

入居利用のご案内

グループホーム利用に当たっての
重要な事項の説明文です。
大切に保管してくださいようお願い申し上げます。

- 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

高齢者グループホーム **花心家**

項目		内容等
提供サービス名		指定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
事業主体		医療法人 蒼風会 理事長 児玉 圭
名称		高齢者グループホーム 花心家
所在地		郵便番号 897-0133 住所 鹿児島県南九州市川辺町下山田1726番地1 電話 0993-57-2113 (FAX兼用)
運営 規程 の 概要	事業の目的	・本事業は、認知症によって自立した生活が困難になった要支援者又は要介護者（以下、「利用者」という）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、利用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。
	運営の方針	1. 本事業所において提供する指定認知症対応型共同生活介護（以下、「共同生活介護」という）、介護予防認知症対応型共同生活介護（以下、「介護予防共同生活介護」という）、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しします。 2. 利用者の人格を尊重し、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、個別の介護予防共同生活介護計画、共同生活介護計画、（以下、「介護計画」という）を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。 3. 利用者、利用者の家族、南九州市職員、地域住民代表等により構成される運営推進会議を設置し、概ね2ヶ月に1回開催し、必要な要望・助言等を聞く機会を設け、また、同時に身体拘束等の適正化に関する委員会を設置し協議も行います。 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説明いたします。 5. 適切な介護技術を持ってサービスを提供します。 6. 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行います。
	職員の職種 員数及び 職務内容	① 管理者 常勤（介護職員と兼務）1名 管理者は、事業所の職員の管理及び業務の管理を一元的に行います。 ② 計画作成担当者 （介護職員と兼務・介護支援専門員とする）1名 計画作成担当者は、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、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院、介護支援専門員等との連絡・調整を行います。 ③ 介護職員 入居者3名に対し職員1名（常勤換算） 夜間及び深夜は1名（常勤換算） 介護職員は、介護計画に基づき、利用者に対し必要な介護及び支援を行います。
	利用者の定員	利用者の定員は、8人としします。（個室8）
	介護の提供内容	① 入浴、排泄、食事、着替え等の介助 ② 日常生活上の世話 ③ 日常生活の中での機能訓練 ④ 相談、援助等

項 目		内 容 等										
運 営 規 程 の 概 要	介護計画 の 作 成	<ol style="list-style-type: none"> 1. 共同生活介護及び、介護予防共同生活介護の開始に際し、利用者の心身の状況、希望及び、そのおかれている環境を踏まえて、個別に介護計画を作成します。 2. 介護計画の作成、変更に際しては、利用者及び家族に対し、当該計画の内容を説明し、同意を得ます。 3. 計画作成担当者は、介護計画を作成した際には、当該計画を利用者及び家族に対し交付します。 4. 利用者に対し、介護計画に基づいて各種サービスを提供するとともに常に、その実施状況についての評価を行います。 										
	利用料 その他の費用 の 額	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本事業が提供する共同生活介護及び、介護予防共同生活介護の利用料は、介護報酬の告示上の額とします。ただし、次に掲げる項目については、別に利用料金の支払いを受けます。 <ul style="list-style-type: none"> ① 家 賃 <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>各 室 (イ・ロ・ハ・ヘ・ト)</td> <td style="text-align: right;">30,000円/月</td> </tr> <tr> <td>(ニ①・ニ②・ホ)</td> <td style="text-align: right;">24,000円/月</td> </tr> </table> ② 食 材 費 <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>(朝 250円 ・ 昼 350円 ・ 夜 400円)</td> <td style="text-align: right;">1,000円/日</td> </tr> </table> ③ 水道光熱費 <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">10,000円/月</td> </tr> </table> ④ 日用品費 <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">1,000円/月</td> </tr> </table> ⑤ その他、日常生活において通常必要となる費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用は実費とします。 2. 月の中途における入居または退居については日割り計算とします。 3. 利用料の支払いは、月ごとに発行する請求書に基づき、現金または銀行口座振り込みによって、指定期日までに受けるものとします。 	各 室 (イ・ロ・ハ・ヘ・ト)	30,000円/月	(ニ①・ニ②・ホ)	24,000円/月	(朝 250円 ・ 昼 350円 ・ 夜 400円)	1,000円/日		10,000円/月		1,000円/月
	各 室 (イ・ロ・ハ・ヘ・ト)	30,000円/月										
(ニ①・ニ②・ホ)	24,000円/月											
(朝 250円 ・ 昼 350円 ・ 夜 400円)	1,000円/日											
	10,000円/月											
	1,000円/月											
介護報酬額	<p>1日につき</p> <p>介護予防認知症対応型共同生活介護費 要支援 2・・・761単位</p> <p>認知症対応型共同生活介護費 要介護 1・・・765単位 要介護 2・・・801単位 要介護 3・・・824単位 要介護 4・・・841単位 要介護 5・・・859単位 *入院時費用・・・246単位（6日/月を限度） （入院後、3ヶ月以内に退院が見込まれ、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合）</p> <p>加算対象となるもの</p> <p>※□にレ点が付いているものが算定の対象となります。</p> <p><input type="checkbox"/> 初期加算・・・30単位/日 （新規入所時、及び30日以上入院後30日間のみ）</p> <p><input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算・・・120単位/日 （65歳未満の認知症の方が利用された場合）</p>											

