重 要 事 項 説 明 書

１．事業主体概要

事業主体名	純真会
法人の種類	医療法人
代表者名	理事長　安藤文夫
所在地	岐阜県可児市下恵土 3440 番地の 678
他の介護保険関連の事業	居宅介護支援事業所　小規模多機能型居宅介護施設 通所リハビリテーション　訪問看護　訪問介護　訪問リハビリ 地域密着型通所介護
他の介護保険以外の事業	あんどうクリニック（無床診療所）

２．ホーム概要

ホーム名	グループホームそよ風
ホームの目的	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、家庭的な環境のもと、食事・入浴・排泄などの日常生活の支援及び日常生活の中で心身の機能訓練を行ない、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して、安心して尊厳のある生活を営む事ができるようサービスを提供する。
ホームの運営方針	本事業所において提供する（介護予防）認知症対応型共同生活介護は、介護保険法の趣旨及び内容に沿ったものとする。 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、個別の介護計画を作成する事により、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。 サービスの提供にあたっては、「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り組みを行い、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努める。 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わかりやすく説明する。 適切な介護技術を持ってサービスを提供する。 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。
ホームの責任者	後藤大輔
開設年月日	2012 年　2 月　14 日
保険事業者指定番号	２１９３１０００５０
所在地、電話・FAX 番号	岐阜県可児市矢戸 68 番地 （電話）0574-48-8787　　（ＦＡＸ）0574-65-6799

交通の便	名鉄西可児駅より南へ徒歩１５分
建物概要（権利関係）	構造：　鉄骨造　延床面積：　543.78　㎡
居室の概要	一人部屋　18 室　（一人当たりの面積　12.63　㎡）
共用施設の概要	居間及び食堂 浴室
緊急対応方法	ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、応急処置を行い、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡する。
防犯防災設備 避難設備等の概要	スプリンクラー設置 誘導灯　11 ヶ所 屋内消火器　　2 個 自動火災報知器あり カーテンなどは防炎性能のあるものを使用 別途定める「純真会グループホームそよ風防災管理規程」にのっとり年２回、避難訓練を入居の方も参加して行う。
損害賠償責任保険加入先	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

３．職員体制（主たる職員）

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等 内　容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	１人		1			介護福祉士 介護支援専門員	認知症対応型サービス事業管理者研修、認知症介護実践者研修
計画作成担当者	２人	1	1			介護福祉士 介護支援専門員	認知症対応型サービス事業管理者研修、認知症介護実践・リーダー研修、認知症介護実践者研修
介護従事者	１３人	8	1	4	0	介護福祉士 介護職員実務者研修 介護職員初任者研修	認知症対応型サービス事業管理者研修、認知症介護実践者研修

４．勤務体制

夜勤業務を行う従業者は、１ユニットあたり常時１名とする。

夜勤時間帯を除く時間帯に勤務する従業者は、介護保険法で定められた数とし、またはその端数を増すごとに１名以上を増員する。

５．ホーム利用にあたっての留意事項

・面会時間　9：00 から 20：00

来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。

来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。

・外出・外泊

外出・外泊の場合には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。

・居室・設備・器具の利用

住居内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損などが生じた場合、弁償していただく場合があります。

・喫煙

決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。

・迷惑行為など

騒音などの入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

また、むやみに他の入居者の居室などに立ち入らないでください。

・所持金品の管理

所持金品は、自己の責任で管理してください。

・宗教活動・政治活動

住居内での他の入所者に対する執拗な宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

・動物飼育

住居内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

６．サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・排泄･入浴(清拭)・着替えの介助等の日常生活上の世話､日常生活の中での機能訓練､健康管理､相談･援助等 上記については包括的に提供され、下記の表による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。
保険対象外サービス	理髪・美容、おむつ代については、各個人の利用に応じて自己負担となります。 料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。
居室の提供（管理料）	2,400 円/日
食事の提供	1,480 円/日（朝食 220 円　昼食 630 円　夕食 630 円）
その他の費用	その他自身で購入する物品などは実費精算で自己負担となります。

