

重 要 事 項 説 明 書

令和5年7月1日現在

認知症対応型共同生活介護事業又は介護予防認知症対応型共同生活介護事業を提供するに先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

1. 事業者の概要

名称	医療法人社団 敬仁会			
所在地	長野県塩尻市宗賀 1295			
法人種別	医療法人			
代表者名	理事長 小松 智英			
連絡先	電話	0263-54-0012	FAX	0263-52-9315

2. 事業の目的と運営方針

事業目的	入居者様の心身の状況により、可能な限りその有する能力に応じて、自立した日常生活が営めるように、サービスを提供する。
運営方針	入居者様の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ、自立の支援と日常生活上の世話及び機能訓練を行い、入居者様の不安解消ならびに家族の心身の負担軽減に努める。 また、居宅介護支援事業者、協力医療機関等及び福祉サービスを提供するものと密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスを提供する。

3. 事業所

名 称	グループホーム まほろば			
開設日	平成13年5月1日			
指定番号	2071500330			
管理者名	小松 喬之			
所在地	長野県塩尻市大字宗賀1295			
連絡先	電話	0263 - 54 - 8585	FAX	0263 - 53 - 3584
住居数	9 室		定員	9 名
共用施設	台所・食堂・居間・洗面所・トイレ・浴室			

4. 職員体制

職 種	員 数	職務内容
管理者	1 名	① 事業所の従業員管理、業務の実施状況把握、その他全般管理 ②入居・退居の判定、外泊・外出の許可
計画作成担当者	1 名	①入居者様のサービス計画の作成 ②入居者様及び家族にサービス計画の原案の説明 ③入居者様のサービス計画の実施状況の把握、計画の変更 ④入退居相談、苦情受付
介護職員	6 名以上	①日常生活全般に係る介護・生活支援全般

※職員の資質向上に努めます。

5. サービス内容

(1) 基本的サービス

種 類	内 容
食 事	・利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して提供します。 ・食材費は給付対象外です。 ・食事時間 朝食 7時～8時30分 昼食 12時～13時 夕食 18時00分～19時00分
排 泄	・利用者の状況に応じ排泄の介助と、排泄の自立を促します。
入 浴	・利用者の状況に応じ、適切な入浴の介助と、入浴の自立の援助を行います。 ・一般浴槽で、週に最低2回以上の入浴とします。
日常生活	・離床介助 ・着替え介助 ・整容 ・洗濯 ・居室内清掃
機能訓練	・家事や共同作業等日常生活の中での生活リハビリを実施し、機能の維持・改善に努めます。
健康管理 医師手配	・利用者の状況に応じ、適切な医師の往診又は医療機関への受診を手配します。 ・かかりつけ医・協力医療機関との連携に努めます。 ・感染症の発生及び蔓延を防ぐために必要な措置を実施します。
相談・援助	利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じます。

(2) 介護保険給付サービス

介護サービス費

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
765 円（単位）	801 円（単位）	824 円（単位）	841 円（単位）	859 円（単位）

下記の加算については当該事業所が厚生労働省の定める加算要件が整った場合に加算となります。

加算項目	利用料（単位数）	加算要件
初期加算	30 円（単位）／日	入居日から30日以内の期間
医療連携体制加算	37 円（単位）／日	看護師を配置、若しくは、契約により病院、訪問看護ステーションの看護師により利用者の日常的な健康管理や医療機関（主治医）との連絡調整を行える体制が整った場合に加算となります。
協力医療機関連携加算	100 円（単位）/月	入所者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または入院を要する場合原則として受け入れを行う体制を常時確保してる場合に加算となります。

退居時相談援助 加算（退居時）	400 円（単位）／回	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 週間以内に当該利用者の介護状況等の必要な情報提供を行った場合に加算となります。
看取り介護加算 （死亡日以前 45 日）① （死亡日以前 30 日）② （死亡日前日及び前々日）③ （死亡日）④	①72 円（単位）／日 ②144 円（単位）／日 ③680 円（単位）／日 ④1280 円（単位）／日	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、利用者又はその家族等の同意を得て、介護を行った場合に加算されます。
認知症専門ケア 加算（Ⅰ）	3 円（単位）／日	認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者割合が 50 %以上となり、認知症介護に係る専門的研修を終了した者を配置した場合に加算されます。
認知症専門ケア 加算（Ⅱ）	4 円（単位）／日	認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、認知症介護の指導に係る専門的研修を終了した者を（Ⅰ）の基準に加え 1 名以上配置し、認知症ケアの指導を実施すると共に、当該事業所における研修計画を作成し、研修を実施する体制が整った場合に必要となります。
サービス提供体制強化 加算（Ⅰ）	22 円（単位）／日	当該事業所の介護事業者の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者の占める割合が 70 %以上又は勤続 10 年以上の介護福祉士が 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。
サービス提供体制強化 加算（Ⅱ）	18 円（単位）／日	当該事業所の介護事業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が 60 %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。
サービス提供体制強化 加算（Ⅲ）	6 円（単位）／日	当該事業所の介護事業者の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者の占める割合が 50 %以上又は常勤職員 75 %以上、又は勤続 7 年以上が 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に必要となります。
夜間支援体制加算	I（1 ユニット） 50 円（単位）／日 II（2 ユニット） 25 円（単位）／日	指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び、運営に関する基準第 90 条第 1 項に規定する夜間及び深夜勤務に必要な数に 1 を加えた数以上の介護事業者を配置した場合に必要となります。

