

(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所

「グループホーム桜野」重要事項説明書

令和8年6月1日現在

1 事業所の名称・所在地等

- (1) 名称 (介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所
「グループホーム桜野」
- (2) 開設年月日 平成16年5月1日
- (3) 所在地 栃木県さくら市桜野1297番地3
- (4) 電話番号 028-682-1820
FAX番号 028-682-1853
- (5) 管理者 大森 有益
- (6) 事業所番号 0972600399

2 グループホームの目的と運営方針

(1) 目的

認知症のある要介護(要支援)者＝生活の主体(当該認知症により著しい精神状態を呈する者や著しい行動障害がある者及び認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。)が、家族的な環境のもとで個人の尊厳とQOL(生活の質)を保ちながら「穏やかで安らぎのある暮らし」「自立した生活」を共同で営むことができるよう、当ホームの介護従事者＝生活のパートナーが援助することを目的とする。

(2) 運営方針

居心地よい、オープンなグループホームを目指して！

【具体的目標】

- ① 家庭的であたたかな雰囲気
- ② その人らしい生き方の尊重
- ③ 利用者・家族・地域にオープンに

【行動目標】

- 「ゆっくり」「一緒に」「楽しく」
「昔を知る」「今を知る」「心を知る」
「自由」「信頼」「連携」

3 職員体制

職 種	人員	常 勤		非常勤		保有資格等
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者 兼 計画作成担当者 (介護従事者)	1		1			介護支援専門員 介護福祉士 社会福祉士
介護従事者	15	11	(1)	4		介護福祉士 11名 (認知症介護実践リーダー 研修 修了 3名) ヘルパー2級 1名 介護職員初任者研修2名 無資格 1名

勤務時間 日勤 8時30分～17時30分

夜勤 16時30分～ 9時00分

4 入居定員

18名(全室個室)

5 入居に当たっての留意事項

- (1)利用者様本人が当ホームを気に入っていただけること。
ご本人が意思決定に欠ける場合には、ご家族様・身元引受人様が当事業所の運営方針・ケア体制についてご理解・ご納得されていらっしゃることを。
- (2)外出(短時間のものは除く。)または外泊しようとする時は、指定用紙で届出をお願いします。(食費などの請求に必要不可欠です。)
- (3)騒音等、他の利用者様や近所に迷惑になる行為は慎んでください。
- (4)指定場所以外で火気を用いることは禁止します。
- (5)金銭・貴重品の管理の代行は原則として行いません。
- (6)当ホーム内へのペットの持ち込みはご遠慮ください。
- (7)居室はフローリング床で、エアコンや小さな収納スペースがあるだけです。
床を畳に変える場合は、利用者様のご負担となります。また、居室に入る程度のダンス・ベッド・テーブル・布団等はお持ち込みいただけます。(火災予防のため石油ストーブの持ち込みはご遠慮ください。)
- (8)当ホームでは、家族・知人の皆様が利用者様を気軽に訪れ一緒に時間を過ごしていただけるよう、誕生会のほか季節の行事をたくさん取り入れていきたいと思っています。
可能な範囲でご家族の皆様に参加のご協力をお願いすることがあります。

(9)入居時より1～2週間は、環境の変化から利用者様本人の「不安の増強」「落ち着きがなくなる」等の行動が考えられます。当ホームに慣れるまでの間は、ご家族の皆様と密な情報交換を行っていきたいと思います。電話等でのご連絡や当ホームにお越しいただくことがあると思いますので、ご協力をお願いします。

6 利用者負担

(1) 保険給付の自己負担額

①(介護予防)認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)

状態区分	単位数
要支援2	749単位/日
要介護1	753単位/日
要介護2	788単位/日
要介護3	812単位/日
要介護4	828単位/日
要介護5	845単位/日

※入院時費用・・・利用者様が病院等に入院した場合、1か月に6日を限度に①に代えて1日につき246単位を算定します。

②各種加算

(配置している職員数やその専門性、それぞれの利用者に応じて加算される単位)

各種加算	単位数	内 容
初期加算	30単位/日	入居した日から30日間。入居後の初期対応に対して算定します。 または、1か月以上の入院後当ホームに戻ってから30日間算定します。
医療連携体制 加算Ⅰ(ハ) (予防給付を除く)	37単位/日	病院との連携により看護師を1名以上確保しており、環境の変化を受けやすい利用者様が生活を継続できるよう、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応をするために日常的な管理、利用者様の状態悪化時における医療機関との連絡・調整を行います。

