

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
グループホームあんしんハウス重要事項説明書

1. ホームの概要

施設名	グループホームあんしんハウス
所在地	青森県青森市大野字若宮151番地19
電話番号	017-739-1477
FAX番号	017-739-1400
介護保険事業所番号	青森市 指定 第 0270102239 号

2. ホームの職員数（2ユニット）

職名	資格	常勤	非常勤	合計	業務内容
管理者 (2ユニット兼務)	認知症対応型サービス事業管理者研修(兼務)	1		1	職員の管理、業務実施状況の把握その他の管理
計画作成 担当者	認知症介護実践研修修了(兼務) 介護支援専門員 認知症介護実践研修修了(兼務)	1 (1)		1 (1)	介護業務および認知症老人のケアについての指導、利用者の相談等に対応
介護職員	介護員	10	2	12	利用者に対する日常介護サービス
合 計		12	2	14	
職員の勤務形態	① 日勤1 9:00~18:00 ② 日勤2 8:00~17:00 ③ 遅番① 9:00~19:00 ④ 遅番② 10:00~19:00 ⑤ 夜勤① 16:00~24:00 ⑥ 夜勤② 16:30~24:00 ⑦ 深勤 0:00~9:45 ⑧ 日勤3 8:30~13:30	①~⑧の組み合わせにより配置基準を満たしています			

()は兼任です

3. ホームの設備の概要

定員	1ユニット 9人(2ユニット)			
居室	全個室			
普通浴室	1階	13.8㎡	2階	22.6㎡
食堂・居間	1階	59.5㎡	2階	85.5㎡
延床面積	1階	417.4㎡	2階	471.4㎡

4. ホームの特徴等

(1) 運営方針

- ①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は、利用者の認知症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行います。
- ②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は、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行います。
- ③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は、認知症対応型共同生活介護サービス計画及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行います。
- ④共同生活住居における介護従業者は、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提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。
- ⑤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提供に当たっては、当該利用者又は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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。
- ⑥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提供に当たっては、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。
- ⑦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提供に当たっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めます。
- ⑧事業者自らその提供する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質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- ⑨2ヶ月に1回以上、運営推進会議を開催し、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。
- ⑩提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有
実施した直近の年月日	令和4年10月26日
実施した評価機関の名称	社会福祉法人青森県社会福祉協議会
評価結果の開示状況	「福祉保健医療情報ネットワークシステム WAM NET」ホームページ (http://www.wam.go.jp)

- ⑪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提供の終了に際しては利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに居宅介護支援事業所へ情報の提供を行います。
- ⑫前11項のほか、「青森市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」及び「青森市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例」に定める内容を遵守し、事業を実施します。

(2) サービス内容

利用者3人に対し介護従業者1人以上の配置をします。

食 事	朝食 8 時 00 分～ 昼食 正午～ 夕食午後 5 時 30 分～
入 浴	最低週 2 回以上の入浴の確保、または清拭
生活相談	日常生活等に関する相談
生活支援	心身の状況に応じた生活支援（介護）
レクリエーション	地域、季節ごとの行事参加、グループ活動等

(3) サービス利用のために

事 項	備 考
認知症高齢者の介護経験者	2 名
職員への研修の実施	採用後実施し、また継続研修も年 1 回実施致します。

(4) サービスの利用に当たっての留意事項

外出・外泊	事前に（日時、場所、連絡先等）ご連絡願います。
飲酒・喫煙	基本的に自由ですが、指定場所でお願います。
所持品の持ち込み	基本的に自由ですが、ご相談願います。
設備・器具の利用	基本的に自由ですが、ご相談願います。

(5) 利用者活動時間帯 午前 6 時 0 0 分～午後 9 時 3 0 分

5. 入居利用料金

(1) 利用料

①認知症対応型共同生活介護Ⅱ型及び介護予防認知症対応型共同生活介護Ⅱ型利用料

区 分	1 日当たりの利用料金	介護保険適用時の 1 日当たりの自己負担額			
		(1 割負担)	(2 割負担)	(3 割負担)	
認知症対応型 共同生活介護費（Ⅱ）	要支援 2	7, 490 円	749 円	1, 498 円	2, 247 円
	要介護 1	7, 530 円	753 円	1, 506 円	2, 259 円
	要介護 2	7, 880 円	788 円	1, 576 円	2, 364 円
介護予防認知症対応型 共同生活介護費（Ⅱ）	要介護 3	8, 120 円	812 円	1, 624 円	2, 436 円
	要介護 4	8, 280 円	828 円	1, 656 円	2, 484 円
	要介護 5	8, 450 円	845 円	1, 690 円	2, 535 円

