

重要事項説明書

1. 事業主体概念

事業主体名	医療法人 泯江堂 三野原病院
法人の種類	医療法人
代表者名	三野原病院 理事長 三野原 元澄
所在地・電話番号（FAX）	福岡県糟屋郡篠栗町大字金出 3553 TEL：092-947-0040 FAX：092-947-1011
法人の理念	医療法人泯江堂三野原病院は地域の人々の生活に密着した良質な医療、福祉サービスの提供を目指しています。
他の介護保険関連の事業	介護老人保健施設 ささぐり泯江苑 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム) ささぐりの里 ささぐり訪問看護ステーション（介護） ささぐり介護プランサービス ささぐりホームヘルプサービス（訪問介護） 医療法人 三野原病院 訪問リハビリテーション （訪問リハビリテーション）
他の介護保険以外の事業	三野原病院 ささぐり訪問看護ステーション（医療） ささぐりホームヘルプサービス（身体・知的障害）

2. グループホーム概要

施設名	グループホーム ひだまり
グループホームの目的	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て、利用者主体、自己決定権を尊重し家庭的な環境を提供し日常生活における食事・入浴・排泄等の介護を通じて安心と尊厳のある生活を営むこと。また自立の可能性を最大限引き出しつつ、可能な限り常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化防止に努めることを目的とする。
運営方針	・ 利用者の人権尊重 ・ 利用者主体と自己決定権の原則 ・ 残存能力の活用と自立や予防に向けた支援と介護 ・ 安心かつ快適な共同生活の場を提供 ・ 開かれた運営を目指し、家族、地域と交流を図る
管理者	廣瀬 伸次
開設年月日	平成 15 年 4 月 1 日
保険事業者指定番号	4073900138

所在地・電話（FAX）番号	〒811-2405 福岡県糟屋郡篠栗町大字金出 3279-1 TEL： 092-652-2755 FAX： 092-652-2758
公共交通機関	① JR 篠栗駅（快速停車駅）下車後、タクシー約 7 分 （駅ロータリーにタクシー乗り場あり） ② バス 30・31 番、飯塚、田川行き又は福岡行き 方向。篠栗上町下車後、タクシー約 5 分
敷地概要	敷地面積 4,886.53 m ²
建物概要	構造：鉄筋コンクリート造 階数：地上 3 階 延床面積：2,084.70 m ² 区分所有権を有する部分：1 階 建物面積：734.19 m ² 延床面積：734.19 m ²
居室の概要	一人部屋 9 室（1 ユニット）×2 定員 18 名 一人当たりの面積：40.78 m ²
共用施設の概要	居間、食堂、台所、事務室、トイレ、洗濯室、浴室
緊急対応方法	利用者の心身の状態に異変その他緊急事態が生じた場合は、主治医及び協力医療機関と連絡を行い適切な措置を講じる。
防犯防災設備 避難設備等の概要	・火災通報装置 ・スプリンクラー ・防火設備（扉等） ・避難路 ・非常灯 ・誘導灯 ・屋内消火栓 ・熱、煙感知器 ・SECOM * 別途定める防災管理規定に基づき年二回昼夜を設定した避難訓練を行う。 * 防火管理者研修受講
損害賠償責任保険加入先	あいおいニッセイ同和損保

3. 職員体制

[令和 8 年 4 月 1 日現在]

職種の 職種	員 数	常勤		非常勤		保有資格	研修受講済内容
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
管理者	1	1	0	0	0	介護福祉士 介護支援専門員	実践リーダー研修 認知症介護実践者研修 専門課程受講
計 画 作 成担当	2	0	2	0	0	介護支援専門員 介護福祉士	実践リーダー研修 認知症介護実践者研修 専門課程受講
保健師	0	0	0	0	0	保健師・看護師	
看護師	1	1	0	0	0	看護師	
介護 従事者	14	11	2	1	0	介護福祉士 初任者研修 (旧ヘルパー2級)	認知症介護実践者研修 基礎課程受講

* 人員基準外による相談援助、契約説明等あり。

4. 勤務体制

8 : 30 ~ 17 : 00	日勤
7 : 30 ~ 16 : 00	早出
10 : 30 ~ 19 : 00	遅出
16 : 30 ~ 翌日 9 : 00	夜勤

5. 利用状況

[令和 8 年 4 月 1 日現在]

利用者数	1 ユニット当たり定員 9 名 (ユニット数 2) 総定員 18 名			
要介護度 (支援) 別	要支援 2 :	0 名	要介護 3 :	2 名
	要介護 1 :	9 名	要介護 4 :	3 名
	要介護 2 :	3 名	要介護 5 :	1 名

6. ホーム利用にあたっての留意事項

- ・ 面会・・・随時対応
- ・ 但し午後 7:00 以降は入口が施錠されますので、インターホンでお呼び下さい。
また、午後 7:00 以降の来訪が見込まれる際は、事前にグループホームへご連絡下さい。
- ・ 面会の際には、職員より「面会票」を受け取り氏名等の記入して提出してください。
- ・ 外出及び外泊は随時可能です。食事手配の関係上前日までにご連絡下さい。
- ・ ご本人様の病状変化等から、外出・外泊をお断りさせていただく場合がございます。
- ・ 他医療機関の受診等につきましては、ご本人様の状態確認や受入先医療機関の事務手続きの関係上、同行をお願いする場合がございます。