項目	内容等
<p style="text-align: center;">運 営 規 程 の 概 要</p> <p style="text-align: center;">介護報酬額</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ 医療連携体制加算（Ⅰ）イ・・・57単位/日 （当該事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上確保している場合） □ 医療連携体制加算（Ⅰ）ロ・・・47単位/日 （当該事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置されている場合） □ 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ・・・37単位/日 （当該事業所の職員として又は病院等の連携により、看護師1名以上確保している場合） □ 医療連携体制加算（Ⅱ）・・・5単位/日 （医療連携体制加算（Ⅰ）のいずれかを算定し、算定日が属する月の前の3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人以上である場合） <ul style="list-style-type: none"> （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 （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 □ 口腔・栄養スクリーニング加算・・・20単位/回（6月に1回を限度） （口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、その状態に係る情報を計画作成担当者に文書で共有した場合） □ 栄養管理体制加算・・・30単位/月 （管理栄養士（外部との連携含む）が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的指導や助言を行った場合） □ 看取り介護加算 <ul style="list-style-type: none"> 死亡日以前31日～45日以下・・・72単位/日 死亡日以前4日以上30日以下・・・144単位/日 死亡日前日及び前々日・・・680単位/日 死亡日・・・1280単位/日 （医師より回復の見込みがないと判断された利用者を本人又は家族の同意を得て介護計画を作成し介護を行った場合（要介護のみ）） □ 科学的介護推進体制加算・・・40単位/月 （利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症、心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービス提供に当たって、それらの情報を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合） □ 退居時相談支援加算・・・400単位（1回のみ） （在宅生活に向けての相談援助を実施し在宅に戻った場合） □ 退去時情報提供加算・・・250単位（1回のみ） （医療機関へ退去する入居者について、退去後の医療機関に対して入居者を紹介する際、入居者等の同意を得て、当該入居者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合） □ 協力医療機関連携加算（Ⅰ）・・・100単位/月 <ul style="list-style-type: none"> （1）協力医療機関が入居者等の症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場合 （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場合