②初期加算 1 日 300 円 ※自己負担額 1 日 30 円（1 割）60 円（2 割）90 円（3 割）

・初期加算は、入居した日から起算して 30 日以内の期間について、入院・外泊期間を除き加算します。

③退居時相談援助加算 1 回（退居時）4, 000 円

※自己負担額 1 回 400 円（1 割）800 円（2 割）1, 200 円（3 割）

・利用期間が 1 ヶ月を超える入居者の退居時に、福祉サービスについての相談援助を行い、且つ、退居の日から 2 週間以内に当該入居者の介護状況等の必要な情報提供を行った場合に必要となります。

但し、在宅復帰であり家族等の同意を得た場合です。

④サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

1日220円 ※自己負担額1日22円（1割）44円（2割）66円（3割）

・当該事業所の介護従事者の総数（常勤換算）のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の総数（常勤換算）が25%以上配置され、厚生労働省の定める人員基準に適合している体制が整った場合に必要となります。

⑤若年性認知症利用者受入加算 1日1,200円

※自己負担額 1日120円（1割）240円（2割）360円（3割）

・若年性認知症利用者の方を受け入れ、個別の担当者を定め介護を行った場合に必要となります。

⑥医療連携体制加算（Ⅰ）ハ 1日370円 ※自己負担額1日37円（1割）74円（2割）111円（3割）

・別紙、「重度化対応・終末期ケア対応指針」に基づき必要な介護を行います。

・別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして市町村長に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所において、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、医療連携体制加算として必要になります。但し、要介護者のみの算定となります。

医療連携体制加算（Ⅱ） 1日50円 ※自己負担額1日5円（1割）10円（2割）15円（3割）

・算定日が属する月の前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人以上いた場合に算定となります。但し、要介護者のみの算定となります。

イ 喀痰吸引を実施している状態

ロ 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態

ハ 呼吸障害等により人口呼吸器を使用している状態

ニ 中心静脈注射を実施している状態

ホ 人工腎臓を実施している状態

へ 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

ト 人口膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態

チ 褥瘡に対する治療を実施している状態

リ 気管切開が行われている状態

ヌ 留置カテーテルを使用している状態

ル インスリン注射を実施している状態

⑦看取り介護加算 ・死亡日以前31日以上45日以下については1日につき720円

※自己負担額72円（1割）144円（2割）216円（3割）

・死亡日以前4日以上30日以下については1日につき1,440円

※自己負担額144円（1割）288円（2割）432円（3割）

・死亡日の前日及び前々日については1日につき6,800円

※自己負担額680円（1割）1,360円（2割）2,040円（3割）

・死亡日については1日につき12,800円

※自己負担額1,280円（1割）2,560円（2割）3,840円（3割）

・別紙、「重度化対応・終末期ケア対応指針」に基づき必要な介護を行います。

・別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定特定施設において、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者について看取り介護を行った場合に必要となります。但し、要介護者のみの算定となります。

・看取り介護加算は死亡月にまとめて算定するため、グループホーム退居後などホームにいない月についても、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の自己負担が発生する場合があります。

- ⑧介護職員等の処遇改善加算(I) ※自己負担額は1割負担者で(1月につき+所定単位×186/1000)
 2割負担者は(1月につき+所定単位×186/1000)の2倍
 3割負担者は(1月につき+所定単位×186/1000)の3倍の金額となります。

※⑧の変更は、令和6年6月1日からとなります。

⑨ 介護保険サービス以外の利用料

食 事	朝食250円 昼食350円 夕食570円 (おやつも含む)	
教養娯楽 (一回当りの金額)	クラブ活動の材料費 実 費	
部 屋 代 (日額)	A室 約 8畳 1,000円 B室 約 9畳 1,100円 C室 約10畳 1,200円 D室 約12畳 1,300円	
水道光熱費 (日額)	500円	
暖 房 費 (日額) (11月~3月)	灯油代	200円
	暖房設備費 (生活保護適用者)	A室 0円 B室 50円 C室 100円 D室 150円
個室冷房電気等使用料	120Kwhまでは1Kwhにつき15円 120Kwhを超えた場合1Kwhにつき21円 (東北電力の電気料金を参考にし、その料金に変動があった際は同調する場合があります。その際は事前にお知らせ致します)	

