退所していただく場合（契約書第11条、第12条、第13条及び第14条）

下記のような事項に該当するに至った場合には、ご利用者に退所していただくこととなります。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 要介護認定によりご利用者の心身の状態が自立又は要支援と判定された場合② 事業者が解散又は、やむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合③ 事業所の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合④ 当事業所が介護保険の指定でなくなった場合、又は指定を辞退した場合⑤ ご利用者からの退所の申し出があった場合⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合 |
|--|

（1）ご利用者からの退所の申し出

ご利用者から当事業所の退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前に文書で申し出て下さい。

但し、下記の場合には直ちに当事業所を退所することができます。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に承諾できない場合② ご利用者が入院された場合③ 事業者若しくはサービス従業者が正当な理由なく指定認知症対応型共同生活介護サービスを実施しない場合④ 事業者若しくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合⑤ 事業者若しくはサービス従業者が故意又は、過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって重大な事情が認められる場合⑥ 他のご利用者の行為により身体・財物・信用を傷つけられた場合、若しくは傷つける恐れがある場合において、事業所が適切な対応を取らない場合 |
|--|

（2）事業者からの申し出により退所していただく場合

下記の事項に該当する場合には、当事業所から退所していただくことがあります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① ご利用者が、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果重大な事情を生じた場合② ご利用者によるサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれを支払わない場合③ ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者若しくは他のご利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって重大な事情を生じさせた場合④ ご利用者が、長期入院治療を要するに至った場合⑤ ご利用者が、他の施設に入所又は入院した場合⑥ ご利用者又はその家族が事業者や職員に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行なったとき |
|---|

（3）円滑な退所のための援助

ご利用者が当事業所を退所する場合には、ご利用者の希望により事業所は、ご利用者の心身の状況、置かれている環境を勘案し、円滑な退所のために必要な下記の援助を行います。

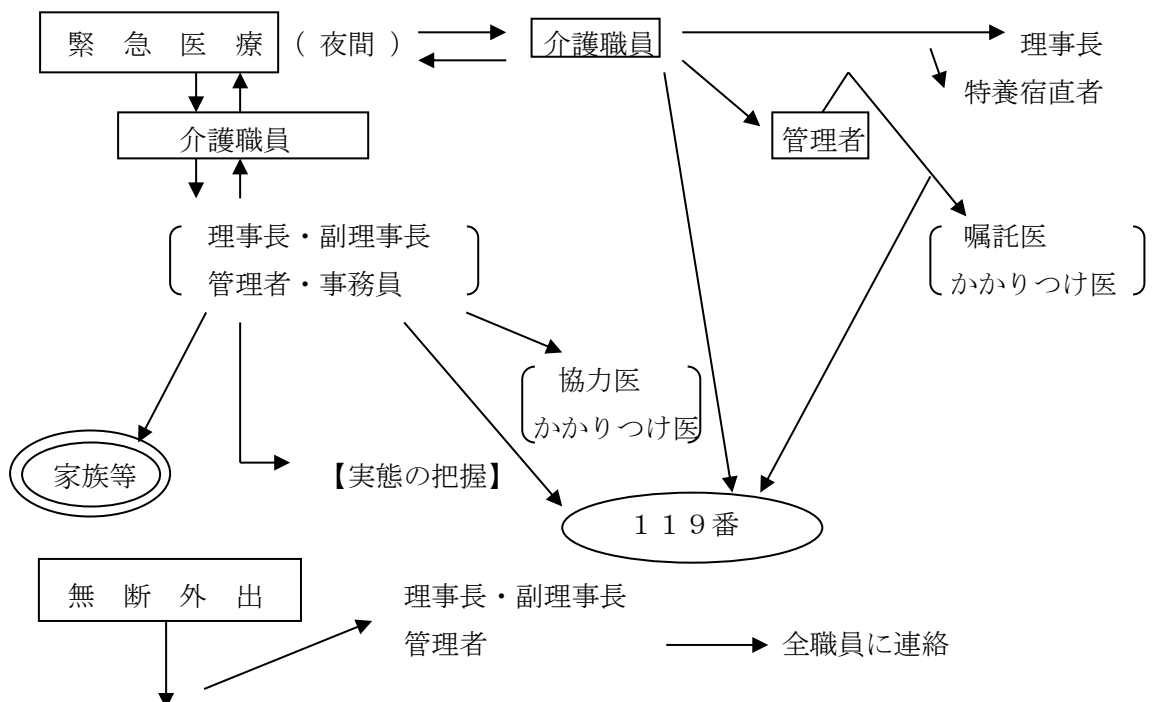
- ① 適切な病院若しくは診療所の紹介
- ② 介護老人福祉施設又は、介護老人保健施設若しくは介護療養型医療施設の紹介
- ③ 居宅支援事業所の紹介
- ④ その他の保健医療サービス又は、福祉サービスの提供者の紹介

