

グループホームこころ 共同生活介護 重要事項説明書

(令和6年8月1日現在)

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

事業所名	グループホームこころ
開設年月日	平成22年4月1日
所在地	山形県西村山郡河北町大字溝延字本丸8-1
電話番号	0237-73-5853
ファックス番号	0237-73-5860
管理者名	菊地 久美
介護保険指定番号	0692300056

(2) 目的と運営方針

認知症高齢者に対し住居を提供し、日常生活における援助等を行うことにより、認知症の進行を穏やかにし、周辺症状を減少させ、認知症高齢者が精神的に安定して明るい生活を送れるように支援し、認知症高齢者の福祉の増進を図ることを目的とします。

また、当事業所では以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用下さい。

- 一. 当事業所では、利用者の身体的・精神的状況の的確な把握に努めるとともに、症状等に応じて、医療機関への受診を図るなど、適切な対応を行います。
- 二. 当事業所では、日常生活を通じたケアを行うという観点から、事業所内での食事は、原則として、利用者と事業所職員が共同で調理して行うように努めます。
- 三. 当事業所では、事故防止のため、利用者の行動特性等を十分に把握して、安全に配慮した運営を行います。
- 四. 当事業所では、明るく家庭的雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。

(3) 事業所の職員体制

なごみユニット

職 種	員 数 (うち兼務)	職務内容
管 理 者	1名 (1)	管理業務
計画作成担当者	1名 (1)	計画作成業務
介 護 職 員	8名 (2)	介護業務
看 護 職 員	1名 (1)	看護業務

のどかユニット

職 種	員 数 (うち兼務)	職務内容
管 理 者	1名 (1)	管理業務
計画作成担当者	1名 (1)	計画作成業務
介 護 職 員	8名 (2)	介護業務
看 護 職 員	1名 (1)	看護業務

- (4) 利用定員 共同生活介護 9名 (なごみユニット)
 (4) 利用定員 9名 (のどかユニット)
 短期利用共同生活介護 1名 (なごみユニット)
 1名 (のどかユニット)

2. サービス内容

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〕は、比較的安定状態にある認知症の要介護者及び要支援2の者に対して、共同生活の中で、認知症対応型共同生活介護計画〔介護予防認知症対応型共同生活介護計画〕に基づき、入浴・排せつ・食事等の日常生活上の世話や、機能訓練を提供します。

また、空いている居室を利用して、短期間入居して認知症対応型共同生活介護を行う認知症対応型短期利用共同生活介護〔介護予防認知症対応型短期利用共同生活介護〕も提供します。

3. 利用料金

(1) 基本料金 (法定代理受領サービスを提供した場合は利用料金の1割~3割が自己負担額となります)

- ① サービス利用料 (介護保険制度では、要介護等の程度によって利用料が異なります。以下は1日あたりの金額をあらわしています)

区分	要介護度	利用料金	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
共同生活介護	要支援2	7,490円	749円	1,498円	2,247円
	要介護1	7,530円	753円	1,506円	2,259円
	要介護2	7,880円	788円	1,576円	2,364円
	要介護3	8,120円	812円	1,624円	2,436円
	要介護4	8,280円	828円	1,656円	2,484円
	要介護5	8,450円	845円	1,690円	2,535円
短期利用共同生活介護	要支援2	7,770円	777円	1,554円	2,331円
	要介護1	7,810円	781円	1,562円	2,343円
	要介護2	8,170円	817円	1,634円	2,451円
	要介護3	8,410円	841円	1,682円	2,523円
	要介護4	8,580円	858円	1,716円	2,574円
	要介護5	8,740円	874円	1,748円	2,622円

※短期利用共同生活介護 (ショートステイ) とは、定員の範囲内で空室を利用するもので、30日以内の利用期間で運用します。ショートステイ利用の場合は、その居室 (入院等の事由により空室となった) のご利用者およびご家族のご了承を得る事いたします。

②加算額

内容	利用料金	自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
初期加算 (入居後30日間)	300円	30円	60円	90円
協力医療機関連携加算 ※令和7年3月まで	1,000円	100円	200円	300円
協力医療機関連携加算 ※令和7年4月から	500円	50円	100円	150円
サービス提供体制強化加算(I)	220円	22円	44円	66円
医療連携体制加算(I)ハ	370円	37円	74円	111円
入院時費用	2,460円	246円	492円	738円
退居時情報提供加算	2,500円	250円	500円	750円
口腔衛生管理体制加算	300円	30円	60円	90円
科学的介護推進体制加算	400円	40円	80円	120円
介護職員等処遇改善加算(I)	所定単位数の186/1000(月) 上記同様、入所者負担額は1割から3割あり			

(注)

- ・初期加算(1日につき)
入居初日から30日に限り加算されます。なお、30日を超える病院または診療所への入院後に当該施設に再入居された時も同様に加算されます。
- ・協力医療機関連携加算(1月につき)
高齢者施設等と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築し、入所者の急変時等に備えた関係者間の平時からの連携を強化するため、入所者の病歴等の情報共有や急変時等における対応の確認等を行う会議を定期的に行っている場合に加算されます。
- ・サービス提供体制強化加算(I)(1日につき)
当該事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上の場合、加算されます。
- ・医療連携体制加算(I)ハ(1日につき)
日常的な健康管理を行い、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している場合、算定されます。