7. サービス内容及び利用料等

(1) サービス内容及び利用料

サービス内容	①介護計画の立案 ②食事の提供 ③介護の提供 ④入浴 ⑤機能訓練 ⑥生活相談 ⑦健康管理 ⑧理美容サービス ⑨日常生活用品の購入及び支払代行 ⑩所持品管理 ⑪レクリエーション等の余暇活動 ⑫地域（住民）との交流を図る諸活動等 ⑬介護保険の更新・認定調査・受領等の諸手続き（要委任）
居室の提供（家賃）	40,000 円
食事の提供	52,800 円（おやつ代を含む）
水道光熱費	27,500 円 ※長期不在の場合は水道光熱費の一部（100 円/日額）×月内日の負担及び戻られた日より日割
敷金	100,000 円（未納金、居室修繕費充当後に返金）
初期加算	入居後もしくは30日以上入院を終え、退院した場合、30日のみ算定 30 円/日 900 円/月額
リネン料	55 円/日 1,650/月額（30 日計算） ベットマット・薄掛け布団・布団・枕・シーツ一式 週1回のリネン交換料金を含む。
理美容代・オムツ代	実費 但し非課税世帯の方の場合、オムツ代については一部又は上限額までを現物給付する等の補助を行う市町村もあります。詳しくは市町村役場 担当課（係）までお問い合わせ下さい。
衛生材料費	実費 * ティッシュペーパー、洗面及び石鹸用品等
その他	実費 （レクリエーション活動参加費等） * 利用者の負担が適当と認められる負担については、利用者若しくは利用者家族と協議の上費用徴収を行う。

①【利用料金の基本計算方式】

※介護保険負担割合 1 割の場合。2 割の方は、下記基本報酬額に 2 を乗じた額。3 割の方は、下記基本報酬額に 3 を乗じた額を基に計算いたします。

1 ヶ月(30 日)の利用料(1 割負担の場合)

介護度区分	基本報酬	+	各種加算 (初期等)	=	総単位数 ①	+	介護職員等等 処遇改善加算 (①×16.3%) ②	=	①の単位数と ②の単位数の 合計額 (介護保険 一部負担金) <<③>>
要支援 2	22,470								
要介護 1	22,590								
要介護 2	23,640								
要介護 3	24,360								
要介護 4	24,840								
要介護 5	25,350								

②利用料負担範囲

- ・基本料金（サービス料金及び介護保険一部負担金の合計額）、実費負担部分

③支払方法

- ・毎月 15 日までに前月の利用料金を請求しますので、請求書受理後 7 日以内に支払いをお願いします。

振込先：西日本シティ銀行 吉塚支店 口座番号 普通 1013611
グループホーム「ひだまり」 理事長 三野原元澄（ミノハラモトズミ）

実費負担（オムツ代・理美容代・日用生活用品購入費）については、請求書と同時に小遣い明細（残高）と領収書原本を発送させていただきますので、ご確認下さい。

- ・西日本シティ銀行口座をお持ちの場合、自動引き落としが可能です。ご希望の際には事務担当者までお申し付け下さい。詳細について説明させていただきます。

④日用品購入及び代行に関して

- ・平成 18 年 4 月の介護保険改正（「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について」）に基づき当施設では以下のように運用させていただきます。

（1）通知内容 『社会生活上の便宜の提供等②』抜粋

指定認知症対応型共同生活介護事業者は、郵便、証明書等の交付申請等、利用者が必要とする手続き等について、利用者又はその家族が行うことが困難な場合は、原則としてその都度、その者の同意を得た上で代行しなければならないこととするものである。特に金銭にかかるものについては書面等をもって事前に同意を得るとともに、代行した後はその都度本人に確認を得るものとする。

（2）購入、代行に対する当事業所の対応について

- ①購入時のご本人様同意は、当然のこととして対応させていただきます。
- ②認知症の症状の影響によっては、ご本人様の同意が得にくい、同意が必ずしも一定ではない、書面等の記入が難しい場合等が想定されます。そのため利用者保証人等に購入や支払の代行について **19 ページの 1「同意・意思確認欄」に基づき一定の委任** をさせていただきます。
- ③一定の委任（同意）の下、毎月の請求書に前月の小遣い支出明細（残高）の送付をし、領収書を添付させていただきます。これにより購入が適切なこと、ご本人様の同意が得にくい場合に利用者保証人等に度々連絡を行い同意をいただく等の負担が軽減されます。双方にとって円滑な日用品の購入や代行が可能となりますようにご協力下さい。
- ④新たに別途日用品を購入する場合又は利用者保証人等へ購入の可否について相談の上対応させていただきます。
- ⑤施設側での日用品の購入、支払代行以外にも利用者保証人等による購入や持込も可能です。**但し購入に際しては持込可能かどうか等職員にご相談下さい。**