医療連携体制加算Ⅱ (予防給付を除く)	5単位/日	医療的ケアが必要なご利用者様を受け入れた場合
協力医療機関 連携加算 (予防給付を除く)	100単位/月	利用者様が急変した場合等に協力医療機関への相談・診療・入院体制が確保しています。
高齢者施設等感染 対策向上加算Ⅰ	10単位/月	施設内で感染者が発生した場合に医療機関と連携し、施設療養を行い、感染拡大防止に努めます。
高齢者施設等感染 対策向上加算Ⅱ	5単位/月	
新興感染症等 施設療養費	240単位/日	新興感染症のパンデミック発生時において施設療養を行った場合 (1月に1回、連続する5日を限度)
認知症専門 ケア加算(Ⅰ)	3単位/日	日常生活自立度がランクⅢ以上の利用者様に対して算定します。
認知症チームケア 推進加算(Ⅱ)	120単位/月	日常生活自立度がランクⅡ以上の利用者様で認知症の行動・心理症状に対するチームケアを行います。
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	22単位/日	介護職員のうち介護福祉士が70%以上配置されています。
看取り介護加算 (予防給付を除く)	72単位/日 (死亡日以前31日 以上45日以下)	利用者様が医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断の上、ご本人またはご家族にその旨が説明されその後の医療方針について十分な説明を受けた後、ご本人またはご家族の合意を得て、医師・看護師・介護従事者等が共同して随時ご本人・ご家族に対して看取りの関わり方を支援します。(退所後も含む。)
	144単位/日 (死亡日以前4日 以上30日以下)	
	680単位/日 (死亡日前日、前々日)	
	1,280単位/日 (死亡日)	

退居時相談援助加算	400単位／回 (1回限り)	自宅に退居または病院に入院した利用者様に対して、健康管理・介護方法等、在宅・入院における日常生活に関する相談・情報の提供を行った場合
退居時情報提供加算	250単位／回	
生活機能向上 連携加算(Ⅱ)	200単位／月	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作業療法士、言語聴覚士、医師が当ホームに訪問し、共同して生活機能向上を目的とした計画を作成します。
栄養管理体制加算	30単位／月	管理栄養士が介護職員へ利用者の栄養・食生活に関する助言や指導を行います。
口腔衛生管理 体制加算	30単位／月	歯科医師等による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行います。
生産性向上推進 体制加算(Ⅱ)	10単位／月	介護現場に介護ロボットやICT等のテクノロジーを導入し、生産性の向上を行った場合の加算
口腔・栄養 スクリーニング加算	20単位／回	介護職員でも実施可能な口腔・栄養スクリーニングを行います。(6か月に1回)
介護職員等処遇 改善加算Ⅰ(ロ)	所定の単位数 ×22.8%	介護職員等の安定的な人材確保を行うため、所定単位数に加算率を乗じて算定します。

③地域区分による加算

当事業所が所在するさくら市は地域区分が7級地になります。

そこで、①(介護予防)認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)と②各種加算の該当分を合計した単位数に10.14円を乗じた介護給付総額から、保険者負担額を差し引いた金額をご負担いただくこととなります。なお、円未満は切り捨てになります。

(2) その他の利用料金

① 入居費用

	1日あたりの 自己負担額	1か月(30日)の 自己負担額
家賃	日割計算の場合 1,200円	月額 36,000円
光熱水費	600円	18,000円
日用消耗品費	100円	3,000円
食費 (朝食) (昼食) (夕食) (おやつ)	1,600円 (400円) (500円) (600円) (100円)	48,000円
持込家電	1点につき、1日50円(テレビ、冷蔵庫、電気ポット、電気毛布、電動ベッド等)	

※日用消耗品とは、ボディーソープ、リンスインシャンプー、洗濯洗剤、柔軟剤、歯ブラシ、歯磨き粉、ティッシュペーパー、トイレトペーパー、ゴミ袋等とします。

②医療費、おむつ代、理美容代、行事の経費、レクリエーション等の材料費等、日常生活において通常必要となる費用で、利用者様が負担することが適当と認められる費用は、実費にて徴収します。

③月の途中での入退居、入院・外泊等による不在時は、日割計算とします。

④居室の使用状況により、退居時に原状回復のため修繕費を精算させていただく場合があります。

7 利用者負担の支払い

当ホームでは、利用者または代理人の皆様に対して毎月5日までに前月の利用者負担の請求書及明細書を発行します。利用者または代理人の皆様は、請求書発行日から5日以内に現金または銀行振り込みにてお支払いいただくようお願いいたします。現金の場合は、できる限りおつりのないようご配慮をお願いいたします。

8 他機関・他施設との連携

- (1) 協力医療機関の受診:当ホームでは、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。利用者様の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。原則として、急変時を除いて受診はご家族様にお願いしております。

協力医療機関

名 称 社会医療法人 恵生会 黒須病院
住 所 栃木県さくら市氏家2650番地

協力歯科医療機関

名 称 塩野歯科医院
住 所 栃木県さくら市櫻野415-1

- (2) 他施設への紹介:当ホームでの対応が困難になったり、専門的な対応が必要になったりした場合には、責任を持って他施設をご紹介します。
- (3) その他:入居申込時に健康診断書を提出していただきます。入居後も看護師がいますので、健康チェックや服薬管理を行い、利用者様が健康で安心して日常生活が送れるよう健康状態の把握に努めていきます。
また、年に1回健康診断を実施いたします。(実費)

