

重要事項説明書

事業主体概要

法人名	社会福祉法人 札幌恵友会
所在地	札幌市北区新川 715 番地 2
代表者名	理事長 宮坂 勝文
法人の理念	－法人施設の一員として、高い倫理的自覚を持ち、協調性、一体感を保持するものとする。 －保健医療・介護福祉サービスを不断の教育、訓練により質の向上を図り、利用者本位の良質かつ適正なサービスの提供に努めるものとする。 －利用者の尊厳を重んじ、その自立を基本に関係機関、団体と協力・連携し支援するものとする。

グループホーム概要

事業所の種類	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
事業所の名称	グループホーム 茨戸ふぁみりあ 3号棟
事業所番号	0170201289
住所	札幌市北区東茨戸 2条3丁目2番1号
電話番号/ FAX	011-775-0505 / 011-775-0539
交通の便	中央バス麻生ターミナル乗車（麻 24 あいの里教育大線） 茨戸耕北橋下車 徒歩 15分
管理者	3号棟：関谷 純一 4号棟：林 みき
開設年月日	平成15年4月23日
グループホームの目的	要支援2以上である認知症状態の方（以下利用者と言う。）に対して家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の日常生活の援助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て可能な限り自立した生活を営む事ができるよう支援する事を目的とする。
グループホームの運営方針	1. グループホームが提供する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（以下「認知症対応型共同生活介護」という。）は、介護保険法に関係する厚生労働省令並びに公示の趣旨及び内容に沿ったものとする。 2. 職員は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提供に努めるとともに、認知症対応型共同生活介護計画を作成する事により利用者が必要とするサービスを適切な介護技術を持って提供し、常に当該提供したサービスの質について管理及び評価を行うものとする。 3. グループホームの事業の実施にあたって、関係市町村、居宅介護支援事業所、その他保健・医療サービス又は福祉サービスを提供するものと密接な連携により、認知症対応型共同生活介護の提供を開始前から終了後に至るまで、利用者が継続的に保健・医療サービス又は福祉サービスを利用できるよう必要な援助に努め、利用者及び家族に対しサービス内容、提供方法等について解りやすく説明するものとする。

施設の概要

建物構造	木造平屋建			
面積	敷地面積	2177.00 m ²	延床面積	818.48 m ²
居室面積	1階（18室） 16.0 m ²			

入居定員	3号棟	4号棟
	9名	9名

職員の体制

【3号棟】

常 勤			
職員種別	員 数	専 従	兼務状況
管理者	1名		計画作成者・介護従業者
計画作成担当者	1名		管理者・介護従業者
介護従業者	8名	7名	
非 常 勤			
職員種別	員 数	専 従	兼務状況
介護従業者	1名	1名	

【4号棟】

常 勤			
職員種別	員 数	専 従	兼務状況
管理者	1名		計画作成者・介護従業者
計画作成担当者	1名		管理者・介護従業者
介護従業者	8名	7名	
非 常 勤			
職員種別	員 数	専 従	兼務状況
介護従業者	0名	0名	

職務内容

管理者	従業者の管理及び業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業の実施に関し法令などを遵守させる為の必要な指揮命令を行う。
計画作成担当者	（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成する。
介護従業者	（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供にあたる。

勤務体制

	3号棟	4号棟	
昼間の勤務体制	3名	3名	早出 7:00~15:00
			日勤 9:00~17:00
			遅出 10:20~18:20
夜間の勤務体制	1名	1名	夜勤 16:30~ 9:30

サービス利用に当たっての留意事項

1. 利用者は居室及び共用施設、敷地をその本来の用途にしたがって利用していただきます。
2. 利用者は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事業者及びサービス従業者が契約者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることを認めていただきます。ただしその場合、事業者は契約者のプライバシー等の保護について、十分な配慮をするものとします。
3. 利用者は施設内で次の各号に該当する行為をすることはご遠慮いただきます。
 - (1) 火気の手伝い。
 - (2) サービス従業者又は他の利用者に対し、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。
 - (3) 決められた以外の物品の手伝い。
4. 利用者の心身の状況により、居室替えをお願いする場合があります。