可児市は地域区分の 7 級地の適用地域であり、1 単位 10.14 円となります
総単位数に 10.14 円を乗じた保険請求額の 1 割分（又は 2 割/3 割分）が利用者負担額となります

基本部分

	基本単位
要支援 2	７４９
要介護 1	７５３
要介護 2	７８８
要介護 3	８１２
要介護 4	８２８
要介護 5	８４５

ショートステイ利用時

	基本単位
要支援 2	７７７
要介護 1	７８１
要介護 2	８１７
要介護 3	８４１
要介護 4	８５８
要介護 5	８７４

※該当の加算項目があった場合基本部分の総単位数に加算致します。

<table>
<tr><th>加算項目</th><th colspan="2">基本単位</th><th colspan="2">加算内容</th></tr>
<tr><td rowspan="2">協力医療機関連携加算</td><td>（１）</td><td>100/月</td><td colspan="2" rowspan="2">協力医療機関との間で利用者の同意を得て、病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合
当該医療機関が要件を満たす場合（１）
それ以外の場合（２）</td></tr>
<tr><td>（２）</td><td>40/月</td></tr>
<tr><td rowspan="4">医療連携体制加算</td><td>（Ⅰ）イ</td><td>57/日</td><td colspan="2" rowspan="4">利用者に対する日常的な健康管理、通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡、調整、看取りに関する指針を明確にして利用者又は家族に説明同意を得る。
他、施設基準を満たした場合</td></tr>
<tr><td>（Ⅰ）ロ</td><td>47/日</td></tr>
<tr><td>（Ⅰ）ハ</td><td>37/日</td></tr>
<tr><td>（Ⅱ）</td><td>5/日</td></tr>
<tr><td>退去時情報提供加算</td><td colspan="2">250/回</td><td colspan="2">利用者が退去し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して当該利用者の同意を得て、心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で紹介を行った場合（１人につき１回限り）</td></tr>
<tr><td>初期加算</td><td colspan="2">30</td><td colspan="2">入居日から 30 日間に限って加算します。また、30 日を超える入院後に再入居した場合も対象となります。</td></tr>
<tr><td colspan="5">以下の加算は、厚生労働省の定める加算要件が整った場合や
該当した場合に限り必要となります。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">夜間支援体制加算</td><td>（Ⅰ）</td><td>50</td><td colspan="2">１ユニットにおいて、夜勤従事者及び宿直者が２名以上となる場合</td></tr>
<tr><td>（Ⅱ）</td><td>25</td><td colspan="2">２ユニットにおいて、夜勤従事者及び宿直者が３名以上となる場合</td></tr>
<tr><td>認知症行動・心理症状緊急対応加算</td><td colspan="2">200</td><td colspan="2">医師が認知症行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であり、緊急にサービスを利用することが適当と判断した場合（7 日まで）</td></tr>
<tr><td>若年性認知症受入加算</td><td colspan="2">120</td><td colspan="2">若年性認知症利用者の方を受入れ、個別の担当者を定め、利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合</td></tr>
<tr><td rowspan="4">看取り介護加算</td><td colspan="2">72</td><td rowspan="4">医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し、他職種共同で介護計画を作成、説明し同意がありサービスが提供された場合</td><td>死亡日以前 31 日以上 45 日以下</td></tr>
<tr><td colspan="2">144</td><td>死亡日以前 4 日以上 30 日以下</td></tr>
<tr><td colspan="2">680</td><td>死亡日の前日及び前々日</td></tr>
<tr><td colspan="2">1280</td><td>死亡日</td></tr>
</table>