8. 協力医療機関

協力医療機関名	医療法人浜江堂 三野原病院
診療科目、病床数等	内科・循環器科・人工透析内科・胃腸科・神経内科 精神科・リハビリテーション科・呼吸器科・歯科 150床 〒811-2402 福岡県糟屋郡篠栗町大字金出 3553 TEL : 092-947-0040 FAX : 092-947-1011

協力医療機関名	社会医療法人青洲会 福岡青洲会病院
診療科目、病床数等	内科・外科・循環器内科・脳神経外科・整形外科・呼吸器内科 消化器内科・糖尿病内科・腎臓内科・神経内科・人工透析内科 心臓血管外科・消化器外科・乳腺外科・肛門外科・形成外科 胸部外科・アレルギー科・泌尿器科・眼科・リハビリテーション科 放射線科・病理診断科・臨床検査科・救急科・麻酔科 213床 人工透析 30床 〒811-2316 福岡県粕屋郡粕屋町長者原西 4 丁目 11 番 8 号 TEL : 092-939-0010 FAX : 092-939-2515

協力医療機関名	片井整形外科・内科病院
診療科目、病床数等	整形外科・リウマチ科・リハビリ科・スポーツ科・内科 48床 〒811-2302 福岡県糟屋郡粕屋町大隈 132-1 TEL : 092-938-4860 FAX : 092-938-4863

9. 苦情相談機関

当事業所苦情受付担当者	ひだまり：管理者 廣瀬伸次 相談員：下濱和義
法人内苦情受付担当者 (医療法人)	泯江堂介護センター TEL:092-652-2799 センター長(理事長) 三野原元澄(苦情解決責任者) 事務長 近藤芳晃
第三者苦情受付窓口 ① (各市町村：近隣分)	篠栗町福祉課 TEL:092-947-1111 粕屋町介護支援課 TEL:092-938-2311 宇美町健康課 TEL:092-934-2243 志免町福祉課 TEL:092-935-1001 久山町介護保険課 TEL:092-976-1111 須恵町福祉課高齢者福祉係 TEL:092-932-1151 城南区福祉介護保険課 TEL:092-833-4102 博多区福祉介護保険課 TEL:092-441-2131
第三者苦情受付窓口 ② (各保険者)	福岡県介護保険広域連合 粕屋支部 福岡県糟屋郡久山町大字久原 3168 番地 1 粕屋医師会館 3 階 TEL:092-652-3111
第三者苦情受付窓口 ③	福岡県国民健康保険団体連合会 福岡県福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号 TEL:092-642-7800
第三者苦情受付窓口 ④	福岡県運営適正化委員会 春日市原町 3 丁目 1 番地 7 クローバープラザ 6 階 TEL:092-915-3511

* 苦情申立については気兼ねなく、事業所内担当者・法人内受付担当者をご利用下さい。

10. 損害賠償について

(1) 賠償までの流れ

①医療事故発生 →②利用者様への処置 [三野原病院等] →③「医療安全対策委員会」での検討→④委員会での協議結果に基づく損害賠償

(2) 賠償適用除外項目

- ①発熱等日常生活、施設等の生活において起こりえる病状等
- ②利用者の重過失に基づく場合
- ③社会通念上損害賠償の適用がふさわしくない状態、及び医療安全対策委員会での協議の上、賠償が適当ではないと判断された場合

11. 情報公開に関して個人情報保護に関して

1. 公的機関等による情報公開

(1) WAMNET (ワムネット) 独立行政法人福祉医療機構による福祉・保健・医療の総合情報サイト

・WAMNET ホームページ : <http://www.wam.go.jp/>

【 情報公開項目 】

- ① 事業所住所 ②電話番号 ③FAX 番号
- ④メール、ホームページアドレス ⑤事業所までの交通手段
- ⑥事業所周辺地図 ⑦(建物)画像情報 ⑧事業所特色 ⑨その他
- ⑩緊急時における対応方法 ⑪協力医療機関 ⑫定員 ⑬従業者数
- ⑭部屋数 ⑮空き状況等 ⑯第三者評価結果

(2) 介護情報公表サービス (福岡県社会福祉協議会「ふくふくネット」内) トップページ <http://124.96.0.96/kaigosip/Top.do>
「住所」・「介護サービス」・「事業所名」で検索。

2. 運営推進会議における個人情報に関して

平成18年4月の介護保険法改正に基づき、概ね2ヶ月に1回「運営推進会議」を行うことが義務付けられました。この会議の委員には利用者様、ご家族様、事業所職員以外に行政職員、地域の代表者(民生委員・自治会等の諸団体)、が加わることが求められています。地域に開かれた事業所として様々な方を迎えて会議を開催し、より良い運営や活動に繋がればと考えております。但し会議の場においては活動内容の報告時に、氏名を中心とした個人情報が保護できない状況が発生する恐れがあります。そのため、当事業所においては、各委員の方々へあらかじめ個人情報の保護、守秘義務の徹底を依頼しています。委員として参加していただく際にはその旨承諾書内にて確認を行い、署名捺印をいただく等の対応を行っています。

