

地域密着型認知症対応型共同生活介護
地域密着型介護予防認知症対応型共同生活介護
ライフの学校グループホーム幸町キャンパス
重要事項説明書

**当事業所は介護保険の指定を受けています。
(仙台市指定 第 0495100596 号)**

当事業所はご利用者に対して、(介護予防)認知症対応型共同生活介護を提供します。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。

※当施設への入所は、仙台市の被保険者の方で原則として要介護認定の結果「要支援2以上」(※注)と認定され、認知症と診断された方が対象となります。

1. 事業者

- (1)法人名 社会福祉法人 ライフの学校
(2)法人所在地 仙台市若林区上飯田字天神1番地1
(3)電話番号 022-289-8555
(4)代表者氏名 理事長 田 中 伸 弥
(5)設立年月日 平成19年2月16日

2. 事業所の概要

- (1)事業所の種類 認知症対応型共同生活介護事業所
介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
令和4年4月1日指定

(2)運営方針・

目的

認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、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することを目的とします。地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

- (3)事業所の名称 ライフの学校グループホーム幸町キャンパス

- (4)事業所の所在地 宮城県仙台市青葉区高松1丁目6-3

- (5)電話番号 090-6624-0163

- (6)所長(管理者)氏名 岩 槻 幸 展

(7)当施設の経営理念

- ・私達は、利用者様との信頼関係を築き、寄り添い共に生活を送ります。
- ・私達は、利用者様の自己実現のために行動します。
- ・私達は、利用者様の尊厳を大切にします。

- (8)開設年月日 令和4年4月1日

- (9)入居定員 18人

3. 居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は全室個室で冷暖房完備です。日常生活は、9人ずつのユニットケアを基本としています。食堂・リビング・浴室を設置しております。

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	18室	2ユニット 各室冷暖房完備
合 計	18室	1階ユニット9床、2階ユニット9床
共同生活室	2室	共用
多目的スペース	2箇所	共用
浴室	2室	リフト浴
トイレ	6箇所	1階ユニット 3箇所、2階ユニット 3箇所

※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、認知症対応型共同生活介護事業所に必須が義務づけられている施設設備です。この施設設備の利用にあたって、個室利用に対しての居住費はいただきますが、その他ご契約者に特別に設備費用で負担いただくことはありません。

☆ 居室の変更:ご契約者から居室の変更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、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して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職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤換算	指定基準
1. 管理者・所長 (認知症対応型サービス事業管理者)	1名 (兼務)	1名
2. 介護職員	9名以上 (兼務)	6名
3. 介護支援専門員 (認知症介護実践者修了者)	1名以上 (兼務)	1名
4. サービス計画作成者 (認知症介護実践者修了者)	1名以上 (兼務)	1名

5. 緊急時の対応

○身体状況急変時・・・訪問看護師を中心とした緊急体制をとっております。ご契約者の容態

に変化等があった場合は、往診医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族等へ速やかに連絡します。

○災害時 ……定期的に避難訓練を行い、災害時に備えております。

防災管理者…管理者 岩 槻 幸 展

○感染症発症時 ……感染対策委員会を設置し、衛生管理、健康管理等の予防対策と発生時の対策を整備し、感染症の発生時に備えております。

感染症の発生を確認した場合、早急に感染症拡大を防ぐ対策を講じ、蔓延防止に努めます。

○不審者侵入時 ……不審者が施設内に侵入、利用者様に危害をおよぼさないよう、事業所防犯管理体制を整備しております。

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設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)介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第3条参照）＊

以下のサービスについては、利用料金の大部分（食事、居住費に係る標準自己負担額を除き7～9割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

サービスの内容

認知症対応型共同生活介護計画の立案

食事

入浴

排泄

介護

相談援助サービス

その他

＊これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

1 食事（材料費は実費でご負担していただきます）

・栄養並びにご契約者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

・ご契約者の心身の状況に応じて、適切な方法により、食事の自立について必要な支援を行います また、ご契約者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、ご契約者がその心身の状況に応じて可能な限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保します。