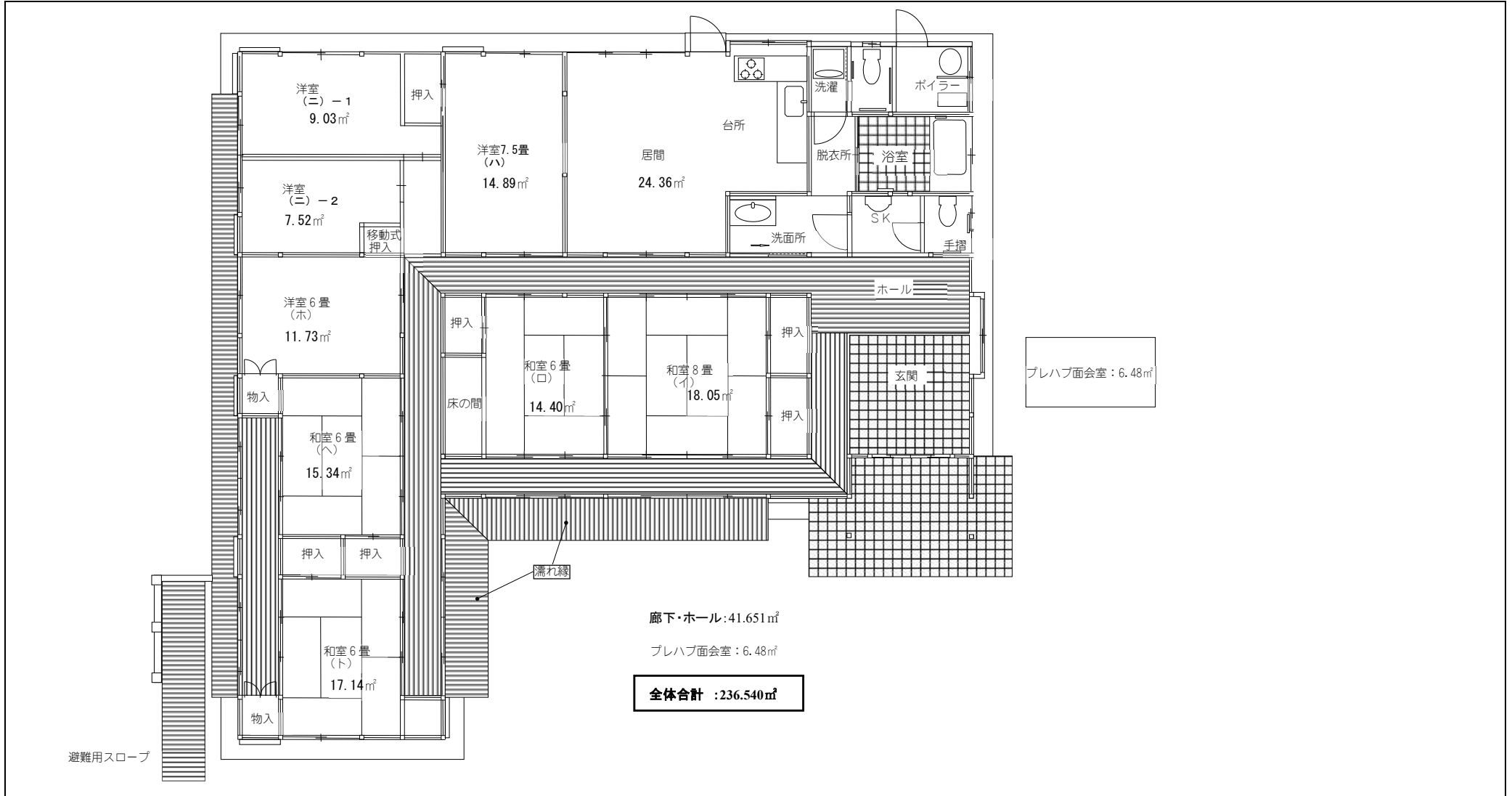
項 目	内 容 等
<p style="text-align: center;">介護報酬額</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ 協力医療機関連携加算（Ⅱ）・・・40単位／月 （協力医療機関連携加算（Ⅰ）以外の協力医療機関と連携している場合） □ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）・・・22単位／日 （常勤換算で介護福祉士の割合が70%以上または勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上配置されている場合） □ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）・・・18単位／日 （常勤換算で介護福祉士の割合が60%以上配置されている場合） □ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）・・・6単位／日 （常勤換算で介護福祉士の割合が50%以上または常勤職員が75%以上または常勤換算で7年以上の勤務年数がある職員が30%以上配置されている場合）
<p style="text-align: center;">入退居にあたっての留意事項</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 要介護認定の結果、要支援2以上の認定を受けた者であって、医師による認知症の診断を受けた者であり、かつ、次の各号を満たす者とする。 <ul style="list-style-type: none"> (1) 原則、南九州市に住民票があるもの。 (2) 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。 (3) 自傷他害のおそれがないこと。 (4) 常時医療機関において治療をする必要がないこと。 2. 入居後、利用者の状態が変化し、前項に該当しなくなった場合、また次のひとつに該当した場合は、協議の上、退居してもらう場合があります。 <ul style="list-style-type: none"> (1) 2ヶ月以上入居料の支払いを怠ったとき。 (2) 概ね3ヶ月、入院等により不在としたとき。 (3) 長期不在により入居権の行使を継続する意思がないと認められるとき。 3. 退居に際しては、利用者及び家族の意向をふまえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続が維持されるよう、退居に必要な援助を行うよう努めます。
<p style="text-align: center;">相談・苦情等の受付・対応について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの相談・苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、受付窓口の設置、担当者の配置、事実関係の調査の実施、改善措置利用者及び家族に対する説明、記録の整備等必要な措置を講ずるものとします。 <p>相談担当者（管理者兼務） 前 田 寿 也 （管理者） （電話番号）0993-57-2113 （ F A X ） 0993-57-2113</p> <p>担当者が不在の時 基本的な事項については誰でも対応できるようにするとともに、担当者に必ず引き継ぎ、相談・苦情への対応が早期に行えるよう配慮しています。</p> <p>その他の相談窓口 上記相談担当者等への相談が出来ない場合等は、下記窓口でもお受けいたしております。</p> <p>こだま病院 医療福祉相談員（複数名勤務しています） （電話番号）0993-56-4111 （ F A X ） 0993-56-4155</p> <p>南九州市長寿介護課介護保険担当係 0993-56-1111 鹿児島県運営適正化委員会 099-286-2200 国民健康保険団体連合会 099-213-5122</p>