退去時相談援助加算	400		利用期間が１か月を超える利用者が退去し、その居宅で居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する時、サービスについての相談援助を行い、同意を得て市町村、サービス事業所に必要な情報文書を提供した場合
認知症専門ケア加算 ※１	（Ⅰ）	3/日	認知症日常生活自立度のランクⅢ以上の利用者が 50%以上で、認知症介護に関わる専門的な研修を修了している者が１人以上配置され、認知症ケアに関する会議を定期的に開催している場合
	（Ⅱ）	4/日	認知症介護に関わる専門的な研修を修了している者が１人以上配置され、指導しており、介護、看護職員ごとの研修計画を作成、実施している場合
認知症チームケア 推進加算 ※２	（Ⅰ）	150/月	（２）の要件と合わせて、認知症介護の指導に係る専門的な研修等を修了している者を１名以上配置している場合
	（Ⅱ）	120/月	個別に認知症の評価・測定を計画的に行い、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場合
			※1※2 は同時に算定しない
高齢者施設等感染対策 向上加算	（Ⅰ）	10/月	新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関との連携体制を構築しており、感染対策に関する研修又は、訓練に年１回参加している場合
	（Ⅱ）	5/月	感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関等から、感染制御等の実地指導を３年に１回以上受ける場合
新興感染症等施設療養費	240/日		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利用者に対し、適切な感染対策を行った上で施設介護を実施した場合（１月に１回、連続した５日を限度として）
生産性向上推進体制加算	（Ⅰ）	100/月	（Ⅱ）の要件を満たし、業務改善の取組による成果が確認された場合 また、複数のテクノロジーを導入し、職員間の適切な役割分担の取組を行っている場合
	（Ⅱ）	10/月	テクノロジーを１つ以上導入し、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おり、１年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っている場合
サービス提供体制加算	（Ⅰ） イ	22	当該事業所の介護従事者の総数の内、介護福祉士の資格を有する者の占める割合が 70%以上配置され、厚生労働省の定める基準に適合している体制が整った場合
	（Ⅱ）	18	当該事業所の介護従事者の総数の内、介護福祉士の資格を有する者の占める割合が 60%以上配置され、厚生労働省の定める基準に適合している体制が整った場合

	（Ⅲ）	6	当該事業所の介護従事者の総数の内、勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 30%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

加算項目	基本単位		加算内容
入院時の費用	246		入院又は外泊した場合、月 6 日を限度として所定単位数に変えて加算（入院の初日及び最終日は除く）
口腔・栄養スクリーニング加算	20/回		利用開始時及び利用中 6 か月ごとに口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合
栄養管理体制加算	30/月		管理栄養士（外部との連携可）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った場合
口腔衛生管理体制加算	30/月		歯科医または歯科医の指示を受けている歯科衛生士が、介護職員へ毎月 1 回以上口腔ケアに関わる技術的助言および指導を受け、口腔ケア計画書を作成している場合
生活機能向上連携加算	（Ⅰ）	100/月	自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため外部のリハビリテーション、専門職と連携し、認知症対応型共同生活介護計画を作成し計画的に機能訓練を行った場合、初回が行われた日の属する月に加算
	（Ⅱ）	200/月	外部のリハビリテーション、専門職と連携し、認知症対応型共同生活介護計画を作成し計画的に機能訓練を行った場合、初回が行われた日の属する月以降 3 か月の間、1 月につき加算
科学的介護推進体制加算	40/月		利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等基本的な情報を厚労省に提出しており、介護計画の見直し等サービスの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合
介護職員等処遇改善加算	（Ⅰロ）	0.228	厚生労働大臣の定める基準に適合している介護職員の賃金改善等を実施した場合に、一か月あたりの総単位数に左記を乗じた額を加算

減算について

厚生労働省の定める基準を満たさない場合、下記を乗じた単位数を所定単位数から減算致します。

身体拘束廃止 未実施減算	イ	0．1	身体拘束等の適正化を図るための措置が講じられていない場合 （※1 ショートステイ利用時）
	ロ（※1）	0．01	
高齢者虐待防止措置 未実施減算	0．01		虐待の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合
業務継続計画 未策定減算	0．03		感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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業務継続計画が策定されていない場合 業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合

利用料などのお支払方法

毎月、２６日に「サービスおよび利用料等」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料などを金融機関口座からの自動引き落としとさせていただきます。

