

グループホームさくら
 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
 重要事項説明書

作成日 令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護は、要介護1～5に認定された利用者が利用できるサービスです。
 介護予防認知症対応型共同生活介護は、要支援2に認定された利用者が利用できるサービスです。

1. 事業主体概要

事業主体名	医療法人白桜会小金沢歯科診療所
法人の種類	医療法人
代表者名	理事長 小金澤一美
所在地	大津市大石東四丁目5番6号
法人の理念	医療法人白桜会小金沢歯科診療所は、患者さんや利用者さんの人権を尊重し、良質な医療と福祉を担当し、地域の保健・医療・福祉の向上に寄与することを目指します。
他の介護保険関連の事業	居宅介護支援事業 医療法人白桜会小金沢歯科診療所居宅介護支援サービス (介護予防) 居宅療養管理事業 医療法人白桜会小金沢歯科診療所 オレンジ倶楽部歯科 (介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業 小桜の里 (介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業 瀬田3丁目の家 (介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業 ぜぜの家 地域密着型通所介護事業 介護予防通所介護相当サービス デイサービスさくら倶楽部 (介護予防) 訪問看護事業 白桜会訪問看護ステーションひなた 看護小規模多機能型居宅介護事業 白桜会複合型サービスひなた

他の介護保険以外の事業	歯科診療所 医療法人白桜会小金沢歯科診療所 オレンジ倶楽部歯科 サービス付き高齢者向け住宅事業 サービス付き高齢者向け住宅リバティ桜の花
-------------	--

2. 施設概要

施設名	グループホーム さくら
運営の目的	認知症対応型共同生活介護 認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援します。
	介護予防認知症対応型共同生活介護 認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り要介護状態にならないで、自立して営むことができるよう支援します。
運営の方針	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。 2 利用者及びその家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明します。 3 適切な介護技術を持ってサービスを提供します。 4 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行います。 5 上記のほか介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示、および大津市介護保険法に基づく指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成 25 年 3 月 22 日、大津市条例第 17 号）、または 大津市介護保険法に基づく指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成 25 年 3 月 22 日、大津市条例第 18 号）の趣旨及び内容に沿ったものとします。
入居定員	9名
管理責任者	管理者 田中康之

開設年月日	平成15年 11月 10日
保険事業者指定番号	2530102074
所在地、電話・FAX番号	大津市大石東四丁目5番6号 (電話) 077-546-0900 (FAX) 077-546-5890
交通の便	JR石山駅下車、京阪バス「大石」行き、終点「大石小学校」下車、京阪バス「桜谷パークタウン線」乗換、「極楽橋」下車、徒歩1分
建物概要	構造：重量鉄骨2階建て 2階部分 2階床面積：221.10㎡
居室の概要	居室 9室 (9.94㎡～11.18㎡)
共用施設の概要	台所、食堂、トイレ、浴室、洗濯室、洗面所、玄関、エレベーター
緊急対応方法	協力医療機関へのすみやかな対応、利用者代理人への連絡を行います
防災設備 避難設備等の概要	スプリンクラー 消火器 自動火災報知器 避難用屋外階段
損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険

3. 職員体制（主たる職員）

職員の職種	員数	常勤		非常勤		その他
		専従	兼務	専従	兼務	
代表者	1人		○			法人理事長が兼務 従業者の勤務体制の確保、運営推進会議の運営、市その他の関係機関との連絡調整、職員の資質向上のための研修機会の提供責任を行う。 認知症研修及び認知症対応型サービス事業開設者研修修了

管理者	1人		○		事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。 認知症研修及び認知症対応型サービス管理者研修修了
計画作成担当者	1人		○		介護従事者と兼務 登録者の（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画の作成、給付管理業務に従事する。 認知症研修及び認知症対応型サービス計画作成担当者研修修了
介護従事者	10人	○	○	○	介護福祉士、2級ヘルパー等 利用者に対し必要な介護及び支援を行う。入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う。
看護師	2人			○	利用者の健康管理、主治の医師との連携にあたる。