保険給付サービス・利用料金

保険給付サービス	食事・排泄・入浴・着替えの介助等、日常生活上の援助、日常生活での生活リハビリ、健康管理・相談・支援等について包括的に提供され、下記の要介護度別に応じて定められた金額（省令により変動有り）が、自己負担となります。
----------	---

サービス利用料金

単位：円／日

		1割負担	2割負担	3割負担
イ（介護予防） 認知症対応型共同生活介護費	要支援2	760	1,519	2,279
	要介護1	764	1,527	2,291
	要介護2	799	1,598	2,397
	要介護3	824	1,647	2,470
	要介護4	840	1,679	2,519
	要介護5	857	1,714	2,571
ロ（介護予防） 短期利用認知症 対応型共同生活介護費	要支援2	788	1,576	2,364
	要介護1	792	1,584	2,376
	要介護2	829	1,657	2,486
	要介護3	853	1,706	2,559
	要介護4	870	1,740	2,610
	要介護5	887	1,773	2,659

別途加算料金表（以下は実施状況に応じて加算されます）【1割負担】

※2割負担は2倍、3割負担は3倍となります。

夜間支援体制加算	夜間支援体制加算Ⅰ	51円/日	夜間及び深夜の時間帯を通じて1の介護従事者を配置している場合において、それに加えて常勤換算方法で1以上の介護従業者又は宿直勤務に当たる者を配置していること。 Ⅰ:(1)認知症対応型共同生活介護Ⅰまたは短期利用認知症対応型共同生活介護Ⅰの場合 (2)夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が2以上であること。 Ⅱ:(1)認知症対応型共同生活介護Ⅱまたは短期利用認知症対応型共同生活介護Ⅱの場合 (2)夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所を構成する共同生活住居の数に1を加えた数以上であること。
	夜間支援体制加算Ⅱ	26円/日	
認知症行動・心理症状緊急対応加算 (短期のみ)(入居日から7日を限度)		203円/日	医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護を利用することが適当であると判断した者に対し、短期利用認知症対応型共同生活介護を行った場合。
若年性認知症利用者受入加算		122円/日	受け入れた若年性認知症利用者(初老期における認知症によって要介護者となった者)ごとに個別に担当者を定めていること。
入院時費用(1月に6日を限度)		250円/日	入院後3か月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び円滑に入居することができる体制を整えていること。
看取り介護加算 (短期利用を除く・1日につき)	死亡日以前31日以上 45日以下	73円/日	基準に適合する施設において看取り介護を行った場合。 ・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した者であること。 ・医師、看護職員(当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院の職員に限る)、介護支援専門員その他の職種の者が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者(その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。)であること。 ・看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者(その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む)であること。 ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うこと。 ※医療連携体制加算を算定しない場合は算定不可。
	死亡日以前4日以上30日以下	146円/日	
	死亡日前日及び前々日	690円/日	
	死亡日	1298円/日	
初期加算(短期利用を除く・1日につき)		31円/日	・入居した日から起算して30日以内の期間 ・医療機関に30日以上入院した後、退院して再入居した場合
協力医療機関連携加算		102円/月 41円/月	協力医療機関との間で、入所者などの同意を得て当該入所者などの病歴などの情報を共有する会議を定期的開催していること。
医療連携体制加算 (要支援2を除く・1日につき)	医療連携体制加算Ⅰ	58円/日	・病院看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。 ・病院看護師との連携により、看護師を1名以上確保していること。 ・重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
	医療連携体制加算Ⅰロ	48円/日	
	医療連携体制加算Ⅰハ	38円/日	
	医療連携体制加算Ⅱ	5円/日	
退去時情報提供加算		254円/回	①入居者が退所退居して医療機関に入院する場合、当該医療機関に対して、入居者を紹介するに当たっては、別紙様式9の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを介護記録等に添付すること。
退居時相談援助加算(短期利用を除く・利用期間が1か月を超えた利用者1人につき1回を限度)		406円/回	退居時に当該利用者及びその家族等に対して、退居後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保険医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行い、かつ当該利用者の同意を得て、退居の日から2週間以内に退