（食事時間）

朝食：7:30頃 昼食：12:00頃 おやつ：15:00頃 夕食：17:30頃

（但し、ご契約者のご希望や身体状況等により食事時間の変更も可能です。）

2 入浴

・ご契約者の心身の状況や自立支援を踏まえて、適切な方法により実施いたします。なお、体調により入浴することが困難な場合は、清拭を実施するなどご契約者の清潔保持に努めます。

3 排泄

- ・ご契約者の心身の状況や排泄状況などをもとに、自立支援の観点から、トイレ誘導や排泄介助等について適切な方法で実施いたします。
- ・ご契約者がおむつを使用せざるを得ない場合には、その心身及び活動の状況に適したおむつを提供するとともに、おむつ交換は、ご契約者の排泄状況を踏まえて実施いたします。

4 健康管理

- ・往診医、看護師、介護職が健康管理を行います。

5 その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
- ・ご契約者のご希望によりレクリエーション、クラブ活動に参加いただけるよう配慮します。
(材料費等は実費でいただきます)

6 相談及び援助

- ・施設は、常にご契約者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、ご契約者及びそのご家族に対し、その相談に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。

7 看取り介護について

- ・往診医が一般的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した利用者様について、本人及び家族とともに、往診医、看護師、介護職員等が共同して、随時本人及びその家族に対して十分な説明を行い、合意を得ながら、その人らしさを尊重した看取りができるよう支援いたします。

- 1) 往診医の協力のもと、各職員が看取りの心をもち、本人の尊厳に十分配慮しながら介護にあたります。
- 2) 往診医・看護師・介護職員等が共同で看取り介護に関する計画書を作成し提示します。必要に応じてケアプランの見直しやカンファレンスを行い、ご家族と密に連絡を取ります。
- 3) 看取り介護中であっても、苦痛を伴う場合、ご家族が希望される場合は中止して病院に入院していただくことも可能です。
- 4) 事業所には常勤医師の配置はなく看護師も不在ですが、緊急時の対応については介護員が緊急連絡体制に基づき看護師と24時間連絡体制が確保されています。
- 5) 死亡時は往診医が施設にて死亡確認を行います。日中往診医が職務中など直ちに来所出来ない場合もあります。
- 6) 看取り介護についての説明は入所の際行いますが、終末期に入ったと判断された時点で再度ご家族へ説明をおこない内容を確認の上、同意書をいただきます。

7. 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、下記協力医療機関において診察や入院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	社会福祉法人康陽会 中嶋病院
所在地	仙台市宮城野区大槻15番27号
電話番号	022-291-5191
診療科	内科、外科、形成外科、心療内科、脳神経外科

2 協力歯科医療機関

医療機関の名称	ゆとりの医科歯科クリニック
所在地	仙台市宮城野区新田5丁目1-20
電話番号	022-253-6581

8. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該(介護予防)認知症対応型共同生活介護が法廷代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

介護報酬告示額

下記の料金表によって、ご利用者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額(自己負担額)をお支払いください。(サービスの利用料金は、ご利用者の要支援度に応じて異なります。)

〔認知症対応型共同生活介護〕

サービス利用料金(1日あたり)

介護保険負担割合1割の場合

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	7,692円	7,733円	8,092円	8,339円	8,503円	8,678円
2.介護保険から給付される金額	6,922円	6,959円	7,282円	7,505円	7,652円	7,810円
3.サービス利用に係る自己負担額1-2	770円	774円	810円	834円	851円	868円
4.食事料金	1,500円(朝:400円 昼:600円 夕:500円)					
5.水光熱費	750円					
6.居住費	1,810円					
7.自己負担額	4,830円	4,834円	4,870円	4,894円	4,911円	4,928円

介護保険負担割合2割の場合

要介護度	要支援2	要介護度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	7,692円	7,733円	8,092円	8,339円	8,503円	8,678円
2.介護保険から給付される金額	6,153円	6,186円	6,473円	6,671円	6,802円	6,942円
3.サービス利用に係る自己負担額1-2	1,539円	1,547円	1,619円	1,668円	1,701円	1,736円
4.食事料金	1,500円(朝:400円 昼:600円 夕:500円)					
5.水光熱費	750円					
6.居住費	1,810円					
7.自己負担額	5,599円	5,607円	5,679円	5,728円	5,761円	5,796円