項 目		内 容 等
運 営 規 程 の 概 要	相談・苦情等の受付・対応について	<p>処理体制・手順</p> <p>① 相談等があった場合は、ただちに相談担当者が相手方に連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに、介護職員からも事情を確認します。</p> <p>② 相談担当者が、必要があると判断した場合には、管理者まで含めて検討会議を行います。 (検討会議を行わない場合も、必ず管理者まで処理結果を報告します。)</p> <p>③ 検討会議の結果を基に、処理結果をまとめ、管理者は具体的な対応を指示します。</p> <p>④ 相談等処理台帳を作成保管し、再発を防ぐために役立てます。</p> <p>その他の対応策</p> <p>毎朝の朝礼及び月1回のスタッフミーティング等において各種ケース等の検討を行います。</p>
	第三者評価の実施状況	<p>外部評価履歴</p> <p>H30年10月16日 (特定非営利法人福祉21かごしま) WAM NETに開示</p> <p>R02年11月11日 (特定非営利法人NPOさつま) WAM NETに開示</p> <p>R04年12月01日 (特定非営利法人NPOさつま) WAM NETに開示</p>
	緊急時における対応策	<p>・利用者の心身の状態に異変その他緊急事態が生じたときは、主治医または協力医療機関と連絡を取り、適切な措置を講じます。</p> <p>※ 協力医療機関については下記連絡先を参照下さい。</p> <p>※ 主治医・協力医療機関不在時は こだま病院 56-4111 に連絡する。</p>
	緊急時における対応策	<p>※その他対応については、 各種対策マニュアル集によるものとする。</p>
	衛生管理と感染対策	<p>必要な設備、備品等の清潔を保持し、常に衛生管理に留意し、感染症又は食中毒が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講じます。</p>
	終末期の対応	<p>・終末期は、可能な限り、利用者・利用者の家族の意向を尊重し、協力医療機関等と連携を図りながら、必要な援助を致します。</p> <p>※但し、前頁、入退居にあたっての留意事項1. 2. 3を原則とする。</p>
	非常災害対策	<p>1. 消防法令に基づき、防火管理者を選任し、消火設備等、災害・非常時に備えて必要な設備を講じます。</p> <p>2. 消防計画を立て、職員及び利用者が参加する消火、通報及び避難訓練を定期的に地域の協力機関と連携をはかり避難訓練を行います。</p> <p>3. 非常災害が生じた場合、職員は利用者の避難等適切な措置を講じる。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の式をとります。</p> <p>※ 詳細については、非常時対応マニュアル集によるものとする</p>

