

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) 重要事項説明書

(2024年6月1日現在)

グループホーム事業を行なう「アットホーム あいり」が説明する事項は次の通りです。

1 事業者に関する事項

(1) 事業者の概要

事業者の名称	有限会社 アット
事業者の所在地	愛知県名古屋市西区玉池町255番
代表者名	代表取締役 舟木 律子
電話番号	052-509-5115
法人の設立年月日	平成15年3月6日

(2) 事業者が実施する他の介護サービス

介護サービスの種類	事業所の名称	事業所の所在地
認知症対応型通所介護	アットホームあいり	名古屋市西区玉池町255
介護予防認知症対応型通所介護	アットホームあいり	名古屋市西区玉池町255
居宅介護支援	あいりケアプラン	名古屋市西区玉池町217
介護予防支援	あいりケアプラン	名古屋市西区玉池町217
通所介護	あいりデイホーム	名古屋市西区玉池町217
介護予防通所介護	あいりデイホーム	名古屋市西区玉池町217
訪問介護	あいりホームケア	名古屋市西区玉池町217
介護予防訪問介護	あいりホームケア	名古屋市西区玉池町217
特定施設入居者生活介護	あいりナーシングホーム	名古屋市西区玉池町218
介護特定施設入居者生活介護	あいりナーシングホーム	名古屋市西区玉池町218

2 ご利用施設の概要

施設の名称	アットホーム あいり
施設の所在地	愛知県名古屋市西区玉池町255番
管理者	三原 和美
電話番号	052-509-5115
ファクシミリ番号	052-509-5157
E-mail	airi-gh@at-inc.co.jp
サービス地域	名古屋市内地域密着型サービス

3 ご利用施設で実施する事業

認知症対応型共同生活介護事業 介護予防認知症対応型共同生活 介護事業 2ユニット18名	愛知県知事の事業者指定	
	指定年月日	指定番号
	平成16年3月31日	2370400992

4 事業の目的と運営の方針

指定認知症対応型共同生活介護の事業の適正な運営を確保し、要介護・要支援状態にある高齢者に対し、日常生活・療養上の世話を行なうことにより、利用者が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援助を行なう。

5 施設の概要

(1) 敷地及び建物

都市計画法の用途地域	第一種中高層住居専用地域
建物形態	単独型
建物構造	木造 2階建
広さ	敷地面積 650㎡ 延べ床面積 425.77㎡

(2) 主な設備

設備の種類	部屋数	面積(1室当り)
居室	18室 (1ユニット9室・全個室)	8.89㎡
居間・食堂	2室 (各ユニットに1室)	55.35㎡
台所	2箇所 (各ユニットに1箇所)	8.30㎡
浴室	2室 (各ユニットに1室)	1.92㎡
介護用便所	2箇所 (各ユニットに1箇所)	2.11㎡
便所	3箇所 (各ユニットに1箇所)	1.40㎡
事務室(宿直室含む)	2室 (各ユニットに1室)	8.09㎡
玄関	1箇所	6.25㎡

(注1) 表示の面積は有効面積とする。

(3) 各設備

居室	エアコン、クローゼット、緊急呼出しボタン、自火報感知機
居間・食堂	大型テレビ、ダイニングセット、ソファ、暖炉
台所	電磁調理台、冷凍冷蔵庫、居間・食堂との対面キッチン
非常災害設備	自動火災通報装置、スプリンクラー、自動火災報知機、避難誘導灯、非常口、消火器、非常用自家発電装置
その他	エレベーター

6 職員体制(主たる職員)

従業者の職種	従業者数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
管理者	1				1		1名	介護福祉士1名
計画作成担当者 (各ユニット1名)	1			1			1名	介護支援専門員1名 介護福祉士1名
介護職員	15	6	5	1	3		3名以上	介護福祉士 ヘルパー2級 計15名
医療連携体制 看護師	1				1		1名	看護師1名