また守秘義務徹底に関しての利用者様、利用者代理人様の意志につきましては、**23ページの5「同意・意志確認欄」に基づき対応**させていただきます。

3. 情報開示請求に関して

(1) 開示可能な範囲

- ①介護及び受診に関する記録、健康管理等各種記録内容
- ②開示を行うにあたり利用者及びその利害関係人の同意を得た各種の付随記録等

(2) 請求可能な方

- ①(原則)利用者
- ②利用者保証人等(代理人・身元引受人)
- ③利用者保証人等(代理人・身元引受人)に準ずる者で事業所側が適当と判断する者
- ④その他後見人等利用者の身上を保障する者として法律が定める者

(3) 対象者の確認方法

- ①利用者自身が指名又は委任した場合(要委任状)
- ②利用者との関係を証明できる公的書類等(例:戸籍謄本)

(4) 開示が不可能な場合

- ①開示により、利用者の身体及び精神面に影響を及ぼす恐れがある場合
- ②開示により、利用者及び請求可能者に不利益となる恐れがある場合
- ③利害関係者による請求にて、利用者が開示を希望しない場合
- ④請求可能者間において意思の統一が図られていない、又は意思の欠缺の可能性がある場合
- ⑤その他、社会通年上開示が妥当ではないと事業所が判断した場合。
*意思の欠缺・・・意思の不存在、内心と表示(言葉や言動等)の不一致

(5) その他

- ①情報開示に係る複写等の実費に関しては、請求者が実費負担するものとする。
- ②(免責事項)上記の請求により**正当に情報開示がなされた場合において、後に請求可能者又は利害関係者間において問題が生じても、その責につき事業者に求めないものとする。**事業者は正当な情報開示請求手段を行ったか否かにつき責を負うものとする。

4. 個人情報保護について

1. 事業所としての取組

当事業所における「個人情報の保護に関する基本方針」及び「個人情報の利用目的」に基づきます。（以下方針及び目的につき明記）

個人情報保護に関する基本方針

【基本方針】

1. 利用者様の情報について、個人情報保護についての法律を厳守し、安全に管理しております。
2. 利用者様の情報については、施設内に掲示しています“個人情報の利用目的について”の範囲内で利用しております。
3. 利用者様の情報については、医療・介護・福祉サービスの提供に必要な範囲において公正に収集しております。
4. 利用者様の個人情報法への不正アクセス、紛失、破壊、改ざん、及び漏洩を防止、安全な管理に努めています。
5. 利用者様の健康や生命をお守りするために、必要な個人情報を第三者に知らせる場合にも、必要性を充分検討し、個人情報を保護するように努めています。
6. 当法人では、一部の検査を外部の検査会社等に委託する場合があります、利用者様の情報をこれらの施設に知らせる場合があります。これらの場合も利用者様の情報が不適切に扱われないように配慮しています。
7. 利用者様ご本人からの個人情報の停止、開示、訂正、削除等の要求に対しては、個人情報保護担当窓口を設置し、ご相談に応じることとしております。

個人情報の取り扱いに関する苦情や上記の項目に関するお問い合わせ、手続きに関する方法などにつきましては、下記の個人情報保護担当窓口までお問い合わせください。

医療法人 浜江堂 三野原病院 グループホームひだまり

事務長 近藤 芳晃

管理者 廣瀬 伸次

個人情報の利用目的について

【事業所内部での利用に係る事項】

- (1) 当該事業者が利用者様に提供する医療・介護サービス
- (2) 医療・介護保険事務
- (3) 利用者様に係る事業所の管理運営業務のうち
 - ①入退所（入退院）等の管理
 - ②会計・経理
 - ③事故等の報告
 - ④利用者様への医療・介護サービス向上

【他の事業者等への情報提供に伴う事項】

- (1) 当該事業者が利用者様に提供する医療・介護サービス
 - ①他の保険・医療機関や介護サービスを提供する事業者、居宅介護支援事業者との連携（サービス担当者会議等）、紹介への回答
 - ②その他の業務委託
 - ③ご家族等への病状や心身の状況説明
 - ④利用者様の診療等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- (2) 介護保険事務のうち
 - ①保険事務の委託
 - ②審査支払機関へのレセプトの提出
 - ③審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- (3) 事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結果通知
- (4) 損害賠償保険などに係る保険会社・団体等への相談又は届出
- (5) 行政機関への届出等

【上記以外の利用目的】

[事業者内部での利用に係る事項]

- (1) 当該事業者の管理運営業務のうち
 - ①医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ②施設内において行われる学生の実習への協力
 - ③施設内において行われる症例研究

[他の事業者等への情報提供を伴う事例]

- (1) 当該事業者の管理運営業務のうち
 - ①外部監査機関への情報提供

以上の利用目的については、利用者様のご了承を頂いたものとして取り扱いさせていただきます。あらかじめ利用目的を公表していない事項の利用につきましては、その利用目的を利用者様に通知し又は公表等を行い、ご了承をいただくことといたします。なお、利用目的の中で同意しがたいものがある場合等は、下記の個人情報保護担当窓口にご相談下さい。

