

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護

グループホーム アウル

重要事項説明書

(有) グッドライフ

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

1 事業主体概要

事業主体名	有限会社 グッドライフ
法人の種類	有限会社
代表者名	代表取締役 宮崎 直人
所在地	北海道伊達市舟岡町 337-1
法人の基本理念	<ul style="list-style-type: none">・ 穏やかで楽しい尊厳ある暮らし（生活）を保障します。・ その人らしいあたりまえの暮らし（生活）を保障します。

2 ホームの概要

名称	グループホーム アウル
ホームの目的	有限会社グッドライフが開設するグループホームアウル(以下「事業所」という)が行う認知症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「事業」という)の適正な運営を確保する為に人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の介護従事者が、要介護状態（介護予防にあたっては要支援2）であって認知症の状態にある高齢者に対し「住み慣れた地域」において「家庭的な環境」の下で、「時間がゆるやかに」流れ「専門的スタッフ」に「さりげなく見守られ」認知症の状態にある方一人ひとりが、自分らしく生活の再構築していく住まい(家)若しくはケア(支援)を提供（約束）する事を目的とする。
運営方針	<ul style="list-style-type: none">・ 小規模(グループ)の持つ特徴を生かし、個別に充実したケア形態であること。・ 現実の日常生活の中で、個別の役割がリハビリとして位置づけられること。・ 個別性を生かしたケアにより、質が高く、より家庭的な雰囲気のある生活環境であること。・ 自然体の中でより専門的に適切なサービスを提供すること。・ 認知症高齢者の抱くとされる不安、心配、ストレスを軽減すること。・ 健康な能力を読解すること。・ 互いに主体的(自己決定と自己責任)な関係であること。・ 家族との連絡調整等を密にし、良好な関係を築くこと。・ 契約書の記載事項、重要事項の説明を遵守すること。

責 任 者	管理者 須藤 学
開設年月日	平成14年4月1日
保険事業者指定番号	指定番号 0173700246
所在地	北海道伊達市舟岡町 337-1
連絡先	電話番号 0142-21-1680 FAX番号 0142-21-1682
交通の便	J R伊達駅下車 車で5分 道南バス舟岡バス停前 徒歩5分
敷地概要(権利関係)	所有
建物概要(権利関係)	所有
居室の概要	8.72畳 18室(個室)
共用施設の概要	トイレ(7箇所)、洗面所(5箇所)、浴室、脱衣室、台所、 玄関、リビング、ダイニング、ユーティリティー、その他
緊急対応、防犯設備等の概要	ナースコール(各居室)、自動火災通報装置、消火器等、 火災報知器

3 協力医療機関

1 協力医療機関名	聖ヶ丘病院
診療科目	内科、整形外科
所在地	北海道伊達市舟岡町 214-22
2 協力医療機関名	伊達赤十字病院
診療科目	精神科・整形外科・内科
所在地	北海道伊達市末永町 81
3 協力医療機関名	はたけやま歯科クリニック
診療科目	歯科
所在地	北海道伊達市竹原町 36-5
4 協力医療機関名	野村内科循環器科
診察科目	循環器科・内科
所在地	北海道伊達市鹿島町 63-5
5 協力医療機関名	いぶり腎泌尿器科クリニック
診察科目	泌尿器・透析科
所在地	北海道伊達市梅本町 2-15

4 医療連携体制機関

医療連携機関名	訪問看護ステーション あさひ
所在地	北海道伊達市弄月町 57-11

5 職員体制

管理者	1名以上（介護従事者としても兼務）
計画作成担当者	1名以上（介護従事者としても兼務） ※うち1名以上は介護支援専門員資格保有者
介護従事者	16名以上（非常勤含み、法人内他事業所との兼務あり）
事務員	1名（非常勤）

6 勤務体制

昼間の体制	常勤	早出 7：00～16：00	非常勤	早出 7：00～12：30
		日勤 9：00～18：00		日勤 9：00～14：30
		遅出 11：00～20：00		遅出 14：30～20：00
夜間の体制	夜勤	16：00～10：00		