介護保険負担割合3割の場合

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	7,692円	7,733円	8,092円	8,339円	8,503円	8,678円
2.介護保険から給付される金額	5,384円	5,413円	5,664円	5,837円	5,952円	6,074円
3.サービス利用に係る自己負担額1-2	2,308円	2,320円	2,423円	2,502円	2,551円	2,604円
4.食事料金	1,500円(朝:400円 昼:600円 夕:500円)					
5.水光熱費	750円					
6.居住費	1,810円					
7.自己負担額	6,368円	6,380円	6,488円	6,562円	6,611円	6,664円

※前項の介護度別料金(自己負担)には、基本サービス費の他

- ・医療連携体制加算Ⅰ 37単位の場合 1割 38円/日 2割 76円/日 3割114円/日
- ・サービス提供体制加算(Ⅲ)
 - 18単位の場合 1割 19円/日 2割 37円/日 3割 56円/日
- ・若年性認知症利用者受入れ加算(65歳以下) 1割124円/日 2割247円/日 3割370円/日
- ・口腔衛生管理体制加算 30単位 1割 31円/月 2割 62円/月 3割 93円/月
- ・栄養管理体制加算 30単位 1割 31円/月 2割 62円/月 3割 93円/月
- ・口腔・栄養スクリーニング加算(半年に一回)
 - 20単位 1割 21円/回 2割 42円/月 3割 63円/月
- ・科学的介護推進体制加算(Ⅰ)40単位 1割 41円/月 2割 82円/月 3割 123円/月
- ・認知症対応型初期加算 30単位(入居した日から30日以内)
 - 1割 31円/日 2割 62円/日 3割 93円/日
- ・認知症チームケア推進加算 1割 154円/月 2割 308円/月 3割 462円/月
- ・看取り介護加
 - 死亡日45日以下 1割 74円/日 2割 148円/日 3割 222円/日
 - 死亡日30日以下 1割 148円/日 2割 296円/日 3割 444円/日
 - 死亡日 3日以下 1割 699円/日 2割1397円/日 3割2095円/日

死亡日 1割1315円/日 2割2629円/日 3割3944円/日

・入院時費用 246単位/日(1月につき6日を限度)

入院時・外泊時の費用(1日につき246単位 1割253円/日 2割506円/日 3割758円/日 ご契約者が病院又は診療所への入院を要した場合及び外泊される場合。1ヶ月間のうち6日間を限度としてご負担していただきます。)

・退院時情報提供加算 250単位/回(1人につき1回を限度)

・認知症対応型退去時相談援助加算 400単位/回(1人につき1回を限度)

が該当の場合含まれます。

※別途、利用総単位数に18.6%を乗じた額が加算されます。(介護職員処遇改善加算1)

その他実費となる費用

(1) 食材料費 1日 1500円(45,000円 30日)

(2) 理美容代 実費、訪問理容により変わります。

(3) おむつ代 実費

(4) 日常生活費 実費

(5) 水光熱費 1日 750円(22,500円 30日)

(6) 居住に要する費用 1日1810円(54,300円 30日)

(7) リネン代金【レンタルされる方のみ別途】

利用開始時

○布団 3,000円 ○肌掛け(夏布団) 1,500円 ○枕 500円

夏冬物入れ替え時、汚染等で交換した際に頂戴します。

月額 2,387円(冬季初回 5,887円、夏季初回 4,387円)

・防水シーツを利用された場合の料金

月額 2,557円(冬季初回 6,057円、夏季初回 4,557円)

(1) 貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。

○保管管理者:管理者

○出納方法:手続きの概要は以下の通りです。

・ 預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者に提出して頂きます。

・ 保管管理者は上記届出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。

・ 保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご契約者へ交付します。

○利用料金:1か月あたり 1,000円(手数料及び保険料の実費程度)

(2) 複写物の交付

ご契約者は、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

(3) 生活上必要となる諸費用実費

日常生活の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で契約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いただきます。