医療法人 浜江堂 三野原病院 グループホームひだまり
事務長 近藤 芳晃 管理者 廣瀬 伸次

【注意】 ビデオ撮影及び携帯電話等での施設内画像及び動画撮影

他入居者及び当施設の許可がなければ、施設内でのビデオ撮影及び携帯電話等での施設内撮影は原則禁止です。これは、ブログやライン、フェイスブック等、SNS上での個人情報流出を防ぐため措置です。必ず事前にご相談下さい。

12. 日常生活自立支援事業に関して

(1) 制度概要

- ①認知症高齢者や障害者の方々が、福祉サービス利用を行う際の各種契約や日常生活において援助を必要とする事があります。このような際に利用者の利益の保護を目的として地域福祉権利擁護事業（福祉サービス利用援助事業）が定められています。（有料）
- ②サービス利用対象者
 - ア) 判断能力が不十分なため、福祉サービスの利用が自分ひとりの判断で行うことが難しい方
 - イ) 判断能力が不十分なため、福祉サービス利用料の支払いなどがひとりでは難しい等の状態にある方
 - ウ) 契約内容について理解が得られる方
- ③サービス内容
 - ア) 福祉サービスについての相談を受けて情報提供や助言を行うこと
 - イ) 福祉サービスを利用する（やめる）ための手続きの援助
 - ウ) 福祉サービスの利用料金の支払い手続きの援助
 - エ) 福祉サービスに不満があるとき、苦情解決のための制度を利用する手続きの援助
 - オ) 年金の受取、医療費、税金、保険料、公共料金等の支払い手続き及び預金や貯金の出し入れの手続き援助
 - カ) 日常的金銭管理で使用する預金通帳や印鑑の預かり
 - キ) 上記以外の書類（権利書、年金証書、契約書類、実印）の預かり
* 宝石、書画、骨董品、貴金属類は預かり不可

(2) 問い合わせ先

- ①最寄の市町村社会福祉協議会
- ②詳細についてのお問い合わせ、相談先
福岡県社会福祉協議会 地域福祉部生活支援課 (TEL : 092-584-7411)

13. 成年後見制度に関して

①制度概要

成年後見制度とは、判断能力が不十分な方（本人）を法律的に保護し支えるための制度です。病気や事故等によって判断能力が不十分になられた方（認知症高齢者や知的障害者、精神障害者等）が、医療や介護に関する契約締結や、預金の払戻や解約、遺産分割の協議、不動産の売買等をするようになって一人では難しい場合が多く、その内容によっては本人にとって不利益な結果を招く恐れもあります。そのため本人を保護して支える方が必要になります。判断能力が十分でない方のために、家庭裁判所が援助者を選任し、援助者が本人に代わって活動するのが成年後見制度です。

14. 身体拘束に関して

1. 基本的考え方

身体拘束の廃止を実現していく取組みは、介護保険施設におけるケア全体の質の向上や生活環境の改善のきっかけとなるものであり、身体拘束を最終目標にするのではなく、身体拘束廃止に取り組む過程で提起された様々な課題を真摯に受け止め、よりよいケアの実現に取り組むべきであること。

2. 意識啓発について

- (1) 身体拘束は、介護保険施設等の関係者すべてに関わる問題であり、身体拘束廃止を実現するためには、その第1歩として、介護職員看護職員等のみならず、介護保険施設等の責任者、職員全体や利用者の家族が正確な事実認識を持つことが重要であること。
- (2) 身体拘束規定の周知にとどまらず、身体拘束がもたらす数々の弊害や拘束が拘束を生むという悪循環の実態などについて幅広く意識啓発を図り、また「身体拘束はやむを得ない」とか「廃止は不可能」といった固定観念や認識を1つ1つ事例をあげながら正していく努力が必要であること。

3. 緊急やむを得ない場合の対応について

- (1) 「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」には身体拘束が例外的に認められているが、この例外規定は極めて限定的に考えるべきであること。
- (2) 例外的に身体拘束を行うときには、その様態、時間、利用者の心身の状況及び緊急やむを得なかった理由の記録を義務づける。

2. 対応策

- (1) 身体拘束廃止に向けた研修会等への参加
- (2) 身体拘束廃止通知の遵守
- (3) 身体拘束発生時の説明、及び要望により経過、記録の開示を行う。

上記の件につき同意、及び希望等については、**19ページの2「同意・意志確認欄」に基づき対応**させていただきます。

15. 医療連携体制加算（*要介護認定の方のみ）

医療連携体制加算（I）イ **57 単位（円）/日 1,710 単位（円）【30日計算】**

可能な限り継続してグループホームで生活を継続できるように、日常的な健康管理や医療ニーズが必要となった場合に適切な対応が行える等の体制を整備している場合に加算算定を行う。

[加算算定条件]

- ①グループホームの職員として看護師を常勤換算で1名以上配置していること。
- ②グループホームの職員である看護師、又は病院・診療所もしくは訪問看護ステーションの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。
- ② 重度化指針を定め、入居時に入居者・家族等の同意を得ていること。

16. 協力医療機関連携加算

協力医療機関連携加算（I） **100 単位（円）/月**

協力機関との間で、入居者等の同意を得て当該入居者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催している場合。