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	9:00~18:00を常勤で勤務	シフト制による週休2日制
計画作成担当者	9:00~18:00の勤務時間内 常勤・非常勤で勤務	
介護職員	早番(7:00~16:00) 日勤(9:00~18:00) 遅番(11:00~20:00) 夜勤(16:00~10:00) 各ユニットに常勤換算方法で、利用者3名に対し、職員1名以上の介護を行ないます。夜間帯に関しては、各ユニットに常時1名以上の介護職員を配置します。	
医療連携体制 看護師	看護師により24時間連絡体制を確保しています。	

8 営業日

営業日	年中無休
-----	------

9 サービスの内容

施設サービス計画の立案。家庭的な雰囲気の中で、食事・排泄・入浴等の日常生活の介護と機能(向上)訓練サービスの実施。日常の生活相談、健康相談と管理(医療連携体制)、理美容サービス、日常費支払い代行、所持品の管理、レクリエーション等

10 サービスの提供範囲(利用者の住居地)

地域密着型サービス(長年住み慣れた住居地の方)
原則名古屋市の住民

11 利用料金

- (1) 入居時申込金
- (2) 保険サービスの利用料(介護保険負担割合)
- (3) 月額利用料(保険外の自費負担額)
- (4) その他の費用

(1) 入居時申込金

入居時敷金	30万円
-------	------

(2) サービスの利用料

次の表に、介護予防・介護保険サービスの1割負担額の場合（1単位10.68円）の金額を示します。

2024年4月改正

	1日の単位	30日	31日
1) 認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)			
要支援2	749単位	23,997円	24,797円
要介護1	753単位	24,126円	24,930円
要介護2	788単位	25,247円	26,089円
要介護3	812単位	26,529円	26,883円
要介護4	828単位	26,529円	27,413円
要介護5	845単位	27,073円	27,976円
2) 初期加算	30単位	961円	
3) 入退院支援の取り組み	246単位/回(1月に6回を限度)		262円
4) 医療連携体制加算Ⅰ(Ⅷ)	37単位	1,185円	1,224円
5) 医療連携体制加算Ⅱ	5単位	160円	155円
6) 協力医療機関連携加算(1)	100単位/月		106円
7) 協力医療機関連携加算(2)	40単位/月		42円
8) サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位	705円	728円
9) サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位	577円	596円
10) サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位	192円	199円
11) 認知症専門ケア加算Ⅰ	3単位	96円	99円
12) 認知症専門ケア加算Ⅱ	4単位	128円	132円
13) 認知症チームケア推進加算Ⅰ	150単位/月		160円
14) 認知症チームケア推進加算Ⅱ	120単位/月		128円
15) 口腔衛生管理体制加算	30単位/月		32円
16) 生活機能向上連携加算	200単位/月		213円
17) 若年性認知症利用者受入加算	120単位	3,845円	3,973円
18) 栄養スクリーニング加算	5単位/回(6月に1回を限度)		5円
19) 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	10単位/回		10円
20) 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	5単位/回		5円
21) 新興感染症等施設療養費	240単位/日(1月に1回5日を限度)		256円
22) 退去時相談援助加算	400単位/回(1回を限度)		427円
23) 退去時情報提供加算	250単位/回(1回を限度)		267円
24) 業務継続計画未実施減算	基準型		
25) 高齢者虐待防止措置未実施減算	基準型		
26) 看取り介護加算①	72単位/45日	3,460円	
看取り介護加算②	144単位/30日	4,614円	
看取り介護加算③	680単位/4日	2,905円	
看取り介護加算④	1280単位/1日	1,367円	
27) 夜間支援体制加算Ⅱ	25単位	801円	828円
28) 科学的介護推進体制加算Ⅰ	40単位/月	42円	
29) 科学的介護推進体制加算Ⅱ	60単位/月	64円	
30) 介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の22.4%		

1) 認知症対応型共同生活介護費Ⅱは当事業所のユニットの数が2以上であるため算定いたします。

- 2) 初期加算は利用開始 30 日間加算いたします。また、30 日を超える入院後に再び入居した場合も同様といたします。
 - 3) 入院後 3 カ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合に算定いたします。
 - 4) 医療連携体制加算Ⅰ（ハ）は毎日加算いたします。
 - 5) 医療連携体制加算Ⅱは算定日が属する月の前 3 か月間において該当する状態の入居者が 1 名以上いる場合に算定いたします。