4. 勤務体制

昼間（午前7時～午後9時）の体制	常勤換算で 3人以上
夜間（午後9時～午前7時）の体制	1人 宿直・夜勤の別：夜勤

5. サービスを利用できる方

認知症対応型共同生活介護のサービスを利用できる方は次の方々です。

① 大津市民であること。

（介護予防）認知症対応型共同生活介護は地域密着型サービスです。

大津市民以外の方は利用できませんので、利用申し込みに当たり介護保険被保険者証を確認いたします。

② 認知症の状態にあること。

（介護予防）認知症対応型共同生活介護は認知症の状態にある方を対象としたサービスですので、利用申し込みに当たり担当ケアマネジャー様から情報を受けます。

③ 要介護1～5または要支援2の認定を受けていること。

グループホームさくらは、利用開始時に要介護1～5または要支援2の認定を受けておられる方を対象にしていますので、利用申し込みに当たり介護保険被保険者証を確認します。

④ 入院治療を必要としない健康状態であること。

グループホームは医療施設ではないので、入院治療が必要な方には対応できません。

6. サービスの利用の始期

重要事項説明書を説明し、契約締結後に（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成し、説明を行い同意が得られた時にサービス利用が出来ます。

7. サービス利用の終期

介護保険を利用して、サービスを利用するためには、要介護1～5または要支援2の認定を受けている事が条件となりますので、サービス利用の終期は現在お持ちの介護保険被保険者証の終期とします。更新認定で、要介護1～5、または要支援2と認定された場合は、特段のお申出がない限り、新しい介護保険被保険者証の終期に自動延長します。

8. 退去を求める事例

サービスの利用を終了し、退去を求めるのは次の場合です。

① 大津市から転出された場合。

ご本人が大津市から転出し、他市町村に住民票を移された場合は、サービスの利用は終了になります。

② 要支援1もしくは自立と認定された場合。

利用開始後の更新認定で、要支援1もしくは自立と認定された場合は、サービスの利用は終了となります。

③ 利用料の支払が2ヶ月以上支払われない場合。

利用料は、毎月お支払下さい。2ヶ月以上お支払がない場合は、催告します。それでもお支払がない場合は、法的措置を講じた上で、サービスの利用を終了し、退居していただきます。

9. ホーム利用にあたっての留意事項

(利用上のルール)

- ・ ご利用の方に安心して共同生活を送っていただくために、下記の事項はお止めいただきます。
 - 1 営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動
 - 2 指定した場所以外の火気の使用
 - 3 他の利用者への金品の貸し借り
 - 4 施設内の備品の持ち出し
 - 5 施設内のルールや風紀を乱すこと

(面会)

- ・ 面会は自由です。ただし夜間の面会は他の利用者や周辺住民の迷惑とならないようご注意ください。

(外出・外泊)

- ・外出・外泊は、事務室にご一報ください。
- ・外出・外泊時に医療機関を受診された場合は、必ずご報告ください。

(金銭・貴重品の管理)

- ・利用者の現金及び預貯金の管理、財産の管理運用等の金銭管理は行っておりません。
- ・利用者が受診される診療費用などは、事業所が立替払いして、月の利用料と共に毎月15日に報告します。

(権利擁護事業の利用)

- ・地域福祉権利擁護事業の利用をご希望の方はご相談下さい。社会福祉協議会の窓口をご紹介します

(持ち込み備品)

- ・持込された備品についてはリストを作成します。
- ・持込された備品を廃棄する場合は、利用者代理人の同意を求めます。

10. サービスおよび利用料等

利用にあたり介護保険負担割合を、介護保険負担割合証で確認します。

保険給付サービス	食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等 保険給付サービスは包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額（省令により変動有り）が自己負担となります。
保険対象外サービス	保険対象外サービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。 料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。
居室料	73,000円/月
食事の提供	朝食：340円、昼食：600円、夕食：650円、おやつ：110円
個人消耗品の費用	その他、個人で使用した消耗品は実費精算で自己負担となります。
光熱水費	1カ月14,300円

1) 保険給付サービス（介護保険一部自己負担額）

1単位は、10,45円

介護保険負担割合が1割負担の方です。2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍になります。

	認知症対応型共同生活 介護費 I (1日につき)	同左 (1割負担額)	1カ月(30日として) あたりの自己負担分
要支援2	761単位	796円	23,880円
要介護1	765単位	800円	24,000円
要介護2	801単位	837円	25,110円
要介護3	824単位	861円	25,830円
要介護4	841単位	879円	26,370円
要介護5	859単位	898円	26,940円