[協力医療機関の要件]

- ①入居者等の病状が急変した場合において、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こと。
- ②高齢者施設等からの往診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こと。

17. 認知症専門ケア加算

認知症専門ケア加算（I） **3 単位（円）/日 90 単位（円）【30日計算】**

専門的な認知症ケア普及を目的として、グループホームにおいて認知症介護について一定の経験を有し、国・自治体が実施する認知症ケアに関する専門研修を終了した者がサービス提供を行った場合に加算算定を行う。

又本加算算定は上記における研修、及び症状・行動のランクの占める割合により変動する場合が発生するため、算定が発生しない場合若しくは算定種別が変更される月が発生する場合もあり得る旨、事前にご了解下さい。

加算算定条件

- ①認知症高齢者の**日常生活自立度Ⅲ以上**の方。
- ②認知症介護に係る専門的な研修を終了した者を所定人数配置すること。
- ③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的指導に係る会議を定期的開催していること。

18. 若年性認知症入居者受入加算 **120 単位（円）/日**

40歳以上65歳未満の若年性認知症のケースを受け入れた場合に算定。

個別の担当者（資格等の要件は問わない）を定め、本人及び家族のニーズに応じたサービスが提供されていることが要件。

19. サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算（Ⅰ） **22 単位（円）/日 660 単位（円）/月【30 日計算】**

介護従業者の資格保有数が一定に達した場合に算定、加算条件は以下の通り。
介護福祉士の割合が70%以上又は勤続年数10年以上の介護福祉士が占める割合が25%以上である場合。

20. 退居時相談援助加算 400 単位（円）/1 回

グループホームから在宅に退去時に自宅等において生活が継続できるように、相談援助を行った場合。なお本加算は利用者1人につき、1回を限度とする。

21. 退院時情報提供加算 250 単位/1 回

医療機関へ退所される際、心身状況や生活歴等を示す情報を提供した場合。なお本加算は利用者1人につき、1回を限度とする。

22. 入院時費用 246 単位（円）/回 ※一月に6日限度

入院後3ヶ月以内に退院が見込まれる入居者の受け入れの態勢を確保している場合。

23. 口腔衛生管理体制加算 30 単位（円）/月

歯科医師またはその指示を受けた歯科衛生士が介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を1回/月以上行っている場合。

24. 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 20 単位（円）/回

介護サービス事業所の従事者が、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、当該情報を担当する介護支援専門員に提供している事。

25. 生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200 単位（円）/月

リハビリ実施事業所より理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が施設を訪問し画作成担当者と身体状況の評価を共同で行う。計画作成担当者が生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画書を作成する。

26. 栄養管理体制加算 30 単位（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おこなうこと。

27. 科学的介護推進体制加算 40 単位（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利用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事。

必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供にあたって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効にするために必要な情報を活用している事。

※上記加算は一割負担の単位数（円）です。2割負担に該当する方は2を乗じた単位数（円）。3割負担の方は3を乗じた単位数（円）となります。

28. 介護職員処遇改善加算Ⅴ（Ⅰ）

介護保険基本報酬額と各種加算を加えた総単位数に **16.3%** を掛け介護職員改善加算として計上させていただきます。

認知症高齢者の日常生活自立度

I	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している	
II a	家庭外で、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られても、誰かが注意していれば自立できる	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる	服薬管理ができない、電話の応答や訪問者との応答など一人で留守番ができない等
III a	日中を中心として、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする	着替え・食事・排泄が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする	
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする	
M	著しい精神症状や問題行動或いは重篤な身体疾患（意思疎通が全くできない寝たきり状態）が見られ、専門医療を必要とする	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や、精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

* 加算算定基準判定にはⅢa～Mの判定を受けた利用者数とその割合に基づく。

* 各個人様毎の認知症度・日常生活自立度は契約書に記載。

障害老人の日常生活自立度

ランクJ	<p>何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
ランクA	<p>屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 日中も寝たり起きたりの生活をしている
ランクB	<p>屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 介助なしで車椅子に移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
ランクC	<p>一日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助を要する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

29. 居室変更に関して

(1) 取り扱い指針

可能な限り入居時の居室での介護サービス提供等を心がけますが、認知症の進行状況、利用者様間のトラブル、看取りが必要な方がでた場合等の問題等から、安全な介護等の提供のため、職員より居室の変更をお願いする場合があります。その際には利用者様と変更を受け入れてくださる利用者様、利用者代理人様との連絡調整、判断についての意向をうかがった上で、対応させていただきます。

(2) 居室変更時の詳細に関して

・23ページの4「同意・意志確認欄」に基づき対応させていただきます。また居室変更にあたっての原状回復についての詳細規程は別途定める「利用契約書」第13条（9ページ）に基づき対応させていただきます。

30. 介護保険の法定代理受領サービス、更新手続きに関して

事業者が介護保険での報酬を受け取るにはご本人の同意を得る必要があります。又介護保険の法定代理以外にも本件に関して国民健康保険団体連合会への諸手続きを行っていただくことが必要となります。円滑な介護保険の運用、報酬受領を目的として、当事業所においては23ページの6「同意・意志確認欄」にて手続きに関する委任をおこなわせていただきます。