7 設定時間（令和3年1月21日より変更）

- ・利用者の生活時間帯（昼）6：00～21：00
- ・夜間深夜の時間帯（夜）21：00～6：00

8 利用定員

ユニット数：2 1ユニット当り定員：9人 総定員：18人

9 サービス及び利用料等

《提供するサービス内容》

- （1）利用者の心身の状態、状況に応じた自立支援
- （2）食事、家事全般については、利用者、介護職員共同で行う
- （3）行政機関に対する手続きの代行
- （4）認知症対応型共同生活介護等計画等の作成
- （5）家族との交流会の実施

《自己負担額》

指定認知症対応型共同生活介護等を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定認知症対応型共同生活介護等が法定代理受理サービスであるときはその1割～3割の額とする。

(ア) 保険対象利用料金

【(介護予防)認知症対応型共同生活介護費】※共同生活住居数が2以上

サービス提供時間 事業所区分・要介護度		基本単位 (1日)	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
Ⅱ (2ユニット)	要支援2	749	749	1,498	2,247
	要介護1	753	753	1,506	2,259
	要介護2	788	788	1,576	2,364
	要介護3	812	812	1,624	2,436
	要介護4	828	828	1,656	2,484
	要介護5	845	845	1,690	2,535

【加算料金】以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	基本単位	算定回数等	算定要件
若年性認知症利用者受入加算	120	1日につき	若年性認知症(40歳から64歳まで)の利用者を対象に指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護を行った場合に算定します。
看取り介護加算 ★(介護予防以外)	72	死亡日以前 31日以上 45日以下	※医療連携体制加算(Ⅰ)を算定している必要あり 看取りに関する指針を定め、利用者又は家族の同意のもと、医師、看護師等多職種共同にて介護に係る計画を作成し、計画に基づき利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるように支援した場合に算定します。 ・看護職員は訪問看護師に限る ・看取りに関する職員研修を行う ・看取り後、ケアカンファレンスを行う ・死亡日にまとめて算定する
	144	死亡日以前 4日以上 30日以下	
	680	死亡日の前日及び 前々日	
	1,280	死亡日	
初期加算	30	1日につき	当事業所に入居した日から30日以内の期間について算定します。 30日を超える入院後に再び入居した場合も同様とする。
入院時費用	246	1日につき (6日のみ/月)	ご利用者が、病院または診療所に入院することになり、入院後明らかに3ヵ月以内に退院すると見込まれる場合は、ご利用者及びご家族の希望などを考慮し、必要に応じて適切な便宜を図ること、またやむを得ない事情がある場合を除いて、退院後は同じ事業所に入居することができる体制を整えることが要件となります。 算定回数は、ご利用者が病院または診療所へ入院した場合、1ヵ月に6日を限度として入院時費用を算定できます。
新興感染症等施設療養費	240	1日につき (月5日程度)	入居者が別に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入居者に対し、適切な感染対策を行った上で、サービス提供を行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定する。
退去時相談援助加算	400	1回限り	退去時利用期間が1月を超える利用者が退居し、 居宅 にて居宅サービス等を利用する場合に、退居後の各サービスについての相談援助を行い、利用者の同意を得て退居後2週間以内に市町村等に利用者の介護状況を示した文書を添えて各サービスに必要な情報を提供した場合に算定します。
退居時情報提供加算	250	1回につき	※医療連携体制加算Ⅰ(イ)を算定する場合のみ可 医療機関 へ退所する入居者について、退所後の医療機関に対して入居者を紹介する際、入居者等の同意を得て、当該入居者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入居者等1人につき1回に限り算定する。 別紙様式9を記載の上、当該医療機関に交付し、写しを介護記録等に添付する。
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	1月につき (3月に1月を限度)	・訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所またはリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士や医師からの助言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計かつ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 ・理学療法士や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場またはICTを活用した津賀東により、利用者の状況を把握した上で、助言を行うこと
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	1月につき (3ヶ月間のみ)	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 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を作成 ・3ヶ月間のみ