			居後の居住地を管轄する市町村等に対して必要な情報を提供した場合。
認知症専門ケア加算（短期利用を除く・1日につき）	認知症専門ケア加算Ⅰ	3円/日	<ul style="list-style-type: none"> 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者の占める割合が2分の1以上であること 認知症介護実践リーダー研修修了者を、対象者の数が20人未満の場合は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、当該対象者の数が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こと。 当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術指導に係る会議を定期的実施していること。
	認知症専門ケア加算Ⅱ	4円/日	<ul style="list-style-type: none"> 認知症専門ケア加算Ⅰの要件を満たし、かつ、認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置（認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が10人未満の場合は実践リーダー研修修了者と指導者研修修了者は同一人で可） 介護・看護職員毎の認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い研修を実施、又は研修を予定していること。
認知症チームケア推進加算	認知症チームケア推進加算Ⅰ	153円/月	次に掲げる基準のいずれにも適合する場合に算定。 <ul style="list-style-type: none"> 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合すること 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を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること 当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること
	認知症チームケア推進加算Ⅱ	254円/月	次に掲げる基準のいずれにも適合する場合に算定。 <ul style="list-style-type: none"> 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合すること 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を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること 当該施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること
生活機能向上連携加算（1月につき）	生活機能向上連携加算Ⅰ（3月に1回を限度）	102円/月	<ul style="list-style-type: none"> 訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士等やもしくは通所リハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る）の理学療法士等や医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。 作業療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握したうえで、助言を行うこと。
	生活機能向上連携加算Ⅱ	203円/月	<ul style="list-style-type: none"> 訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定。
栄養管理体制加算（イを算定する場合のみ算定・1月につき）		31円/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助言や指導を行うこと。 ※他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超過して管理栄養士を配置している施設に限る。
口腔衛生管理体制加算（イを算定する場合のみ算定・1月につき）		31円/月	別に厚生労働大臣が定める基準（※）に適合する指定認知症対応型共同生活介護事業所において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対す

		る口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月 1 回以上行っている場合。 ※事業所において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。
口腔・栄養スクリーニング加算（イを算定する場合のみ算定・6月に1回を限度）	21 円/6 ヶ月	介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
科学的介護推進体制加算（イを算定する場合のみ算定・1月につき）	41 円/月	・利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。 ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。
高齢者施設等感染対策向上加算 I	11 円/月	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
高齢者施設等感染対策向上加算 II	5 円/月	① 高齢者施設等感染対策向上加算(II)は、感染対策向上加算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こと。
新興感染症等施設療養費	244 円/日	① 新興感染症等施設療養費は、新興感染症のパンデミック発生時等において、事業所内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫を避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者の療養を施設内で行うことを評価するものである。 ② 対象の感染症については、今後のパンデミック発生時等に必要に応じて厚生労働大臣が指定する。令和 6 年 4 月時点においては、指定している感染症はない。 ③ 適切な感染対策とは、手洗いや個人防護具の着用等の標準予防策（スタンダード・プリコーション）の徹底、ゾーニング、コホーティング、感染者以外の入所者も含めた健康観察等を指し、具体的な感染対策の方法については、「介護現場における感染対策の手引き（第 3 版）」を参考とすること。
生産性向上推進体制加算 I	102 円/月	生産性向上推進体制加算（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を行うこと。
生産性向上推進体制加算 II	11 円/月	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、生産性向上がトータル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を行うこと。
サービス提供体制強化加算 I	23 円/日	I:以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士 70%以上 ②勤続 10 年以上介護福祉士 25%以上
サービス提供体制強化加算 II	19 円/日	II:介護福祉士 60%以上
サービス提供体制強化加算 III	6 円/日	III:以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士 50%以上 ②常勤職員 75%以上 ③勤続 7 年以上 30%以上