(1) 喀痰吸引を実施している状態	(7) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態
(2) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態	(8) 褥瘡に対する治療を実施している状態
(3) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態	(9) 気管切開が行われている状態
(4) 中心静脈注射を実施している状態	(10) 留置カテーテルを使用している状態
(5) 人工腎臓を実施している状態	(11) インスリン注射を実施している状態
(6) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター計測を実施している状態	
 - 6) 協力医療機関連携加算（１）は下記の①②の要件を満たす場合に算定いたします。
 - （ア）協力医療機関を定めるに当たり①入所者等の病状が急変した場合に、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診察の求めがあった場合において診察を行う体制を常時確保していること。
 - （イ）１年に 1 回以上、協力医療機関との間で入所者の病状の急変が生じた場合等の確認をすること、当該協力医療機関の名称等について自治体に提出しなければならない。
 - （ウ）入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し退院が可能となった場合に置いては速やかに再入居させることができるように努める。
 - 7) 協力医療機関連携加算（２）は（１）以外の場合に算定いたします。
 - 8) サービス提供体制強化加算Ⅰは介護職員の総数のうち、①介護福祉士 70%以上、②勤続年数 10 年以上介護福祉士 25%以上の①②のいずれかにある場合に算定いたします。
 - 9) サービス提供体制強化加算Ⅱは介護職員の総数のうち、介護福祉士 60%以上である場合に算定いたします。
 - 10) サービス提供体制強化加算Ⅲは介護職員の総数のうち、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%以上のいずれかである場合に算定いたします。
- ※ただし、サービス提供体制強化加算Ⅰ～Ⅲいずれかの加算を算定している場合においては、その他サービス提供体制強化加算は算定いたしません。
- 1 1) 認知症専門ケア加算Ⅰは認知症日常自立度Ⅲ以上の方が、入所者・入居者の 1/2 以上で、認知症介護実践リーダー研修終了者を 1 名以上配置し、職員間での認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を定期的実施している場合に算定いたします。
 - 1 2) 認知症専門ケア加算Ⅱは 1 1) 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（認知症日常自立度Ⅲ以上の方が 10 人未満の場合は、実践リーダー研修終了者と指導者修了者は同一人で可）、介護職員・看護職員毎の研修計画を作成、実施している場合に算定いたします。

※ただし、1 1) または 1 2) のいずれか一方のみ算定可能いたします。
 - 1 3) 認知症チームケア推進加算Ⅰの加算は下記の条件を満たす場合に算定いたします。
 - （１）入居者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の方の割合が 1/2 以上であること。
 - （２）認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資する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又は認知症介護に係る研修及び
 - 認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を 1 名以上配置し、かつ複数人の介護職員からなる認知症の行動・
 - 心理症状に対応するチームを組んでいること。
 - （３）対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチーム
 - ケアを組んでいる。
 - （４）認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度について
 - 定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っている。
 - 1 4) 認知症チームケア推進加算Ⅱの加算はⅠの加算の（１）、（３）及び（４）に掲げる基準に適合すること、認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護
 - 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、かつ、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいるときに算定いたします。
 - 1 5) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を定期的に行っている場合に算定いたします。
 - 1 6) 医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が事業所を訪問し、計画作成担当者と身体状況等の評価を共同して行った場合に利用開始後 3 月を算定いたします。
 - 1 7) 若年性認知症利用者受入加算は若年性認知症利用者様に対して算定いたします。
 - 1 8) 利用開始時及び利用中 6 か月ごとに栄養状態について確認を行ない、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む）を計画作成担当者に文書で共有した場合に算定いたします。
 - 1 9) 高齢者施設等感染対策向上連携加算Ⅰは施設内で新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保し、協力医療機関と新興感染症以外の発生時等の取り決めを決めるとともに感染症の発生時に連携し対応しており、1 年に 1 回以上医療機関又は地域の医師会が定期的に行う感染対策に関する研修又は訓練に参加している場合に加算いたします。
 - 2 0) 高齢者施設等感染対策向上連携加算Ⅱは、3 年に 1 回以上医療機関から施設内で感染者が発生した場合の感染制御に係る実地指導を受けている場合に算定いたします。
 - 2 1) 新興感染症等施設療養費は入居者の方が厚生労働大臣が定める感染症（現時点において指定されている感染症はない）に感染した場合に相談対応、診察、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入居者の方に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1 月に 1 回、連続する 5 日を限度として算定いたします。
 - 2 2) 退去時相談援助加算は、退去時に 1 回のみ算定いたします。