加算	基本 単位	算定回数等	算定要件
夜間支援体制加算(Ⅰ)	50	1日につき	共同生活住居の数が1の場合 事業所ごとに常勤換算方法で1人以上の夜勤職員又は宿直職員を加配する 見守り機器を入居者の10分の1以上設置した場合、必要となる介護従事者の数が0.9人以上となる
夜間支援体制加算(Ⅱ)	25		共同生活住居の数が2以上の場合 事業所ごとに常勤換算方法で1人以上の夜勤職員又は宿直職員を加配する 見守り機器を入居者の10分の1以上設置した場合、必要となる介護従事者の数が0.9人以上となる
医療連携体制加算(Ⅰ)			当事業所の従業者若しくは病院や訪問看護ステーション等との連携により看護師を配置し、24時間の連絡体制や利用者が重度化した場合の 指針 を定めるなどにより、利用者の日常的な健康管理や医療ニーズに対して適切な対応が取れる体制を整備している場合に算定します。 (重症化した場合の対応に係る指針を作成し利用者/家族の同意を得る)
イ★(介護予防以外)	57	1日につき	事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置
ロ	47	1日につき	事業所の職員として看護職員(准看含む)を常勤換算で1名以上配置
ハ	37	1日につき	訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保
医療連携体制加算(Ⅱ) ★(介護予防以外)	5	1日につき	①医療連携体制加算(Ⅰ)のいずれかを算定している ②算定日が属する月の前3月間において次のいずれか若い等する状態の入居者が1名以上であること。 ①喀痰吸引 ②経鼻胃管・胃瘻 ③人工呼吸器 ④中心静脈注射 ⑤人工腎臓 ⑥常時モニター測定 ⑦人工膀胱/肛門 ⑧褥瘡 ⑨気管切開 ⑩留置カテーテル ⑪インスリン注射
協力医療機関連携加算	協力医療機関の要件		①入所者等の病状が急変した場合等において、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診療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。 ③入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
	100	1月につき	協力医療機関が上記の①、②の要件を満たす場合
	40	1月につき	それ以外の場合
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10	1月につき	①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。 ②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。 ③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	1月につき	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。
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	1日につき	①認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の2分の1以上 ②認知症介護実践リーダ－研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置 ③認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合 ④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的指導に係る会議を定期的開催
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4		①認知症介護実践リーダ－研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置 ②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的指導に係る会議を定期的開催 ③認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の 100分の20以上 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合 ④認知症介護指導者研修等修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施 ⑤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、研修を実施又は実施を予定

加算	基本単位	算定回数等	算定要件					
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	150	1月につき	加算対象者:日常生活自立度のランクⅡ、Ⅲ、Ⅳ又はMに該当する入所者等 ※認知症専門ケア加算を算定している場合は算定不可 ①事業所又は施設における利用者又は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者の占める割合が2分の1以上であること。 ②認知症介護指導者養成研修の修了とともに、認知症チームケア推進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成る認知症の行動・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実施していること。 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の定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。					
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	120	1月につき	認知症チームケア推進加算(Ⅰ)の①・③・④に掲げる基準に適合すること。 「認知症介護実践リーダー研修」を修了し、かつ、「認知症チームケア推進研修」を修了した者を1名以上配置し、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。					
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100	1月につき	(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(いわゆる介護助手の活用等)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(オンラインによる提出)を行うこと。					
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10	1月につき	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、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的にしていること。 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(オンラインによる提出)を行うこと。					
栄養管理体制加算	30	1月につき	事業所全体としての栄養ケアに対する指導や助言を目的とし、管理栄養士が日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的な助言や指導を月に1回以上行う ※外部の管理栄養士でも算定が可能					
口腔衛生管理体制加算	30	1月につき	当事業所の介護職員が歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士から口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上受けている場合に算定します。					
口腔・栄養スクリーニング加算	20	1回につき (6ヶ月に1回)	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のスクリーニングを行った場合に算定します。					
科学的介護推進体制加算	40	1月につき	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を認知症対応型共同生活介護の適切かつ有効な提供に活用している場合に、算定します。					
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	1日につき	前年度の実績(3月を除く)の平均を用いる。 直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。 その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに届出を提出しなければならない					
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18		介護福祉士70%以上/勤続10年以上の介護福祉士25%以上					
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6		介護福祉士60%以上					
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の	基本サービス費に各種加算減算を加えた 総単位数 (所定単位数)	No.	要件	I	II	III	IV
	186/1000		(1)	介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善	0	0	0	0
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の		(2)	介護職員処遇改善計画書を作成し市町村へ届出	0	0	0	0
	178/1000		(3)	経営困難な場合、賃金水準を見直した内容を市町村へ届出	0	0	0	0
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の		(4)	事業年度ごとに処遇改善に関する実績を市町村に報告	0	0	0	0
	155/1000		(5)	直近の過去1年間において、労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処されていない	0	0	0	0
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数の		(6)	労働保険料の納付を適正にしている	0	0	0	0
	125/1000		(7)-1	職員任用の際に職責・職務内容要件・賃金に関するものを定めている	0	どちらか1つ	いずれか1つ	/
			(7)-2	7-1の要件を書面作成し全介護職員に周知している	0	0		
			(7)-3	介護職員の資質向上に関する計画策定、研修実施/機会の確保をしている	0			
(7)-4	7-3について全介護職員に周知している	0	0					
		(8)	2の届出日の前月までに実施した処遇改善内容・処遇改善に要した費用を全職員に周知している	0	0			