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位×18.6%（四捨五入）
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位×17.8%（四捨五入）
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位×15.5%（四捨五入）
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	所定単位×12.5%（四捨五入）
介護職員等処遇改善加算Ⅴ1～14	現行の3加算の取得状況に基づく加算率

介護保険外料金

居室料金	1日 2,500円 ※生活保護受給者は生活保護法に基づく住宅扶助基準額を上回らない額とします。	
食事	1日 1,100円（1日3食食べなかった場合は減額いたします。）	
光熱水費	夏期(6月～10月) 1日 600円	冬期(11月～5月) 1日 700円
おむつ代	実費（札幌市在住の方はおむつサービスの制度がありますのでご相談ください。）	

協力医療機関	医療法人社団 札幌優翔館病院 住所：札幌市北区東茨戸2条2丁目8-25 電話 011-772-9211	
	あお心のクリニック 住所：札幌市北区北10条西4丁目1-13 クレド2F 電話 011-738-7171	
	医療法人社団 健生会 しのろ山田歯科 住所：札幌市北区篠路6条5丁目158番地 電話 011-771-0300	
	医療法人社団 桜愛会 きこ歯科 住所：札幌市中央区南7条西15丁目2-3 マウントビュー715 3F 電話 011-200-6677	

事故発生時の対応

<ol style="list-style-type: none"> 利用者に対するサービスの提供により、事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。 前項の事故の状況及び事故に際して執った処置について、記録いたします。 利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、不可抗力による場合を除き速やかに利用者に対して損害を賠償いたします。 当事業所は万が一の事故に備えて、損害賠償責任保険に加入しています。
--

非常災害対策（防火管理責任者 山本 加代子）

<ol style="list-style-type: none"> 非常災害時に適切に対応するために、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けまた非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備いたします。 消火設備、非常災害に関する具体的な計画を立てるとともに非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を従業員等に行います。
--

運営推進会議

目的	事業の活動状況を報告し、評価、要望、助言等を受ける機会を設け、提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、サービスの質の確保を図ることを目的に概ね2ヵ月に1回以上開催します。
----	---

構成員	利用者、家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター職員等
-----	-------------------------------

苦情相談機関

1 苦情相談窓口			
苦情解決責任者	統括管理者	鈴木 幸恵 (茨戸ふぁみりあ2号棟)	電話 011-772-0338
苦情受付担当者	3号棟管理者	関谷 純一	電話 011-775-0505
	4号棟管理者	林 みき	電話 011-775-0505
第三者委員	水口 絢次	水口法律事務所 札幌恵友会顧問弁護士	011-699-5033
	龍瀧 良之	新川町内会 会長	011-763-5799
2 外部苦情相談機関			
(1) 北海道福祉サービス適正化委員会			
札幌市中央区北2条西7丁目 かでる 2.7		電話 011-204-6310	
(2) 北海道国民健康保険団体連合会 総務部 介護保険課苦情処理係			
札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館		電話 011-231-5161	

苦情解決の手順

1. 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面（サービス向上のための意見箱内の書面も含む）等により、苦情受付担当者が随時受付ける。尚、苦情解決責任者及び第三者委員へ直接苦情を申し出ることできる。