(減免規程)

生活保護受給者の部屋代については、月額31,000円を上限とする。

⑩ その他の費用

生活日用品	理容代又は美容代	実費負担
	オムツ代	実費負担
	日用品	各自ご持参してください。 (ティッシュペーパー、歯ブラシ、歯磨き粉等)
その他	個人で使用するもの (防水シート、エアマット等)	実費負担 各自ご持参してください。

6. 料金の支払い方法

月末締め、翌月10日までにご請求をいたしますので、20日までに、お支払い願います。(現金もしくは口座振込み)

金融機関 支店名	口座名	口座番号
青い森信用金庫 青森営業部	認知症対応型グループ ホームあんしんハウス ホーム長 中村 恭一	普0031412

7. サービスの利用方法

(1) サービスの利用の開始

まずは、お電話などでお申込みください。当施設職員がお伺いします。

※居宅（介護予防）サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

①退所を希望される場合は、7日前までにご連絡願います。

②自動終了

以下の場合には双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

ア、他の介護保険施設に入所された場合。

イ、介護保険給付でサービスを受けていた利用者の介護度が非該当（自立・要支援1）と認定された場合。

ウ、利用者が亡くなられた場合。

③その他

ア、サービス利用料の支払いが1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わなかった場合。

イ、利用者、ご家族が当ホーム職員に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為があった場合は、サービス契約終了の20日前に文書で通知し、退所していただく場合があります。

(3) サービス利用に当たっての留意事項

①感染症の方は、医師の診断の元に判断します。

②利用者の外泊・外出は事前にお知らせください。

③緊急連絡時、確実に連絡がとれるようにしてください。

8. サービス内容に関する苦情

①（苦情相談窓口）青森市大野字若宮151番地19

担当者 管理者 中村 恭一

電話 017-739-1477

FAX 017-739-1400

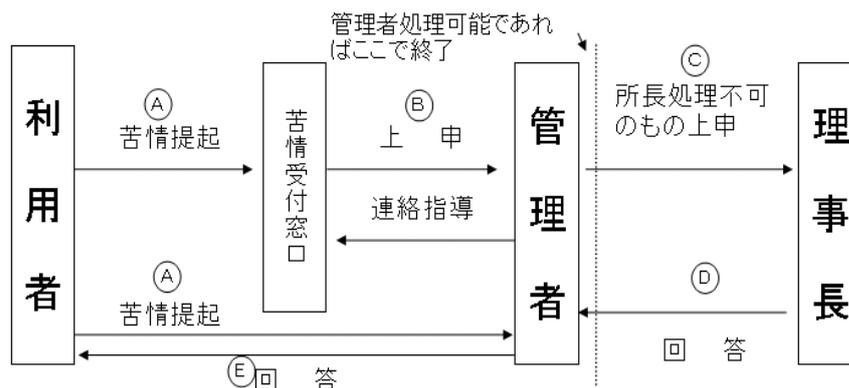
受付時間 月曜日～金曜日、9:00～18:00

※休日、時間外でも担当者に連絡を取れるようにしております。

苦情BOX ホーム玄関に設置

（直接窓口相談者に苦情申し立てできます。）

苦情解決に関わるフローチャート



- A 利用者より苦情受付窓口へ苦情提起
- B 苦情受付窓口は速やかに管理者へ連絡(管理者処理可能な苦情は管理者が処理する)
- C 管理者より理事長へ相談(管理者処理不可能な苦情が生じた場合)
- D 理事長より協議の結論を管理者へ
- E 管理者より利用者へ回答し、受付職員は苦情(相談)受付記録簿に記録する。

②その他

当事業所以外に、お住まいの市町村又は青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

青森県国民健康保険団体連合会

住所：青森市新町二丁目4番1号

電話：017-723-1301

受付時間：9：00～16：00

青森市福祉部介護保険課

住所：青森市新町一丁目3番7号

電話：017-734-5257

受付時間：8：30～18：00

9. 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、優先的な診療・入院治療を保証するものではなく、また、義務付けるものでもありません。)