※ ★については、介護予防認知症対応型共同生活介護での算定はしない。

(イ) 保険対象外利用料金

料金は利用に応じた自己負担とし、改定時には理由を添えて事前に通知するものとする。

【初期費用】

1. 敷金

- (1) 45,000 円を支払うものとする。
- (2) 契約終了時に居室の状態が入居時と著しく異なり、破損等があった場合、原状回復費用を差し引いて返却するものとする。

2. 契約金

- (1) 45,000 円を支払うものとする。

【月額費用】

3. 家賃

- (1) 月額 45,000 円を支払うものとする。
- (2) 入退去時に限り、利用日数が 1 ヶ月に満たない場合は、利用日数に応じて 1 日あたり 1,500 円を支払うものとする。

4. 光熱水費

- (1) 月額 20,000 円を支払うものとする。
- (2) 利用日数が 1 ヶ月に満たない場合は基本料金 (5,000 円) に加え、利用日数に応じて 1 日 500 円を支払うものとする。
- (3) 入院等の事由により利用がない月に関しては、基本料金のみを支払うこととする。

5. 食材料費

- (1) 1 食あたり 400 円を支払うものとする。(月額 37,200 円※31 日計算)
- (2) 食材料費には、おやつと飲料代を含むものとする。
- (3) 外出等により食事をキャンセルする場合は、以下の通りとする。
 - ・前日までのキャンセル：当該食事に係る料金は発生しないものとする。
 - ・当日キャンセル：当該食事に係る料金は全額発生するものとする。

(ウ) その他の日常生活費

1. 利用者又はその家族等の自由な選択に基づき、事業所が施設サービスの提供の一環として提供する日常生活上の便宜に係る費用で、利用者が負担することが適当と認められるものについては、実費負担とする。

例) シャンプー、ボディソープ、歯ブラシ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤、おむつ等

2. すべての利用者等に対して一律に提供している日常生活費については、施設負担とする。

例) 洗濯洗剤、柔軟剤、漂白剤、トイレトペーパー等

※ 個別の希望により特別な対応が必要となった場合、当該対応に伴う費用は実費負担とする。

(エ) その他の費用

1. 居宅療養管理指導費

- (1) かしま薬局の薬剤師が、以下のサービスを提供します。

- ・服薬状況の確認
- ・適切な服用方法や用法の助言
- ・服薬の管理
- ・入退院時の変更薬剤への対応
- ・薬の副作用のチェック
- ・薬の影響についての相談

- (2) 費用については、かしま薬局との契約書をご確認ください。

- (3) 薬代は別途医療保険での負担となります。

2. 個別の希望によって、事業者が提供する場合に係る費用

- (1) 外食支援に伴う自己の飲食費

- ・外食支援は、入居者の社会交流や自立心を促し、食事の楽しみを提供します。生活の質を向上させ、心身の活性化にも寄与します。個人によって異なりますが、月に1回から2回の外食支援を提供します。