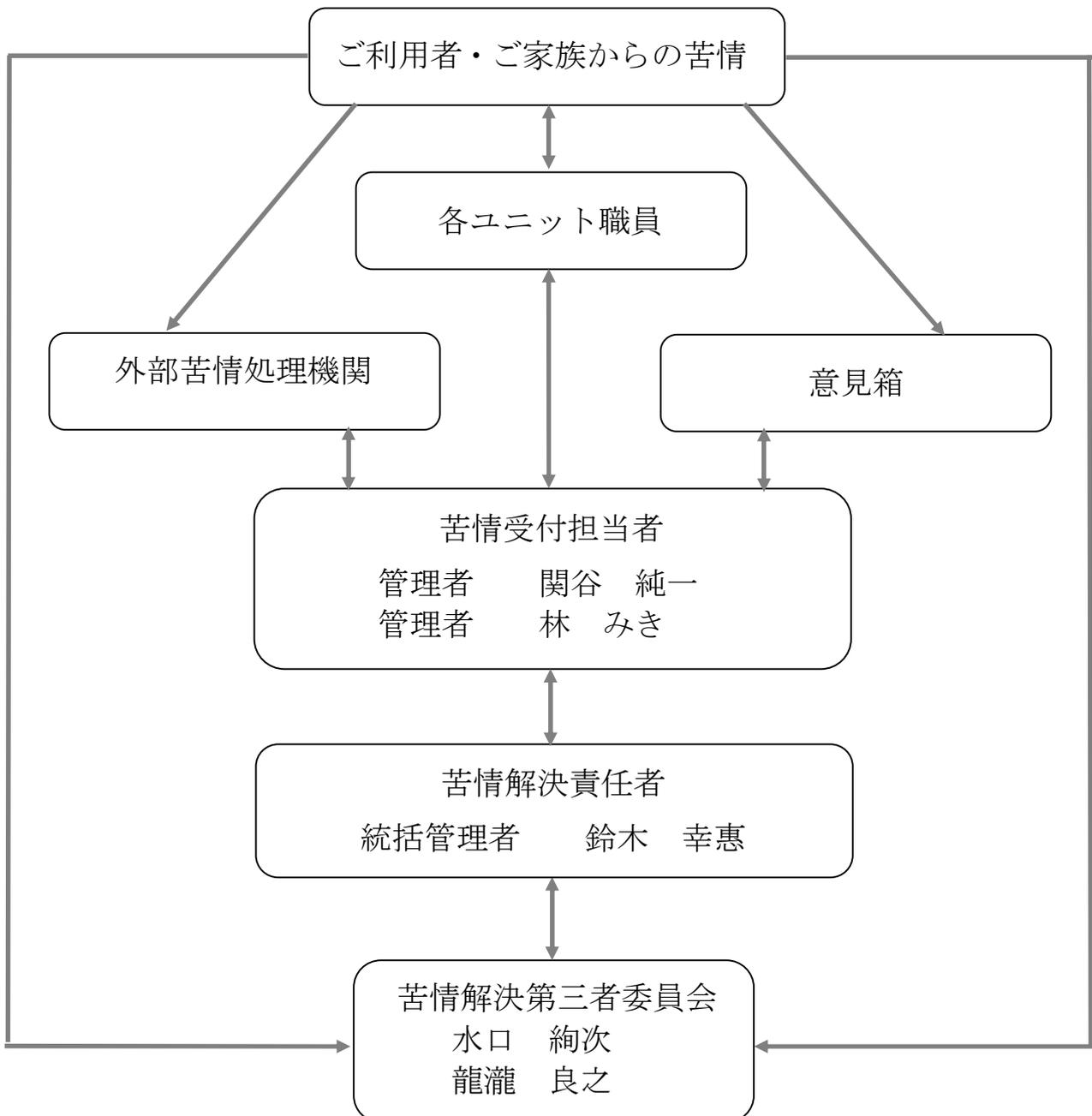
2. 受付の報告・確認

苦情受付担当者が受付けた苦情を苦情解決責任者（苦情申立人が直接苦情解決責任者へ申し出た場合を除いて）に報告、内容を確認後、報告を受けたことを苦情申立人へ通知する。

3. 苦情解決に向け

苦情解決責任者は、苦情申立人と解決に向けて誠意をもって話し合い、努力する。

【苦情解決体制（フローチャート）】



令和 年 月 日

《事業者》

グループホーム名 グループホーム茨戸ふぁみりあ 3 号棟

事業者名 社会福祉法人 札幌恵友会

住 所 札幌市北区新川 715 番地 2

説明者名 _____ 印

私は本書面に基づいて重要事項の説明を受けた事を確認します。

《利用者》

住 所 _____

名 前 _____ 印

《利用者代理人》

住 所 _____

名 前 _____ 印

《身元引受け人》

住 所 _____

名 前 _____ 印