1 3. 所持品の引き取りについて

当事業所に残されたご利用者の所持品は、すべて家族又は後見人が引き取っていただきます。

1 4. 事故発生時の対応について

- ① ご利用者に対する認知症対応型共同生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、ご利用者のご家族に速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、また、その原因を解明し再発防止の対策を講じます。



初動捜索 施設内を探しそれから施設外を探す。（10分で初動捜索を中止）
徐々に捜索範囲を広げるとともに連絡を取り合う。

理事長は捜索途中で家族に連絡すると同時に、警察署、消防団、その他関係機関に連絡し状況説明し、協力を要請する。

令和 年 月 日

指定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、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

指定認知症対応型共同生活介護 賀寿園グループホーム愛

説明者 職名 氏名 印

私は、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サービスの提供開始に同意しました。

<利用者>

住所

氏名 _____ 印 _____

＜利用者代理人（選任した場合）＞

住所

氏名 印 (続柄)

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第125条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

<重要事項説明書付属文書>

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 木造セメント瓦葺平家建
- (2) 建物の延べ床面積 616.07㎡
- (3) 事業所の周辺環境*

当事業所は、鹿児島県東部志布志湾のほぼ中央に位置し東西10km、南北に24kmの釣鐘型の区域をなし、陣岳より望む志布志湾には枇榔島、施設の周囲には広々とした茶畑や芝畑、緑と野鳥のさえずりも聞かれ、美しい自然の中で住みやすい快適な生活を過ごしていただけることと存じます。

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

介護職員…ご利用者の日常生活上の介護、介助、並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

3名のご利用者に対して1名の介護職員を配置しています。

管理者…主にご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。日常生活上の介護、介助等も行います。

1名の管理者を配置しています。

3. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限*

入所にあたり、原則として持ち込めないものもありますので、お尋ねください。

(2) 施設・設備の使用上の注意

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、又は相当の注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者の自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

○当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(3) 喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

(4) サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、かかりつけ医を優先し、利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

①協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 手塚クリニック
所在地	志布志市志布志町志布志 5 7 0 - 2
診療科	内科・外科・整形外科・胃腸科・泌尿器科・肛門科

医療機関の名称	医療法人 なかしま歯科クリニック
所在地	志布志市志布志町志布志 6 1 0 番地 1 1
診療科	歯科

4. 損害賠償について（契約書第 15 条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします

ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

5. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 7 日前までに利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第 1 1 条参照）

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">①ご利用者の要介護状態区分が変更され、自立又は要支援と認定された場合②ご利用者が死亡した場合③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合⑥ご利用者から契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）⑧利用者が介護保健施設に入所することとなったとき⑨利用者が共同生活住居を離れて 1 ヶ月を経過した、又は 1 ヶ月以上離れることを予定して移転したとき |
|--|