(1) 協力医療機関

①医療機関の名称	白取医院
所在地	青森市大字高田字川瀬294番地9 電話 017-739-2342 FAX 017-739-1074
診療科目	内科
②医療機関の名称	とよあきクリニック
所在地	青森市浜田字豊田97番地12

	電話 017-762-3100 F A X 017-762-3131
診療科目	肛門科・胃腸科・外科・内科・整形外科
③医療機関の名称	ふじもと歯科医院
所在地	青森市大字荒川字柴田15番地2 電話 017-762-2030 F A X 017-762-2030
診療科目	歯科

10. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、家族等に連絡します。

主治医	連絡先			
	氏名		電話	
ご家族1	連絡先			
	氏名		電話	
ご家族2	連絡先			
	氏名		電話	

11. 衛生管理等に関する事項

(1) 事業所は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

(2) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じます。

①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を概ね6月に1回以上開催するとともに、その結果をについて、従業者に周知徹底を図ります。

②事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。

③事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

12. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに連携病院の医師に連絡し、指示を仰ぎその指示に従います。ご家族及び関係市町村等に連絡します。

また、事業者は自己の責に帰すべく事由により、契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 社会福祉法人 全国社会福祉協議会

取扱損害保険代理店：株式会社福祉保険サービス
引受損害保険会社幹事会社：損害保険ジャパン日本興亜株式会社

保険名 社会福祉施設総合損害補償（しせつの損害補償）

補償の概要 対人：1億円、対物：1千万円

13. 個人情報の提供について

サービス担当者会議、医療機関等各関係機関より依頼のあった利用者の個人情報、利用者のご家族の個人

情報を提供する場合は本人の同意を得た上でのみ行います。

1 4. 虐待防止に関する事項

(1) 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

- ①虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ②虐待防止のための指針を整備します。
- ③虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- ④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

担当者 管理者 中村 恭一

(2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に連絡します。

1 5. 身体拘束に関する事項

(1) 事業所は、当該利用者又は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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用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。

(2) 事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

- ①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、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図る
- ②身体拘束等の適正化のための指針の整備
- ③介護職員その他の従業者に対して、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施

1 6. 非常災害対策

防災時の対応	防災緊急連絡網での緊急召集により避難誘導、安全の確保を図ります。（別紙参照）
防災設備	消火器、ガス警報機、非常階段、防災カーテン他 自動火災報知設備、非常通報設備
防災訓練	消防計画に基づき年2回以上の避難訓練、同時に職員に対する防災教育も行います。 ①消防計画の周知徹底。 ②同計画に基づく責任分担の周知。 ③消防用設備及び防災設備の機能及び取扱説明。 ④その他防火管理上必要な事項。
防火管理者	中村 恭一

1 7. 地域との連携等

(1) 事業所は、その運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。

(2) 事業所は、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提供に当

たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、(介護予防)認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される協議会(以下この項において「運営推進会議」という。)を設置し、おおむね2月に1回以上、運営推進会議に対し提供している本事業所のサービス内容及び活動状況等を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。

(3) 事業所は、前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表します。

18. 業務継続計画の策定等

(1) 事業所は、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(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

(2) 事業所は、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) 事業所は、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。

19. その他運営に関する留意事項

(1) 事業所は、全ての介護従業者(看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。)に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。また、従業者の資質向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、業務の執行体制についても検証、整備をします。

①採用時研修 採用後2か月以内

②継続研修 年1回

(2) 従業者及び従業者であった者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。

(3) 事業所は、従業者及び従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(4) 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提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

(5) 事業所は、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に関する記録を整備し、サービス提供終了の日から2年間保存します。また、事業所は、請求及び受領に係る記録を整備し、その完結の日から5年間保存するものとします。

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護サービス及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービス提供にあたり、利用者に対し本書面に基づき、重要な事項を説明しました。

事業所名 青森市大野字若宮 1 5 1 番地 1 9
グループホームあんしんハウス

説明者 管理者 中村 恭一 印

私は、本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護サービス及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスについて、重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。さらに、個人情報の提供についても同意しました。

利用者

住 所
氏 名 _____ 印

家族又は身元引受人

住 所
氏 名 _____ 印