認知症行動緊急 対応加算 (入居日から7日間) (短期利用共同生活保 護のみ)	200 円 (単位) / 日	医師が、認知症の行動・心理状態が認められるた めに在宅での生活が困難であり、緊急に指定認知 症共同生活介護を利用することが適当であると 判断し、入居した場合に必要となります。
若年性認知症受入加算	120 円 (単位) / 日	若年性認知症利用者の受け入れ、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
生活機能向上連携加算 (Ⅰ)	100 円 (単位) / 3 カ 月	指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リ ハビリテーション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の医師、理学療法 士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、 当該加算のための計画を作成し、ケアプランに基 づくケアを行なうこと。
生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	200 円 (単位) / 月	指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リ ハビリテーション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の医師、理学療法 士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問した際に、 計画作成担当者と利用者の身体の状態等の評価 を共同で行い、かつ、生活機能の向上を目的とし た計画を作成し、計画に沿った介護を行った時は 初回算定月以降3月の間、1月につき加算します。
口腔衛生管理体制加算	30 円 (30 単位) / 月	歯科医師又は歯科衛生士が、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 った場合に加算します。
利用者の入院期間中の 体制	246 円 (246 単位) / 日 1 月に 6 日を限度	病院又は診療所への入院を要した場合、3 ヶ月以 内に退院する事が明らかに見込める時に、円滑に 入居する事が出来るようにした場合に加算しま す。
栄養管理体制加算	30 円 (30 単位) / 月	管理栄養士が事業所の職員への栄養ケアに係る 技術的助言及び指導を月1回以上行った場合に加 算します。
口腔・栄養スクリーニ ング加算	30 円 (30 単位) / 6 ヶ月	利用開始時及び利用中6ヶ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、情報を計 画作成担当者に提供を6ヶ月に1回した場合に加 算します。
科学的介護推進体制加	40 円	ADL、栄養、口腔、認知症、その他の心身状況等

算	(40 単位) / 月	の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてケアプランを見直し、情報等を活用してケアを提供した場合に加算します。
介護職員処遇改善加算 (I)	上記加算項目の合計の 11.1%	※行政が定める基準に適合している介護職員の賃金改善を実施している施設として届けていますので、規準に従って令和 6 年 3 月 31 日までの間、所定の割合に応じた介護報酬を加算します。
介護職員等特定処遇改善加算	上記加算項目（介護職員処遇改善加算を除く）の合計の 3.1%	※行政が定める基準に適合している介護職員の賃金改善を実施している施設として届けていますので、所定の割合に応じた介護報酬を加算します。

※行政が定める基準に適合している介護職員の賃金改定を実施している施設として届けていますので、規準に従って令和 6 年 3 月 31 日までの間、所定の割合に応じた介護報酬を加算します。

(3) 介護保険給付外費用

種 類	内 容
食材料費	・ 食料費：朝 400 円、昼 600 円、夜 500 円、おやつ午前・午後 各 50 円
家 賃	・ 50,000 円 / 月額（月半ばの場合、日割り計算とする）
光熱水費	・ 1 ヶ月 10,000 円（月半ばの場合、日割り計算とする） （共益費 5,000 円 / 月を含）
教養娯楽費	実費相当額
理美容代	実費
オムツ代	実費
医療費	実費

6. 入居に当たっての留意事項

面会	・ 下痢・嘔吐症状がある方や風邪気味の方は御面会をお控えください。 ・ 感染予防のために手洗い、うがいにご協力お願いします。 ・ 食べ物の持ち込みは、ご遠慮ください。 ・ 面会時間は、8 : 30 ~ 17 : 00 までとさせていただきます。
外出	・ 外出・外泊をされる場合は、所定の様式（外出・外泊届）を提出してください。
居室の利用 迷惑行為等	・ 設備・備品等は本来の使用方法に従って大切にご利用下さい。 - これに反した利用により破損等が生じた場合は賠償していただくことがあります。 ・ 騒音・雑音等の他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 ・ 承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。

所持品	・原則として、現金等の所持はお控え下さい。 ・日常生活上、必要となる物品等に関しましてはお預かりしている小口現金から実費充当させていただきます。
預金	・入居時に金 10 万円をお預かりさせていただきます。退去時に居室内のクリーニング代、修復代、未納金等として清算し、残金をお返しいたします。

7. 協力医療機関

名 称	桔梗ヶ原病院
所在地	塩尻市宗賀 1295
電話番号	0263 - 54 - 0012
診療科	内科、脳神経内科、外科、整形外科、眼科、呼吸器外科、循環器内科、リハビリテーション科、耳鼻咽喉科、婦人科、訪問リハビリテーション、訪問看護ステーション

名 称	塩尻駅前なの花歯科クリニック
所在地	塩尻市大門桔梗町 1-12 ステーション 102 コーポ 1-B
電話番号	0263 - 53 - 7600
診療科	訪問歯科

8. 非常災害対策

防災訓練	年 2 回の総合防災訓練を実施します。 その他、随時防災に関するミニ訓練や防災教育を実施し火災等を未然に防ぐとともに万が一の災害時に備えます。
防災設備	自動火災報知機設備・煙感知器・非常通報設備・非常灯設備・誘導灯・消火器・スプリンクラー

9. 苦情申立

当事業所	相談受付担当者：事業所管理者 小松 喬之（こまつ たかゆき） ご利用時間 毎日 8：30～17：30 ご利用方法 電話 0263－54－8585 FAX 0263－53－3584 苦情及び心配事等、気兼ねなくご相談ください。
------	--

その他	市町村の介護保険の係 国民健康保険団体連合会 026－238－1580
-----	---

10. 事故発生時の対応

当施設では、入居者様が安全に、かつ可能な限り自由に安心して暮らせることを目指しています。入居者様の主体性や意思を可能な限り尊重し、身体拘束等、過度の行動制限は原則として行いません。事故防