同意・意志確認欄

本重要事項説明書内における各項目について説明させていただいた件につき、利用者様、利用者代理人様の同意、意志を確認させていただきたいと存じます。つきましては該当項目に○又は適宜ご記入下さい。

1. 日常生活用品の購入代行について

- 1.) 購入は、職員より利用者の同意を得て購入して下さい。購入した物品に関しては請求書に同封する領収書にて確認を行いますので、購入毎の家族連絡等は不要です。但し購入に関して、新規に購入する場合や負担が重くなりそうな場合には私達家族に相談して下さい。
- 2.) その他希望等（下記にご記入下さい。）

2. 身体拘束について

- 1.) 趣旨を理解し同意しました。
- 2.) 同意出来ない場合やその他希望等（下記にご記入下さい。）

3. 看取りと重度化における医療連携体制について（事前指定書及び同意書）

グループホームひだまりでは、不治の病あるいは回復がほとんど不可能な状態になった時、自分自身に対して家族や医師にこのようにしてほしいという、利用者の皆様の要望をできるだけ反映させたいと考えております。つきましては、次の項目について、答えられる範囲で結構ですのでご回答をお願いいたします。倫理的及び、各種関係法令の定める範囲内で、ご希望に添えるように努めたいと存じます。

なお、この**事前指定書（同意書）**はいつでも変更可能です。変更される場合は、お申し出下さい。改めて作成させていただきます。また、状態が著しく変化した場合などは、見直しやご相談をさせていただきます。

（複数回答可）

<p>(1) 主治医の指示のもと、点滴等の一部医療行為の必要が生じ、グループホーム又は訪問看護ステーション等の看護師による処置が行える場合に処置を希望されますか。</p> <p>* 法的制限のため原則は外来通院等による実施が前提、疾患や頻度によって一部の医療行為が認められる場合があります。</p>	<p><input type="checkbox"/>希望する</p> <p><input type="checkbox"/>希望しない</p> <p><input type="checkbox"/>その時の病状等で判断したい</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p>
---	--

<p>(2) 入院が必要となった場合、入院先の希望はありますか。</p>	<p>第1希望 _____</p> <p>第2希望 _____</p> <p>第3希望 _____</p> <p>1. 定期通院中の三野原病院 2. 適切な診療科がある病院を紹介して欲しい 3. 主治医と相談の上判断したい 4. その他 _____</p>
<p>(3) 治療をおこなっても回復する見込みがないと診断された場合、入院ではなく、グループホームでの最期をお考えですか。 またその際に、ご家族様の付き添いは可能ですか。</p>	<p>本人：<input type="checkbox"/>グループホームで最期を迎えたい <input type="checkbox"/>病状やその時の状況を医師、職員、家族とも話し合い判断したい <input type="checkbox"/>入院を希望する <input type="checkbox"/>自宅や家族宅で最期を迎えたい</p> <p>家族：<input type="checkbox"/>グループホームで最期を迎えたい <input type="checkbox"/>付き添い可能 <input type="checkbox"/>付き添い不可 <input type="checkbox"/>病状やその時の状況を医師、職員、家族とも話し合い判断したい <input type="checkbox"/>入院を希望する <input type="checkbox"/>自宅や家族宅で最期を迎えたい</p>
<p>(4) 末期癌である等、病気についての告知を受けたいですか。 * 医師による病状説明の説明責任から、必ずしも希望に添えない場合もあります。</p>	<p>本人：<input type="checkbox"/>受けたい <input type="checkbox"/>受けたくない <input type="checkbox"/>今は考えられない</p> <p>家族：<input type="checkbox"/>受けたい <input type="checkbox"/>受けたくない <input type="checkbox"/>今は考えられない</p> <p>* 認知症の影響から、本人には判断が困難なため、代理人としてその意思を家族が判断を <input type="checkbox"/>します <input type="checkbox"/>しません <input type="checkbox"/>今は考えられない <input type="checkbox"/>病状やその時の状況で決めたい</p>
<p>(5) お亡くなりになった場合、原則として身元保証人（代理人）にご遺体の引き取りをお願いしますがそれでよろしいでしょうか。</p>	<p><input type="checkbox"/>よい</p> <p><input type="checkbox"/>その他 _____</p>
<p>6. 上記以外に、ご希望、ご要望があれば記入してください。</p>	

急変時処置（事前同意、医療連携体制の必要情報について）

下記の状態に至った場合の治療についてお聞きします。但し各処置についてはその状態が起きた急迫の状況では手遅れになる恐れがあるため、事前におうかがい
させていただくものです。

介護保険法では看取りを重要視する等の方向性ですが、現実には各種の法的な縛り、施設側としても人員・設備面等の状況を勘案すると実施困難な部分もある等の制限があるのが実情です。適切な医療処置をおこなえる病院、救急搬送への的確な情報伝達、
処置の依頼を行うことを基本とさせていただいておりますので予めご了解下さい。