- ・入院時費用（1日につき）
入居者が入院を要し、3ヵ月以内の退院が見込まれ、退院後再び当該施設に円滑に入居する体制を確保している場合、加算されます。
- ・退居時情報提供加算（1回につき）
医療機関に対して診療情報、心身の状況、生活歴等を提供した場合、算定されます。
- ・口腔衛生管理体制加算（1月につき）
歯科衛生士が、日常的な口腔ケアに係る部分で助言や指導した場合、算定されます。
- ・科学的介護推進体制加算（1月につき）
入居者毎の心身の状況等の基本情報を、厚生労働省と情報共有し、情報システムをサービスの質の向上を目的として活用している場合、算定されます。
- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）
認知症対応型共同生活介護費に各種加算を加えた料金に186/1000を乗じた額が加算されます。

（2）その他の料金

【利用料・利用者の負担額】

項目	金額	項目	金額
家賃（1ヶ月）	40,000円	おむつ代	実費相当額
保証金	なし	理美容代	実費相当額
食材料費（1ヶ月）	35,400円	レク材料費	実費相当額
水道光熱費（1ヶ月）	15,450円	教養娯楽費	実費相当額

※税込金額で表示

○居室等の破損があった場合は必要に応じて請求をさせて頂く場合がありますのでご了承ください。

○退居時、ベットマットのクリーニング代を頂きます。

【月の途中で入居もしくは退居された場合・1日分】

項目	金額	項目	金額
家賃	1,350円	水道光熱費	515円
食材料費	1,180円		※税込金額で表示

（3）支払い方法

- ・請求書は利用者又はご家族等に対し、15日頃までに送付いたします。
お支払いいただきますと領収書を発行いたします。なお、領収書の再発行はできかねますので、大切に保管してください。
- ・お支払い方法は、口座振替を原則としますが、現金支払いや銀行振込を希望される場合は、利用申込時にお申し出ください。

4. 協力医療機関等

当事業所では、下記の医療機関に協力いただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応いたします。

協力医療機関

名称：山形県立河北病院

山形県西村山郡河北町谷地字月山堂111番地

協力歯科医療機関

名称：丹野歯科医院

山形県西村山郡河北町大字溝延326

医療法人社団スマイル歯科医院

山形県西村山郡河北町谷地月山堂380-1

5. 事故発生時の対応について

当事業所は、サービスの提供により事故（転倒・転落等による骨折等）が発生した場合は、必要な措置を講じた上、速やかに利用者及び扶養者が指定した者ならびに市町村に連絡します。

6. サービス利用にあたっての留意事項

- 外出・外泊 外出しようとするときは、外出先、用件、帰居予定時刻等をあらかじめご連絡下さい。
- 設備・備品の利用 事業所内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合は、弁償していただく場合があります。
- 金銭・貴重品の管理 盗難等については、当事業所では責任を負いかねますので必要以上の金銭は所持しないで下さい。
- 宗教活動 事業所内での他の入所者に迷惑になるような宗教活動はご遠慮下さい。
- ペットの持ち込み 事業所内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りいたします。
- 利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は、禁止します。
- 他利用者への迷惑行為は禁止します。
- 利用者は、自ら健康の保持に留意し、身体機能の低下を防止するよう努めてください。
- 利用者及び利用申請者は、その身上に関する重要な事項に変更が生じたときは、速やかに管理者に届け出てください。

7. 非常災害対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

- (1) 防火管理者には、紅寿の里職員を充てます。
- (2) 火元責任者には、事業所職員を充てます。
- (3) 非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼します。点検の際は、防火管理者が立ち会います。
- (4) 非常災害設備は、常に有効に保持するよう努めます。
- (5) 火災の発生や地震が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、紅寿の里と連携・協力し、任務の遂行に当たります。

(6) 防火管理者は、従業員に対して防火教育、消防訓練を実施します。

- ① 防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難）……年 2 回以上
（うち 1 回は夜間を想定した訓練を行います）
- ② 利用者を含めた総合避難訓練……年 1 回以上
- ③ 非常災害用設備の使用方法的徹底……随時

その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとります。

8. 緊急時等の対応

当事業所は、入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめ当事業所が定めた協力医療機関への連絡を行います。また、利用者及び扶養者が指定する者に対しても、緊急に連絡します。

2 当事業所は、利用者に対し、事業所医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

3 当事業所は、利用者に対し、当事業所における認知症対応型共同生活介護での対応が困難な状態、又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。

9. 苦情及び要望について

利用者及び扶養者は、当事業所の提供する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〕に対しての要望又は苦情等について、管理者に申し出ることができます。

〔担当者〕 管理者 菊地 久美

〔受付時間〕 月曜日から金曜日午前 8 時 30 分から午後 5 時まで

TEL 0237-73-5853

10. 記録

当事業所は、利用者の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〕の提供に関する記録を作成し、その記録を完結の日から 5 年間は保管します。

2 当事業所は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、扶養者その他の者（利用者の代理人を含みます。）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

11. 身体の拘束等

当事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。そのため、身体的拘束等の適正化対策検討委員会を 3 月に 1 回以上開催し、その結果について、職員に周知徹底を図ります。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、事業所管理者が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、ご家族の了解のもと、当事業所の管理者及び計画作成担当者がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録に記載することとします。

12. 秘密の保持

当事業所とその職員は、業務上知り得た利用者又は扶養者若しくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号については情報提供を行うこととします。

- ① 介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。

- ② 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

13. その他

当事業所についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求下さい。

以 上

令和 年 月 日

サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面を交付し、重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	〒999-3522 山形県西村山郡河北町大字溝延字本丸8-1
	名称	グループホームこころ
	説明者	Ⓜ

私は、契約書および本書面を受領し、事業者からサービス提供について重要事項の説明を受けました。

利用者	住所	〒 -
	氏名	Ⓜ
代理人	住所	〒 -
	氏名	Ⓜ