(1) ご利用者からの契約解除の申し出（契約書第12条参照）

契約の有効期間であっても、ご利用者から利用契約を終了することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、直ちに契約を解除することができます。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に承諾できない場合②ご利用者が入院された場合③事業者若しくはサービス従業者が正当な理由なく認知症対応型共同生活介護サービスを実施しない場合④事業者若しくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合⑤事業者若しくはサービス従業者が故意又は、過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって重大な事情が認められる場合⑥他のご利用者の行為により身体・財物・信用を傷つけられた場合、若しくは傷つける恐れがある場合において、事業所が適切な対応を取らない場合 |
|--|

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第13条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を終了させていただくことがあります。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">①ご利用者が、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果重大な事情を生じた場合②ご利用者によるサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれを支払わない場合③ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者若しくは他のご利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって重大な事情を生じさせた場合④ご利用者が、長期入院治療を要するに至った場合⑤ご利用者が、他の施設に入所又は入院した場合⑥利用者又はその家族が事業者や職員に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行なったとき |
|--|

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第14条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

社会福祉法人 隆愛会
賀寿園グループホーム愛 医療連携体制の指針

1. 急性期におけるかかりつけ医師、協力医療機関や看護職員との連携体制

急性期のケアについては、かかりつけ医師や協力医療機関、看護職員と施設職員が中心となりご利用者の症状を的確に把握するとともに、必要に応じて関係機関との連携を図り、入院等の必要な処置を行います。

2. 入院期間中における居住費や食費の取扱い

入院期間中における居住費や食費の取扱いについては後記のとおりと致します。

- 居住費＝入院期間中の居住費の利用料金は徴収致します。
- 食 費＝入院期間中の食費の利用料金は徴収致しません。

3. 看取りに関する考え方

当施設では、ご利用者の症状について、かかりつけ医師や当施設の協力医療機関の医師などが施設生活を維持することが難しいと判断した場合は、ご利用者及びその家族に説明をし、適切な医療機関、事業所に入院（入所）できるよう必要な手続きをサポートいたします。

賀寿園グループホーム愛における入居者について症候が重度化した場合の指針

1. 趣旨

この指針は〔賀寿園グループホーム愛〕利用契約書第2条3項により「介護サービス」の変更の必要があると認められた場合の「変更の必要」について、入居者の症候が重度化した場合の考え方を示すものです。

2. 入居者の症候が重度化した場合の対応

入居者の症候が重度化し、利用契約による介護サービスの提供が困難となった場合や、頻回にわたる医療行為を必要とする場合は、利用者及びその家族等との話し合いにおいて、他の適切な施設、医療機関の利用を促す。

3. 症候が重度化の具体的症状

- ① 日常生活において常時二人体制の介護が必要と判断された場合。
- ② 車椅子利用が常態化した場合（移乗や移動が自力では困難な場合）
- ③ 自力での食事摂取が長期にわたり困難となった場合。
- ④ 排泄行為において、常時介護が必要となった場合（トイレでの排泄が困難な場合）
- ⑤ 入浴において洗い場から浴槽への移動、立ち上がりが困難となり二人体制での介助が

必要となった場合。

⑥ 食事や水分の口腔からの摂取が困難となった場合

賀寿園グループホーム愛における入居者についての看取りにかかる指針

- 1 賀寿園グループホーム愛においては、終末期ケア、看取りの介護は行わない。
看取りについての考え方は、「医療連携体制指針」の「看取りに関する考え方」によるものとする。

急変時に連絡が必要な場合

【一般的事項】

体調変化	クーリングを実施しても熱が下がらない場合
	嘔吐・下痢などが続く場合
	急に意識がなくなった場合
	心拍が乱れている、または停止している場合
	呼吸が乱れている、または停止している場合
	ひきつけ・けいれんがある場合
	極度の苦しみを訴えている場合
	重症の人の症状が変わった場合
	起こしても起きない場合
事故・怪我	転倒・転落により、外傷があり多量の出血がみられる場合
	転倒・転落により、床などに強くぶつかり腫れがある場合
	カテーテルが抜けた場合
	タバコなど異物を飲み込んだ場合
	誤嚥を起こした場合
	ご利用者が行方不明になった場合
その他	引継ぎの際にあった薬における相違点
	顔の表情に大きな変化がみられた場合
	日中帯の状態と大きく変化があった場合（精神面を含む）