項 目	内 容 等									
運 営 規 程 の 概 要	<p>身体拘束及び虐待等の禁止</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者に対し、身体的苦痛を与え、人格を辱める等の虐待行為は行いません。 2. 利用者本人や他の入居者等の生命や身体を保護するために「緊急やむを得ない」場合を除いて、身体拘束、その他の入居者の行動を制限する行為は行いません。 3. 身体拘束の適正化のために、身体拘束委員会を、定期的に開催しその結果について、職員その他の従業者に周知徹底を図ります。 								
	<p>事故発生の防止及び発生時の対応</p>	<p>・事業所は、安全かつ適切に質の高いサービスを提供するために事故防止の指針を定め、事故を防止するための体制を整備します。</p>								
	<p>秘密保持 (個人情報の取扱い)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本事業所の職員は、個人情報保護法に則り、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密保持を厳守します。 2. 職員であった者が、業務上知り得た利用者または家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じます。 3. 利用者等へのサービス向上の為、職員及び各関係協力機関等を交えたサービス担当者会議等を開いておりますが、その会議等の中で入居者並びにご家族等の個人情報を共通認識事項として使用させていただく場合がございます。 4. 居室に、利用者の表札を掲示いたしております。また、施設内に、入居者等の写真を掲示することがございます。掲示を希望されない場合は、お申し出下さい。 								
<p>協力医療機関</p>	<table border="1"> <tr> <td>精神科・内科</td> <td>こだま病院</td> <td>56-4111</td> </tr> <tr> <td>歯 科</td> <td>深町歯科医院</td> <td>56-5200</td> </tr> <tr> <td>内 科・他</td> <td>かわなべ共立内科</td> <td></td> </tr> </table>	精神科・内科	こだま病院	56-4111	歯 科	深町歯科医院	56-5200	内 科・他	かわなべ共立内科	
精神科・内科	こだま病院	56-4111								
歯 科	深町歯科医院	56-5200								
内 科・他	かわなべ共立内科									
<p>建物の概要</p>	<p>居 室 数 8 室 (全室個室)</p> <p>利 用 定 員 8 人</p> <p>居 室 面 積 7.52～18.05 m²</p>									

(参考様式3)
事業所の平面図等

事業所又は施設の名称	高齢者グループホーム 花心家
------------	----------------



以上、（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所 高齢者グループホーム花心家のサービス提供及び利用の開始（令和6年4月1日介護報酬改定分より）に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業所名：（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所
高齢者グループホーム花心家

説明者職名： 氏名： 印

私は、本書面に基づいて事業所から（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所 高齢者グループホーム花心家のサービス提供及び利用（令和6年4月1日介護報酬改定分より）について重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者住所：

氏 名： 印

代理人住所：

氏 名： 印

続 柄：

算定（入居）開始年月日：令和 年 月 日