入院期間中は、管理料（居室の提供）のみ負担していただきます。

７．協力医療機関

協力医療機関名	あんどうクリニック
診療科目､ﾍﾞｯﾄﾞ数等	内科・循環器科・消化器科・リハビリテーション科・小児科　入院設備なし
協力医師	氏名：安藤文夫
協力医療機関名	可児とうのう病院
診療科目､ﾍﾞｯﾄﾞ数等	内科・外科・整形外科・皮膚科・放射線科　入院設備あり(250 床)
協力医師	氏名：　岸田　喜彦
協力医療機関名	加藤歯科医院
診療科目､ﾍﾞｯﾄﾞ数等	歯科　入院設備なし
協力医師	氏名：加藤　陽人　　訪問頻度：　緊急時など随時

日常健康管理

あんどうクリニックより週 1－2 回程度看護師を派遣し日常的な健康管理を行う。また状態悪化時は、医師に連絡し対処する。

重度化した場合における対応

① 急性期において、上記の医療機関の医師の判断でホームでの医療が必要な時は訪問看護を利用し加療する。また、医師が入院を必要と認めた時は、利用者、家人と相談の上病院を紹介させて頂く。

② 入院中のホームの費用は、管理料と、月６日を限度とした介護報酬（入院時費用）となる。
③ ホームでの看取りの希望があるときは、利用者、家人、医師、ホームの責任者との十分な話し合いのもと可能な場合は所定の手続きを行う。

８．運営推進会議の設置 (地域との連携)

利用者、家族、可児市の職員または地域包括支援センターの職員、地域住民の代表者で構成されおおむね２月に１回開催する。ホームは活動状況を報告し、評価を受ける。また必要な要望、助言などを聞き記録する。

９．身体的拘束等の適正化に向けての対策

原則として､利用者の尊厳と主体性を尊重し､生活の自由を制限する身体的拘束等は行わない。しかし、緊急やむを得ない場合は､「身体的拘束等の適正化のための指針」に基づき、実行させて頂く。また､「身体的拘束等適正化対策委員会」を３ヶ月に１回定期的に開催し、その結果を他職員に周知し、身体拘束をしないケアの実施に努める。

１０．苦情相談機関

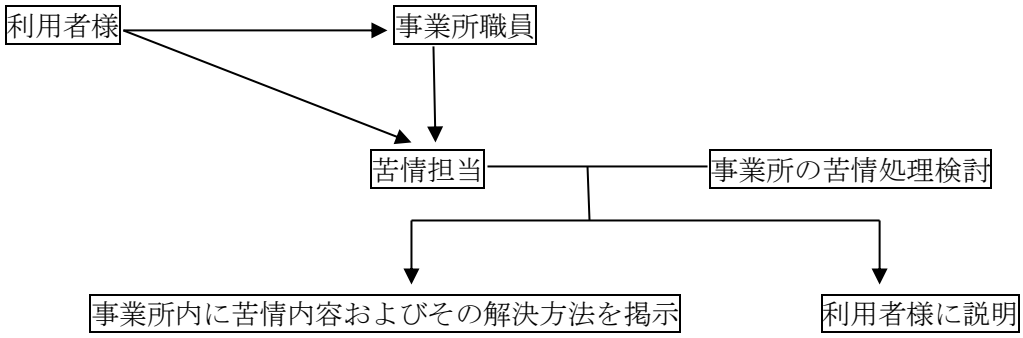
ホーム苦情相談窓口	担当者氏名：後藤大輔　　そよ風（TEL）０５７４－４８－８７８７
第三者委員 （連絡先電話番号）	奥村晴保（可児市民生委員児童委員）TEL　０５７４―６５―４９２９ 尾関公通（可児市民生委員児童委員）TEL　０５７４―６５―４４２８ 野村央子（可児市民生委員児童委員）TEL　０５７４―６５―４７０６

その他

可児市役所介護保険課（介護事業者係）　　０５７４－６２－１１１１

岐阜県国民健康保険団体連合会（介護・障害課苦情相談係）０５８－２７５－９８２６

苦情処理フロー



年　　月　　日

（事業者）　住　所　可児市矢戸 68 番地

名　称　グループホームそよ風

説明者　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを同意します。

（利用者）住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理人）住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者との続柄 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