9 緊急時の対応

緊急の場合には、「利用契約書」にご記入いただいた連絡先にご連絡いたします。(利用者様の病状が急変した場合には、ご連絡が救急外来への受診後になる場合があります。)

(1) 利用者急変時

日中・・・看護師がいますので、看護師が状況判断し、利用者様のかかりつけ医に相談します。急を要する場合は、黒須病院へ受診します。(その際は看護師または日勤者が付き添います。)

夜間・・・夜勤者は、看護師または管理者に連絡し指示を仰ぎます。あきらかな急変時には、救急車を呼びあわせてご家族様に連絡します。(ご家族様には、一度当ホームに来ていただきます。) また、翌日の日勤者に連絡し、当ホームに待機させます。

(2) 災害発生時

日中・・・当ホーム内で初期対応するとともに、通報係は関係機関や当ホームの緊急連絡網で全職員に連絡します。誘導係は利用者様を安全な場所へ避難させます。

夜間・・・夜勤者は、初期対応と同時に消防機関に連絡します。必要時には、利用者様を避難誘導し、近隣に応援を依頼します。緊急連絡網で全職員に至急動員体制をとります。

(3) 行方不明時

日中・・・日勤者で初期対応し、見つからない場合は緊急連絡網で全職員の動員体制をとるとともに、ご家族様の了解を得て警察に連絡します。

夜間・・・夜勤者は、ホーム内を探しても見つからない場合には、緊急連絡網で全職員の動員体制をとるとともに、ご家族様の了解を得て警察に連絡します。

10 身体拘束廃止の取り組み

(1) 利用者様または他の利用者様等の生命または身体を保護するため「緊急やむを得ない場合」を除き、身体拘束 その他利用者様の行動を制限する行為は行いません。

(2) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、当ホームの身体拘束廃止のための指針に沿って、その様態や日時、利用者様の心身の状況、緊急やむを得なかった理由、解除に向けての工夫等を記録し、5年間保管します。

11 要望及び苦情等の相談

(1) 利用者または代理人の皆様は、提供されたサービスに苦情がある場合、当ホームまたは国民健康保険団体連合会に対し、いつでも苦情を申立てることができます。

(2) 当ホームの苦情等の相談は下記の専用窓口で受け付けます。

①相談担当者 大森 有益

②受付時間 月曜日～土曜日 9:00～17:00

不在の時もありますが、その場合には職員が誰でも誠意を持って対応していきます。また、相談担当者に必ず引継ぎを行い、後日、相談担当者より改めてご連絡いたします。

③電話番号 028-682-1820

FAX番号 028-682-1853

④対応方法 その場で対応できることであれば、その場で対応者が詳しい事情を聞き処理します。その後、必ず相談担当者に報告します。

その場で対応が困難と思われた場合には、対応者が相談担当者に連絡します。相談担当者は事実の確認を行い対応します。

当ホームに非がある場合には、利用者またはご家族の皆様に対して、原則として翌日までに管理者が謝罪にお伺いいたします。

当ホーム内で処理が困難な場合は、恵生会責任者に報告し、関係部署にて対応します。

⑤ 苦情受付機関

栃木県国民健康保険団体連合会	住 所 栃木県宇都宮市本町3-9 栃木県本町合同ビル6階 電話番号 028-643-2220 FAX番号 028-643-5411 受付時間 9:00~17:00 (土日・祝日を除く。)
さくら市役所高齢課	住 所 栃木県さくら市氏家2771 電話番号 028-681-1155 FAX番号 028-682-1305 受付時間 8:30~17:15 (土日・祝日を除く。)

- (3) 利用者または代理人の皆様が苦情申立て等を行ったことを理由として、何らかの不利益な取扱いをすることはありません。
- (4) 苦情相談の内容はきちんと記録し、5年間保管します。
- (5) 当ホーム内に「ご意見箱」を設置し、利用者・ご家族の皆様の意見を取り入れてサービスの向上・改善に努めていきます。お気軽にご利用ください。

12 秘密保持

業務上知り得た利用者またはご家族の皆様の秘密は、生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、第三者に漏らすことはございません。職員が退職した後でもこれを保持すべき旨を雇用契約の内容としております。

13 情報の提供

次の場合には、利用者様の情報を外部に提供いたします。

- (1) 都道府県や市町が介護サービスの提供状況を確認するため、定期あるいは随時の立入り調査を行う場合。
- (2) 居宅介護支援事業者や介護支援専門員からサービス提供に当たって情報を求められた場合。
- (3) 医療機関への受診、入院、他施設への入所や入居などで、利用者またはご家族の皆様の情報を提供する必要がある場合。

利用契約時に文書で同意を確認させていただきます。(個人情報使用同意書)

令和 年 月 日

グループホーム桜野でのサービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

重要事項説明者 _____ 印

私は、本書面に基づいて、「グループホーム桜野」から重要事項の説明を受け、これを十分に理解し、サービスの提供開始に同意します。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印