- 23) 退去時情報提供加算は、医療機関へ退所する際、入居者の方の同意を得て、心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に1回のみ算定いたします。
- 24) 業務継続計画未実施減算は、感染症や非常災害の発生時において、入居者様に対するサービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定していない際に減算となります。
- 25) 高齢者虐待防止措置未実施減算は、虐待の発生又はその再発を防止するために対策委員会、虐待防止のための指針、従業員に対し虐待防止のための研修を定期的に実施、措置を定期説に実施するための担当者を置く事をしていない場合に減算となります。
- 26) 看取り介護加算①は死亡日以前45日を上限として死亡月に加算いたします。看取り介護加算②は死亡日以前30日を上限として死亡月に加算いたします。
看取り介護加算③は死亡日以前4日を上限として死亡月に加算いたします。看取り介護加算④は死亡日を死亡月に加算いたします。
- 27) 夜間支援体制加算Ⅱは夜勤を行なう介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数に1を加えた数以上である場合に算定いたします。
- 28) 科学的介護推進加算Ⅰは、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他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。
- 29) 科学的介護推進加算Ⅱは、22)に加えて、疾病、服薬情報を厚生労働省に提出していること。
- 30) 介護職員等処遇改善加算Ⅱは、資格や勤務年数等に応じた昇給の仕組みを整備し、なおかつ職場環境の更なる改善、見える化した際に算定いたします。
- 以上1)～30)については、要件を満たした場合においては、ご請求書にての通知を持って自動的に加算算定いたします。また、要件を満たさない場合においても同様に自動的に加算をはずします。

(3) 月額利用料(介護保険外の自費負担額) 135,000円/月
 < 内 訳 >

家賃	61,500円
食材費	46,950円 内訳 { 朝食425円、昼食570円、夕食570円 を1ヶ月30日にて計算
水道光熱費	18,600円
管理費	7,950円

(4) その他

おむつ代やおむつに関わる物	実費
医療費	医療費は実費負担
通院等の付添い及びそれに伴う交通費用	通院等の付添い 2,000円/時間(消費税別) 公共交通機関、有料道路費用は実費

(5) 支払方法

振込み、自動引き落とし、現金にてお支払いいただけます。 ご料金の支払い日時は、施設から追ってご連絡いたします。

12 個人情報の保護

厚生労働省ガイドラインに基づき、職員の雇用及び離職後の秘守義務に関わる誓約書を取り利用者・家族等の個人情報を故意又は過失による漏洩防止を行っています。 また、個人情報を業務上使用する場合は、利用者・家族等に十分な説明と同意を取り必要最小限の利用に努めます。

13 苦情等申立先

苦情相談窓口	窓口担当者 管理者 三原 和美 ご利用時間 毎日 9:00 ~ 17:00 ご利用方法 電話 052-509-5115
行政相談窓口	国民健康保険団体連合会 052-971-4165 西区役所・福祉相談窓口 052-523-4598 名古屋市役所（介護保険課） 052-959-3087