- (2) 診察料

- (3) 理美容費

- (4) 教養娯楽費

- (5) 個人の希望に基づく贅沢品

- (6) 新聞、雑誌等の代金

- (7) その他の日常生活に係る費用（衣料品、クリーニング代、生活雑貨、福祉用具等）

10 利用料金の支払方法

①【保険対象利用料金】

毎月1日から末日までの利用実績に基づく請求書を翌月15日までにお送りします。

②【その他の日常生活費】 + 【その他の費用】 + 【保険対象外利用料金】

毎月1日から末日までの実費負担分については、その内訳を示す立替金精算書と支払いを証明する領収書を添付し、翌月15日までにお送りします。

※ 利用開始月には、通常の月額費用に加えて初期費用も請求させていただきます。

前記①及び②の合計金額を、請求月の15日までに下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。

- (1) 事業者指定口座への振り込み
- (2) 利用者指定口座からの自動振替

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

11 通院について

通院の付き添いは原則として施設職員が行いますが、ご家族の付き添いも可能です。

《ご家族による付き添いの場合の手続き》

- (1) 外出届の提出
 - ・通院の際は、事前に外出届をご提出ください。
- (2) 医師からの指示の報告
 - ・通院後、医師からの指示内容を必ず施設にご報告ください。
 - ・この情報は、利用者様への適切な支援を継続するために重要です。ご協力をお願いいたします。

1.2 リスクに対する基本的な考え方

- (1) 可能な限り「自由な生活」を目指し、一律のルールやスケジュールで管理した運営は行いません。
- (2) 原則として、身体抑制やホームの玄関、出入り口の施錠等による行動の制限は行いません。
- (3) 社会生活を営む上で完全なリスク回避はあり得ず、人の暮らしにはリスクが付き物であると考えています。安全確保は重視しますが、抑制や過度な行動制限につながらないように留意して支援します。
- (4) 自身でリスクの予測や回避が困難になった方が入居・利用する施設であることを踏まえ、支援者であるスタッフが利用者一人ひとりの能力を見極めながら、リスクを予測し、環境を整え、利用者がリスクに対処できるように支援していきます。
- (5) 本人が貴重品（お金、眼鏡、補聴器、時計など）を持たれる際には、紛失や毀損などのリスクを予測して支援します。対策を講じていたとしても、紛失や毀損が生じた場合には責任を問いかねる旨をご了承ください。

1.3 緊急時等における対応方法

- (1) 利用者の病状の急変や事故などが生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ事業者が定めた協力医療機関へ連絡を行う等の必要な措置を行います。
- (2) 別紙の【相談苦情事故の指針】を参考に対応致します。

1.4 事故発生時の対応方法について

- (1) 利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事故については、事業所として事故の状況、経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。
- (3) 利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

【市町村（保険者）の窓口】 伊達市役所 健康福祉部 高齢福祉課介護保険係	所在地	伊達市鹿島町20-1
	電話番号	0142-82-3196（直通）
	ファックス番号	0142-21-5147
	受付時間	9:00～17:30（土日祝は休み）

1 5 非常災害時の対策

- (1) 非常災害時に適切に対応する為、非常災害に関する具体的な計画を立てています。
- (2) 避難訓練を年2回以上行うものとしています。これは、非常災害に備え、定期的に訓練する事でいざという時に適切な対応が行える様努めております。
- (3) 別紙の【防災の指針】を参考に対策しております。
- (4) 防火管理者 須藤 学

1 6 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護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計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 7 衛生管理等

- (1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底しています。
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③ 従業員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

18 権利擁護

《身体拘束等の禁止》

- (1) 事業者は、当該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を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)を行いません。
- (2) 身体的拘束等に関する担当者及び責任者を選定しています。
 - ・身体的拘束等に関する責任者 代表取締役 宮崎直人
 - ・身体的拘束等に関する担当者 管理者 須藤 学
- (3) 従業者に対する身体拘束等適正化対策検討研修を実施しています。
- (4) 身体拘束等適正化対策検討委員会を設立します。
- (5) 身体的拘束等適正化対策検討のための指針を作成します。

緊急やむを得ない場合の検討	(1) 緊急やむを得ない場合に該当する、以下の要件を全て満たす状態であるか管理者、介護支援専門員、看護職員、介護職員で構成する検討会議を行います。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 緊 急 性：直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。 ・ 非代替性：身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。 ・ 一 時 性：利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。
家族への説明	(2) 緊急やむを得ない場合は、あらかじめ利用者の家族に、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束等の時間帯、期間等を、詳細に説明し、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期間内においてのみ行うものとします。
身体拘束等の記録	(3) 身体的拘束等を行う場合には、上記の検討会議録、利用者の家族への説明、経過観察や再検討の結果等を記録します。
再検討	(4) 身体的拘束等を行った場合には、日々の心身の状態等の経過観察を行い検討会議にて、拘束の必要性や方法に関する再検討を行い、要件に該当しなくなった場合は、直ちに身体的拘束等を解除します。また、一時的に解除して状態を観察する等の対応も考えます。