【個別事項】

	オンコール基準
血 圧	最大血圧 150 mmHg 以上または最低血圧 40 mmHg 以下
体 温	38.0℃以上
心 拍	100拍以上または60拍以下
呼 吸	20回以下
血中酸素飽和量	90.0%以下
その他	

急変時の連絡チェック表及び記録簿



【一般的事項】

体調変化	クーリングを実施しても熱が下がらない場合	
	嘔吐・下痢などが続く場合	
	急に意識がなくなった場合	
	心拍が乱れている、または停止している場合	
	呼吸が乱れている、または停止している場合	
	ひきつけ・けいれんがある場合	
	極度の苦しみを訴えている場合	
	重症の人の症状が変わった場合	
	起こしても起きない場合	
事故・怪我	転倒・転落により、外傷があり多量の出血がみられる場合	
	転倒・転落により、床などに強くぶつかり腫れがある場合	
	カテーテルが抜けた場合	
	タバコなど異物を飲み込んだ場合	
	誤嚥を起こした場合	
	ご利用者が行方不明になった場合	
その他	引継ぎの際にあった薬における相違点	
	顔の表情に大きな変化がみられた場合	
	日中帯の状態と大きく変化があった場合（精神面を含む）	

【個別事項】

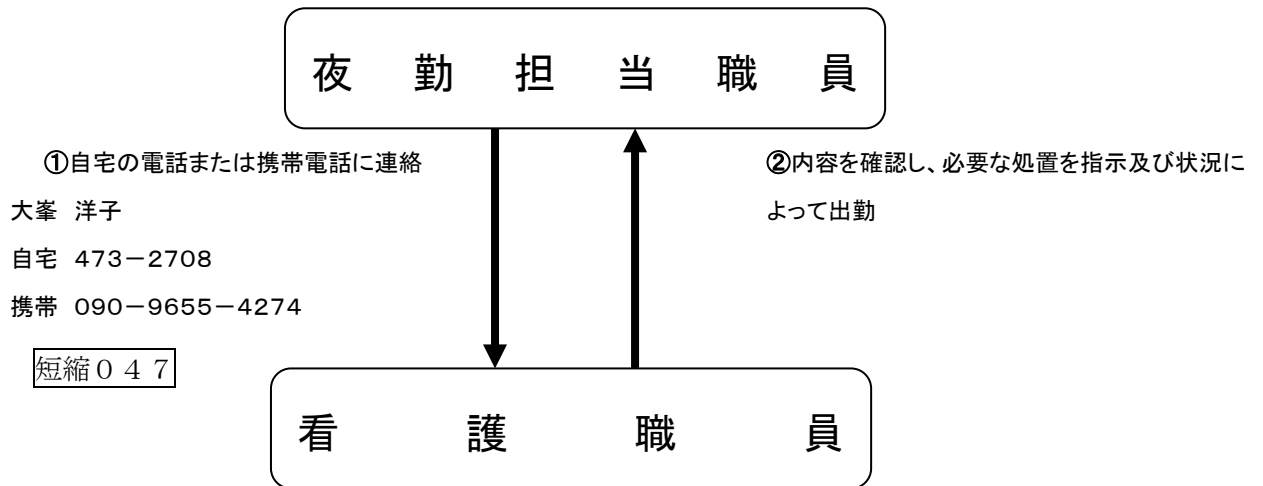
	オンコール時バイタル
血 圧	最大血圧()mmHg / 最低血圧()mmHg
体 温	()℃
心 拍	() 拍
呼 吸	() 回
血中酸素飽和量	() %
その他	

利用者氏名	
夜勤担当者	
コール担当者	
初回連絡日時	平成 年 月 日 / 午前・午後 時 分
特記事項	

※初回連絡時以降は、ケース記録・介護日誌に記録すること。

急変時の連絡体制

【通 常】



【判断が難しい場合又は医師の往診、医療機関への搬送が必要な場合】