14 医療連携体制の方針

<p>1. 当ホームにおける重度化に対する考え方</p> <p>重度化とは、身体的・精神的症状が急性増悪による一時的な悪化ではなく、継続的かつ不可逆的な悪化および進行的に悪化する状態と考えて、いわば終末期を意味しているものであると考えています。終末期における介護とは、いわゆる看取りも含めた介護であると考えている。また、このような終末期の過程において、死に対する考え方や迎え方は人それぞれ異なるため、その人なりの死生観を十分に尊重し、その人らしく生きていただけるよう、そして安心・安楽を感じながら精神的・肉体的苦痛を緩和し、充実した時間を過ごしていただけるよう支援させていただくことと考えています。</p> <p>2. 重度化に対する対応について</p> <p>当ホームはグループホームであり、医療施設ではありません。このため、医療行為を施すことは不可能であること等を踏まえ以下の内容を理解の上、当ホームで終末期の介護を受けて過ごすことに同意をいただいた上実施いたします。</p> <p>① 医師より医学的知見から回復の見込みがないと診断され、医療処置等の必要性が薄く、居宅における生活が可能と判断された方を対象とする。</p> <p>② 利用者を含め家族とその判断内容を互いに確認し、その状態に対する介護計画を作成し、理解を得ていること。</p> <p>③ 当ホームにおける医療体制の理解を得ていること。</p> <p>(ア) 当ホームは医療機関でないため、医師は配置していないこと。</p> <p>(イ) 協力医療機関と連携のもと、緊急時の連絡体制を確保し、必要に応じ健康上の管理等に対応すること。</p> <p>(ウ) 夜間は医療スタッフ不在で、緊急時は医師・看護師へ連絡を行なう体制であること。</p> <p>(エ) 病状の変化等に伴う緊急時の対応については協力医療機関に連絡をとり対応すること。夜間においては夜間勤務職員が夜間連絡体制にもとづき緊急を行なうこと。</p> <p>④ 家族との24時間の連絡体制を確保していること。</p> <p>⑤ 終末期の介護に対する家族の同意を得ていること。</p> <p>3. 夜間緊急時の連絡体制と対応について</p> <p>当ホームの夜間緊急時の連絡・対応マニュアルによって適切な連絡を行なう。</p> <p>4. 協力医療機関との連絡体制</p> <p>当ホームは協力医療機関である高田内科医院・玉池在宅クリニックとの連携により、緊急連絡体制を確保して、必要に応じ健康上の管理等に対応することができる体制をとっている。</p>
--

15 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人高田内科医院
院長名	院長 高田 康夫
所在地	名古屋市西区幅下1丁目11-24
電話番号	052-571-0124
診療科	内科・小児科・循環器科
医療機関の名称	おばた歯科・矯正歯科

院長名	院長 鳥井 祐作
所在地	名古屋市守山区常燈8 - 804
電話番号	052-768-6622
診療科	歯科
医療機関の名称	玉池在宅クリニック
院長名	院長 初鹿野 誠也
所在地	名古屋市西区玉池町212
電話番号	052-509-1156
診療科	内科・心療内科・皮膚科・外科

16 防災体制

名古屋市消防局の予防指導に基づき作成した『アットホームあいり消防計画』で編成された自衛消防団を中心に防火・防災訓練と防災設備機器点検を重ね、災害発生時の対応をします。

以上

_____年____月____日

認知症対応型共同生活介護サービス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ないました。

事業者名 アットホームあいり

説明者氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意します。

契約者（利用者） _____ 氏名 _____

契約者代理人及び身元引受人（親族代表者）

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

個人情報利用同意書

私は（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内でサービス提供する事業所が使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 在宅復帰等で居宅サービスの提供を受けるに当たって、担当職員と介護支援専門員又は居宅サービス計画書に掲載されている他のサービス事業所との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- (2) 上記(1)ほか、介護支援専門員又は他のサービス事業所との連絡調整のために必要な場合
- (3) 現に認知症対応型共同生活介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで医師・看護師等に説明する場合
- (4) 生命、身体保護に必要な場合（災害時の安否確認情報を行政に提供する場合）
- (5) ご家族への日々の様子をお伝えする際の写真提供の場合（一緒に写ってしまう場合）

2 個人情報を提供する事業所等

- (1) (2) 受託した居宅介護支援事業所・地域包括支援センター又は他のサービス事業所
- (3) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）
- (4) 管轄警察署、行政機関の災害対策本部報告
- (5) 他ご入居者様家族（写真内に一緒に写ってしまう場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

以上

____年 ____月 ____日

サービス提供事業所名称 認知症対応型共同生活介護事業所 指定 2370400992
有限会社アット アットホームあいり

契約者（利用者） 氏名 _____

契約者代理人及び身元引受人（親族代表者）

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

親族代表者

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____