《虐待防止の推進》

- (1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、次に挙げるとおり必要な措置を講じます。
- (2) 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。
 - ・虐待防止に関する責任者 代表取締役 宮崎直人
 - ・虐待防止に関する担当者 管理者 須藤 学
- (3) 成年後見制度の利用を支援します。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (6) 虐待防止のための指針を作成します。

1 9 重度化対応・終末期ケア対応指針

《本指針の目的》

利用者が病状の重度化や加齢による衰弱、終末期状態になっても、なじみの環境で生活を維持し、望む場所で最後まで暮らせるよう医療関係者・家族等と協力して対応する。

《重度化した状態・終末期の判断》

主治医の判断を基本とし、主に認知症に伴う重度化を対象とする。

《基本的な姿勢》

- ・疼痛や苦痛がなく、本人・家族の望む人生の過ごし方ができるよう支援
- ・グループホームでの生活継続を最大限サポート

《医療連携》

1. 主治医との連携

- ・指示・指導のもと必要な医療を提供
- ・必要に応じて入院による病院医療と連携

2. 訪問看護ステーションとの連携

- ・主治医と密接に連携し、必要不可欠な医療ケアを提供
- ・日常生活の継続性を最優先し、身体的・精神的苦痛を最小限に抑える

3. 薬剤師など地域の多様なサービスとの連携

- ・疼痛緩和ケアのため、主治医指示のもと薬剤師と連携
- ・必要に応じて歯科医師、栄養士等の専門職と連携

4. その他

- ・認知症以外の病状悪化時は、主治医と連携し適切な機関で支援

《家族等との信頼・協力関係》

- ・重度化・終末期対応には家族の信頼・協力が不可欠
- ・家族と協力し、利用者本人が満足する看取り支援を実施

《職員の教育・研修》

- ・医療専門職との連携を強化し、重度化・終末期ケアの充実を図るため、職員教育に注力する
- ・家族等の意向を重視した密な連携ができるよう努める

20 看取り介護指針

《グループホーム アウルにおける看取り介護の考え方》

看取り介護は、グループホーム アウル入居者が医師の診断のもと、回復不能な状態に陥った時に、最期の場所及び治療について本人の意思、ならびに家族の意向を最大限に尊重して行わなければならない。

グループホーム アウルにおいて看取り介護を希望される入居者、家族の支援を最後の時点まで継続する事が基本であり、その身体的・精神的苦痛、苦悩をできるだけ緩和し、死に至るまでの期間、その方なりに充実して納得した日々の暮らしが営めることを目的として援助する。それを完遂する責任が事業所及び、その職員にはある。

また、看取り介護を実施中にやむを得ず病院や在宅等で搬送する入居者においても、搬送先の病院への引継ぎ、継続的な入居者、家族への支援を行わなければならない。

1. 看取り介護実施時、グループホーム アウルは以下の条件を満たしていると共に、ホームにおける看取り介護に関する理念、及び理念に基づく質の高いサービスが行わなければならない。
2. グループホーム アウルの入居者は人道的且つ安らかな終末を迎える権利を保持しているので、看取り介護実施時にグループホーム アウルは可能な限り尊厳と安楽を保ち、安らかな死が迎えられるよう体制を整備する。
3. 看取り介護実施時に、グループホーム アウル は医師及び医療機関との連携を図り、医師の指示により管理者を中心に多職種体制のもとで入居者及び家族の尊厳を支える看取りに努めるものとする。

