

## グループホーム 笑顔

### 重要事項説明書

(令和7年9月更新)

#### 1. 事業所の概要

##### (1) 事業所の名称等

事業所名	グループホーム笑顔
開設年月日	平成18年3月27日
所在地	山形県上山市弁天二丁目2番45号
電話番号	023-672-8510
ファックス番号	023-672-6770
管理者名	相澤 春樹
介護保険指定番号	0671300333

##### (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、問題行動を減少させ、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。

- 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。
- 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。
- 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。
- 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

###### Aひまわりユニット

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(1)	介護業務

###### Bさくらユニット

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	7名(1)	介護業務

(4) 利用定員 9名 (Aひまわりユニット)

(4) 利用定員 9名 (Bさくらユニット)

## 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。

## 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)

要介護度	金額	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
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

②体制加算 (全ての入居されている方が対象となります。)

内 容	金額	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
初期加算 (入居後30日間)	300円	30円	60円	90円
入院時費用	2460円	246円	492円	738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 3)	370円	37円	74円	111円
栄養管理体制加算	300円	30円	60円	90円
高齢者等感染対策向上加算 (II)	50円	5円	10円	15円
介護職員等待遇改善加算 (I)	所定単価数の186/1000			

③その他の加算（対象の場合にのみ加算されます。）

認知症専門ケア加算（I） (認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の方のみ)	30円	3円	6円	9円
協力医療機関連携加算Ⅰ	1000円	100円	200円	300円
新興感染症等施設療養費	2400円	240円	480円	720円
退去時情報提供加算	2500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
生活機能向上連携加算Ⅱ	2000円	200円	400円	600円
科学的介護推進体制加算	400円	40円	80円	120円
生産性向上推進体制加算Ⅱ	100円	10円	20円	30円

〈加算の説明〉

**初期加算（1回につき）**

初期加算については、入所初日から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施設に再入所された時も同様に加算されます。（1日あたり300円の加算料金となります。ご入居者1割負担金は30円となります）

**入院時費用**

利用者が病院又は診療所に入院を要した場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定する加算です。

**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70以上であるときに算定できる加算です。その他留意事項あり。

**医療連携体制加算Ⅰ（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に算定できる加算です。

**栄養管理体制加算（1月につき）**

管理栄養士が、日常的な栄養ケアに係る部分での助言や指導により算定される加算です。

**高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）（1月につき）**

施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上、施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止する取り組みに対して算定されます。

**介護職員等処遇改善加算Ⅰ**

人材を確保して、適正なサービスを保つという意味があり、これは単純に職員の給与改善という意味にとどまらず、適切な労働対価を支払い、適切なサービスの質を保つために算定している加算です。所定単位数（基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数）に各数値を乗じて算定されます。

#### 認知症専門ケア加算 I (1日につき)

当該事業者が、別に厚生労働大臣が定める者に対し専門的な認知症ケアを行った場合算定できる加算です。

#### 協力医療機関連携加算(Ⅰ) (1回につき)

協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者の現病歴の情報共有を行う会議を定期的に開催している場合算定されます。

#### 新興感染症等施設療養費

新興感染症のパンデミック発生時等において、厚生労働大臣が定める感染症に感染した入所者に適切な感染対策の上で介護サービスを行った場合、1月に1回、連続する5日を限度として算定されます。

#### 退去時情報提供加算 (1回につき)

医療機関へ退所する場合、主治医や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の助言や指導により算定される加算です。

#### 生活機能向上連携加算Ⅱ (1月につき)

リハビリスタッフが、入居者様の身体状況を評価し、生活の中での機能向上に向けた計画を立案し実施することで算定される加算です。

#### 科学的介護推進体制加算 (1月につき)

心身の状況等の基本情報を、厚生労働省と情報共有し、情報システムを活用しながらサービスの質の向上を目的とした場合算定される加算です。

#### 生産性向上推進体制加算 (1月につき)

電子情報処理組織を使用する方法により、利用者に対して指定認知症共同生活介護を行った場合加算されます。

### (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	50,000円	理美容代	実費相当額
食材料費(1ヶ月)	44,400円	レク材料費	実費相当額
水道光熱費(1ヶ月)	15,000円	教養娯楽費	実費相当額
謄写費用	白黒22円/カラー66円	カルテ等開示手数料	5,500円

※税込金額で表示

#### 【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	500円	
食材料費	1,480円	※税込金額で表示		

### (3) お支払い方法

- ・請求書は利用者又はご家族等に対し、15日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。
- ・お支払い方法は、現金、銀行振込、銀行引落の方法があります。利用申込み時にお選びください。

## 4. 協力医療機関等

当事業所では、下記の医療機関（歯科を含む）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 : 社会医療法人みゆき会 みゆき会病院  
山形県上山市弁天二丁目2番11号

## 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代理人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、責任を負いかねますので、必要以上の金銭、物品等の持ち込みはご遠慮ください。
- 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してください。

## 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、事業所職員を充てます。
- (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、自衛消防隊を編成し、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の徹底……………隨時

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、利用者及び代理人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

利用者及び代理人は、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 相澤 春樹

[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 023-672-8510

2 公的機関においても、次の機関にて苦情申し出ができます。

上山市役所健康推進課 電話番号 023-672-1111

山形県国民健康保険団体連合会介護保険課 電話番号 0237-87-8000

## 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2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、代理人等に対しては、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。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代理人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。

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	〒999-3161 山形県上山市弁天二丁目 2 番 45 号
	名称	グループホーム笑顔
	説明者	相澤 春樹 ㊞

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	㊞