* 事前同意のため、実際の処置にあたっては再度書面が必要な場合があります。

* 発見時の状態によっては救命不可能な場合もありますのでご了解下さい。

(1) 呼吸状態が悪くなった時

積極的治療を望む

※気管内挿管 する しない

人工呼吸器の装着 する しない

積極的治療は望まない

病状やその時の状況を医師、職員、家族とも話し合い判断したい

その時点でないと判断できない

その他

(2) 血圧が低下した時（出血した場合も含めて）

積極的治療を望む

昇圧剤の投与 する しない

輸血 する しない

積極的治療は望まない

病状やその時の状況を医師、職員、家族とも話し合い判断したい

その時点でないと判断できない

その他

(3) 心臓が止まった時（止まりかけた時を含めて）

積極的治療を望む

心臓マッサージ する しない

AED ・電気ショック等 する しない

積極的治療は望まない

病状やその時の状況を医師、職員、家族とも話し合い判断したい

その時点でないと判断できない

その他

【看取り加算】

- ・ 死亡日前 45 日を上限とすること
- ・ 退去日の翌日から死亡日までの間は算定しないこと
- ・ 退去日と死亡日が月をまたがる場合、後に看取り加算が加わって利用料が請求されること

上記看取り加算の件について説明を受け、加算算定がおこなわれることについて

ア) 同意する

イ) 同意しない

4. 居室変更について

- 1.) 介護の円滑提供のための部屋の移動が検討された場合、職員判断に一任します。居室変更時の利用者相手方様及びその家族様の同意についても、一任しますので、連絡、調整、相談をして下さい。
 - 2.) その他希望やご意見等（下記にご記入下さい。）
-

5. 情報公開と個人情報保護に関して

- 1.) 運営推進会議への参加について
ア) 参加希望 イ) 不参加
- 2.) 運営推進会議参加委員の方への守秘義務徹底の依頼について
ア) 依頼する イ) 依頼しなくても良い
- 3.) 「個人情報の取扱とその保護について」の当事業所内倫理規程について
ア) 同意する イ) 同意しない
- 4.) 情報開示について
 - ①緊急時等、円滑且つ適切な処置を行うための関係機関への情報提供。
 - ②在宅復帰時の居宅支援事業所等関連機関への情報提供。
 - ③グループホーム内での対応困難時、適切な医療及び療養環境を提供するための関連機関への情報提供。
 - ④サービス向上のため、学会及び研修会等で個人を特定できない範囲にした上での事例発表を行う場合。
ア) 全て公開して良い。(全て開示に同意する。)
イ) 一部非公開を希望する。(該当項目に○をご記入下さい。)
[① ② ③ ④]
- 5.) その他希望等 _____
- 6.) 私、及び家族に関する情報について適切な管理が行われていることを理解し、必要があればその情報が適切に開示される権利を有すること、又開示に伴う施設側の免責事項についてもその旨 ア) 同意する イ) 同意しない

6. 法定代理受領サービスに関する同意

私は、認知症対応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「ひだまり」が私に対して提供する介護サービスについて、介護保険法第41条第6項（同法53条第4項において準用する場合を含む。）の規程に基づき、事業者が私に代わって令和 年 月 日以降分の介護保険の保険給付の支払を受けることに（1. 同意する 2. 同意しない）こととします。またこれに伴い国民健康保険団体連合会への諸手続き（介護保険法施行規則第64条（同法令85条準用を含む））に関しても（1. 同意する 2. 同意しない）こととします。

7. 各種加算に関する同意

私は、認知症対応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「ひだまり」が私に対して提供する介護サービスについて、介護保険法の規定に基づく各種加算内容につき最終的な同意をおこないます。

各種加算は諸条件があるため、事業所側の状況に応じて加算内容が入居契約当時と異なる場合や月が発生する場合もあり得る旨理解しました。

各種加算の内容については本書面にて、理解及び同意を行ったため、今後変更が生じた際に再度一から契約書を交わすことは（1. 必要です 2. 不要です）

但し入居契約当時と加算内容が異なる場合には、加算区分の変更内容、始期、料金について文書を交付して下さい。その書面での変更部分説明を以って、利用継続及び新料金について同意したものとします。

【入居契約時加算算定状況】（最終確認欄）

加算の種類	加算の有無	意向確認欄
看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	1. 同意する 2. 同意しない
医療連携体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ	1. 同意する 2. 同意しない
協力医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ	1. 同意する 2. 同意しない
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ ・ Ⅱ	1. 同意する 2. 同意しない
若年性認知症利用者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	1. 同意する 2. 同意しない
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ	1. 同意する 2. 同意しない
退去時相談援助加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	1. 同意する 2. 同意しない
退院時情報提供加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	1. 同意する 2. 同意しない
入院時費用（加算）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	1. 同意する 2. 同意しない
口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	1. 同意する 2. 同意しない
口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	1. 同意する 2. 同意しない
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	1. 同意する 2. 同意しない
栄養管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	1. 同意する 2. 同意しない
科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	1. 同意する 2. 同意しない
介護職員処遇改善加算Ⅴ（Ⅰ）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	1. 同意する 2. 同意しない