(4) 利用料金のお支払方法(契約書第5条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、翌月末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金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

○お支払方法

料金は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたします。翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

1 お振込によるお支払 ご入金いただく場合の手数料につきましては、ご負担願います。

振込先 七十七銀行 幸町支店 普通番号 5023568

口座名義 社会福祉法人 ライフの学校 認知症対応型グループホーム

2 口座振替によるお支払

その他の銀行 毎月27日振替(※上記同様)

9. サービス利用に当たっての留意事項

- ①利用者は、管理者その他の従業者による指導又は指示に従うとともに、事業所内における共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めること。
- ②利用者は、外出を希望する場合は、所定の手続きにより管理者に届け出ること。
- ③利用者は、事業所の整理、整頓その他環境衛生を保持するため、事業所に協力すること。
- ④利用者は、事業所が定める遵守事項に従うこと。

10. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従業者等の訓練を行います。

11. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

12. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

13. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。
また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

14. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

15. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。
ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、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について記録します。

16. 成年後見人制度について

利用者の希望や必要に応じて成年後見人制度の利用を支援します。

17. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により利用者様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。
ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

18. 身体拘束・虐待・苦情に関する相談窓口

当事業所における苦情や相談は以下の専用窓口で受付けます。

受付窓口 計画作成担当 高橋 幸寿

解決責任者 管理者 岩槻 幸展

また、受付ボックスを1階事務所付近に設置しております。

受付時間 毎週 月曜日～金曜日 9:00～17:00

(ただし、祝祭日と元旦は除きます。)

行政機関その他苦情等受付機関

仙台市健康福祉局 保険高齢部 介護事業支援課 施設指導係	所在地 仙台市青葉区国分町3丁目7-1 電話番号 022-214-8318 受付時間 9:00～17:00
仙台市青葉区役所 保健福祉センター 介護高齢課 介護保険係	所在地 仙台市青葉区上杉一丁目5-1 電話番号 022-225-7211 受付時間 9:00～17:00
宮城県 国民健康保険団体連合会	所在地 仙台市青葉区上杉1丁目2-3 電話番号 022-222-7700 受付時間 9:00～16:00
宮城県社会福祉協議会 『運営適正化委員会』	所在地 仙台市青葉区本町3丁目7-4 電話番号 022-716-9674 受付時間 9:00～17:00

「個人情報の使用等に係る説明」

以下に定める条件の通り、ライフの学校グループホームは、利用者本人及び身元引受人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲で使用、提供、または収集することをお約束致します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 利用者に関わる介護計画(ケアプラン)を立案し、円滑にサービスが提供されているために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- (2) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体(保険者)、その他社会福祉団体等との連絡調整のため。
- (3) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要がある場合。
- (4) 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため。
- (5) 行政からの求めに応じるとき。
- (6) その他サービス提供で必要な場合。
- (7) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合。

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外は決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方等について経過を記録し、請求があれば開示する。

4. 利用者の肖像権及び、施設内における他利用者への面会者、業者等との関係

- (1) 施設においてはその性格上、他利用者の家族、見学者、施設管理に関する業者等の施設への出入りがあります。
- (2) 当法人では、広報誌、ホームページにて、利用者の日常の様子を関係方面にお知らせしております。その場合、ご利用者の写真を掲載させていただく場合があります。

令和 年 月 日

指定地域密着型(介護予防)認知症対応型共同生活介護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。

指定地域密着型(介護予防)認知症対応型共同生活介護

「ライフの学校グループホーム幸町キャンパス」

説明者職名 _____ 氏名 _____

私は、本書面に基ついて事業者から重要事項の説明を受け、より良い介護サービス実施のため、サービス担当者会議等でご契約者並びにご家族の情報をうけるほか、医療機関・居宅介護支援事業者等への情報の提供を含め、指定地域密着型(介護予防)認知症対応型共同生活介護の提供開始に同意しました。

契約者住所 _____

氏名 _____

身元保証人住所 _____

連絡先 _____

氏名 _____

(契約者との続柄 _____)

身元保証人住所 _____

連絡先 _____

氏名 _____

(契約者との続柄 _____)