(1) グループホーム アウルにおける、看取り体制

1. 自己決定と尊厳を守る看取り介護

- ① グループホーム アウルに置ける看取りの介護の基本理念を明確にし、本人又は家族に対して生前意思の確認を行うこと。
- ② グループホーム アウルの看取り介護においては、医師による診断（医学的に回復の見込みがないと判断した時）がなされた時が、看取り介護の開始となる。
- ③ 看取り介護実施にあたり、本人又は家族に対し、医師または協力病院から十分な説明が行われ、本人または家族の同意を得ること。（インフォームドコンセント）
- ④ 看取り介護においてはそのケアに携わる 管理者、計画作成担当者に従事する者が協議し、看取り介護に関する計画書を作成し、原則として週に1回以上、ご家族へ説明を行い、同意を得て看取り介護を適切に行う事。尚、必要に応じて適宜、計画内容を見直し、変更する。

2. 医師・看護師体制

- ① 看取り介護体制にあたり協力病院医師との情報共有による看取り介護の協力体制を築いていること。
- ② 管理者は医師の指示受け入居者の疼痛緩和等の安らかな状態を保つように状態把握に努め、入居者の状況を受け止めるようにする。
また、日々の状況等について随時、家族に対して説明を行い、その不安に対して適宜対応していく。
- ③ 医師による看取り介護の開始指示を受けて、カンファレンスに基づき他職種による看取り介護計画書を作成し実施するものとする。

3. 看取り介護の施設整備

- ① 尊厳ある安らかな最期を迎える為に個室等の環境整備に努め、その人らしい人生を全うするためのホームの整備の確保を図ること。
- ② ホームでの看取り介護に関して、家族の協力体制（家族の面会、付き添い等）のもとに個室の提供を積極的に行う。

4. 看取り介護の実施とその内容

- ① 看取り介護に携わる者の体制及びその記録等の整備
 - 1) 看取り介護同意書
 - 2) 医師の指示
 - 3) 看取り介護計画書作成（変更・追加）
 - 4) 経過観察記録
 - 5) ケアカンファレンスの記録
 - 6) 臨終時の記録
 - 7) 看取り介護終了後のカンファレンス会議録

- ② 看取り介護実施における職種ごとの役割

【管理者】

- 1) 看取り介護の総括管理
- 2) 看取り介護に生じる諸課題の総括責任
- 3) 医師または協力病院との連携を図る
- 4) 看取り介護にあたり他職種協働のチームケアの確立
- 5) 看取り介護に携わる全職員へ訪問看護師と協力を行い死生観教育と職員からの相談機能
- 6) 看取り介護期における状態観察の結果に応じて必要な処置への準備と対応を行う。
- 7) 定期的なカンファレンスの開催

【医師】

- 1) 看取り介護期の診断
- 2) 家族への説明（インフォームドコンセント）
- 3) 緊急時、夜間帯の対応と指示
- 4) 各協力病院との連絡・調整
- 5) 定期的なカンファレンス開催への参加
- 6) 死亡確認、死亡診断書等関係記録の記載

【計画作成担当者・介護支援専門員】

- 1) 継続的な家族支援（連絡、説明、相談、調整）
- 2) 看取り介護計画書作成（変更・追加）
- 3) 看取り介護にあたり多職種協働のチームケアの連携強化
- 4) 定期的なカンファレンス開催への参加
- 5) ケアカンファレンスの記録、会議録の作成
- 6) 緊急時、夜間帯の緊急マニュアルの作成と周知徹底
- 7) 死後のケアとしての家族支援（グリーフケア）と身辺整理

【訪問看護師】

- 1) 医師または協力病院との連携を図る
- 2) 看取り介護期における状態観察の結果に応じて必要な処置
- 3) 疼痛緩和
- 4) 急変時対応（オンコール体制）
- 5) 随時の家族、施設職員への説明と、その不安への対応
- 6) 定期的なカンファレンス開催への参加

【介護職員】

- 1) きめ細かな食事、排泄、清潔保持の提供
- 2) 身体的、精神的緩和ケアと安楽な体位の工夫
- 3) 医療機関からアドバイスをもらい痛み等の緩和
- 4) コミュニケーションを十分にとる
- 5) 看取り介護の状態観察、食事、水分摂取量の把握、浮腫、尿量、排便チェックときめ細かな経過記録の記載
- 6) 定期的なカンファレンス開催への参加
- 7) 生死の確認のため細かな訪問を行う。

③ 看取り時の介護体制

- 1) 緊急時特別勤務体制
- 2) 緊急時家族連絡体制
- 3) 自宅又は病院搬送時の施設外サービス体制

④ 看取り介護の実施内容

1) 栄養と水分

看取りの介護にあたっては他職種と協力し、入居者の食事、水分摂取量、浮腫、尿量、排便量等の確認を行うと共に、入居者の身体状況に応じた食事の提供や好みの食事の提供に努める。

2) 清潔

入居者の身体状況に応じ可能な限り入浴や清拭を行い、清潔保持と感染症予防対策に努める。その他、本人、家族の希望に添うように努める。

3) 苦痛の緩和

(身体面)

入居者の身体状況に応じた安楽な体制の工夫と援助及び疼痛緩和等の処置を適切に行う。(医師の指示による緩和ケア又は、日常的ケアによる緩和ケアの実施)

(精神面)

身体機能が衰弱し、精神的苦痛を伴う場合、手を握る、身体をマッサージする、寄り添う等のスキンシップや励まし、安心される声掛けによるコミュニケーションの対応に努める。

4) 家族

変化していく身体状況や介護内容については、定期的に医師からの説明を行い、家族の意向に沿った適切な対応を行う。

継続的に家族の精神的援助（現状説明、相談、こまめな連絡）あるいは本人、家族から求められた場合における宗教的な関わりと援助を行い、カンファレンスごとに適時の状況説明を通し、家族の意向を確認する。

5) 死亡時の援助

医師による死亡確認後、エンゼンルケアを施行し、家族と看取り介護に携わった全職員でお別れする事が望ましい。

死後の援助として必要に応じて家族の支援（葬儀の連絡、調整、遺留金品引渡し、荷物の整理、相談対応等）を行う事が望ましい。

⑤ 看取りに関する職員教育

グループホーム アウルにおける看取り介護の目的を明確にし、死生観教育と理解の確立を図るものとする。

- 1) 看取り介護の理念と理解、検討会
- 2) 死生観教育 死へのアプローチ
- 3) 看取り期に起こりうる機能・精神的変化への対応
- 4) 夜間・急変時の対応
- 5) 看取り介護実施にあたりチームケアの充実
- 6) 家族への援助法

(2) 医療機関や在宅への搬送の場合

1. 医療機関への連絡

医療機関にこれまでの経過説明を充分に行い、家族の同意を得て、経過観察記録等の必要書類を提示する。

2. 本人・家族への支援

・継続的に本人や家族の状況を把握すると共に、訪問、電話等での連絡を行い、介護面、精神面での援助を確実に行う。

・死後の援助として必要に応じて家族支援（葬儀の連絡、調整、遺留金品の引渡し、荷物の整理、相談対応等）を行う事が望ましい。

2 1 ハラスメントの防止

1. 事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。
 2. 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - (3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
- ※ 上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、利用者及びその家族等が対象となります。
3. ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
 4. 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
 5. ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

2.2 苦情の受け付けについて(契約書第2.3条参照)

1. 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- (1) 苦情受付窓口(担当者) : 管理者 須藤 学
- (2) 受付時間 : 毎週 月曜日～金曜日 9:00～18:00
- (3) 別途、苦情受付ポストを玄関に設置しております。
ご意見やご不満がございましたら、ぜひご利用ください。

2. 行政機関、その他の苦情受付機関

各市町村介護保険担当課及び下記へお問い合わせください。

- (1) 国民健康保険団体連合会 所在地 札幌市中央区南2条西14丁目
電話番号 011-241-5161
F A X 011-233-2178
- (2) 北海道社会福祉協議会 所在地 札幌市中央区北2条西7丁目
かでの2・7
電話番号 011-241-3766
F A X 011-280-3162

2.3 第三者評価の実施状況

*外部評価の受審状況(直近)

実施年月日 令和5年3月1日(受審)
実施機関 株式会社 サンシャイン
開示状況 WAM NETに開示されております。

令和 年 月 日

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サービスの提供の開始に際し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

グループホーム アウル

説明者 氏名 管理者 須藤 学 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及び介護予防認知症対応型共同生活介護の提供開始に同意しました。

利用者 氏名

契約者 住所

氏名 印

続柄

※ この重要事項説明書は、厚生労働省第39号（平成12年3月31日）第4条の規程に基づき、入居申込み者又は、ご家族への重要事項のために作成したものです。