2) 加算項目

介護保険負担割合が1割負担の方です。2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍になります。

- ① 初期加算 1日につき30単位
入居より30日以内については、初期加算(1日あたり32円)を算定します。
また、30日を超える病院又は診療所への入院の後に、ご家族の希望により再入居された場合には、再入居より30日以内については、初期加算(1日あたり32円)を算定します。
- ② 医療連携体制加算 Iハ 1日につき37単位
環境の変化に影響されやすい高齢者が、可能な限りグループホームで生活し続けられるように、看護師を配置して、日々の健康管理や主治医をはじめ関係の医療機関との連携を図る費用として、医療連携加算(1日あたり41円)を算定します。
- ③ 退居時相談援助加算 1回につき400単位
グループホームを退居し、自宅に戻られる際に在宅のケアマネジャーなどとの連携を行った時は、1回を限りに退居時相談援助加算(1回あたり418円)を算定します。
- ④ 看取り介護加算

死亡日以前31～45日	1日につき72単位
死亡日以前4～30日	1日につき144単位
死亡日前日及び前々日	1日につき680単位
死亡日	1日につき1,280単位

 グループホームで看取りを行った場合は、死亡日以前30日を上限に看取り介護加算(1日あたり76円、151円、711円、1,338円)を算定します。
- ⑤ 若年性認知症利用者受入加算 1日につき120単位
若年性認知症のある利用者を受け入れた場合は、その利用者に限り若年性認知症利用者受入加算120単位(1日あたり126円)を算定します。
- ⑥ 認知症対応型入院時費用 1日につき246単位(1ヶ月につき6日を限度)
入院後3ヶ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は、1ヶ月に6日を限度として認知症対応型入院時費用(1日あたり257円)を算定します。
- ⑦ 口腔衛生管理体制加算 1ヶ月につき30単位
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月1回以上行っている場合に口腔衛生管理体制加算

- (1日あたり32円)を算定します。
- ⑧ 身体拘束廃止未実施減算 10%/日減算
 ○身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じていない場合に身体拘束廃止未実施減算を算定します。
 ・身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。
 ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。(※)
 ・身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
 ・介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。
 ※認知症対応型共同生活介護においては、運営推進会議を活用することができることとする。
- ⑨ サービス提供体制強化加算Ⅰ 1日につき22単位
 サービスの質の向上や職員のキャリアアップを推進する観点から、事業所の介護福祉士の資格を有する者の割合が70%以上または勤続10年以上の介護福祉士が25%以上ある場合に算定します。
- ⑩ 介護職員処遇改善加算Ⅱ
 認知症対応型共同生活介護費Ⅰ及び上記の費用の合計の17.8%
 介護職員の処遇改善の費用および介護職員の介護技術向上の費用として、介護職員処遇改善加算を算定します。この加算による収入は全額介護職員の給与の処遇改善手当に当てられます。

加算項目のうち②、⑧、⑨、⑩は事業所が基準に適合した場合に、すべての利用者に対して算定します。①、③、⑤、⑥、⑦については該当する利用者に限って算定します。④は厚生労働省の定める利用者に限って算定します。

なお、②の医療連携体制加算Ⅰハ、④の看取り加算は要支援2の方は算定しません。

上記は、令和6年6月 厚生労働省告示による負担額です。

介護保険改正により、介護報酬の変更があるときは、自己負担額も変更になります。

敷金 219,000円

利用者の入居時に、上記入居一時金をお支払いいただきます。敷金は、利用者が退居のさいに必要な原状回復費用に充てられ、残余の金額は返還いたします。

支払方法

1カ月ごとに利用料金を計算し、翌月10日頃に請求書を発行いたしますので、25日までに、金融機関の口座振替でお支払い下さい。

入金が確認されましたら領収証を発行いたします

1 1. 個人情報の保護に関する事項

個人情報の保護に関しては、「個人情報の保護に関する法律」、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンスについて」に基づき厳正に管理します。

個人情報管理者 管理者：田中康之

個人情報を用いる具体的な場合

1. 連携医療機関と提供するサービスに関してサービス担当者会議を持ちますが、ここにおいて利用者の個人情報をこれらの機関に知らせる必要がある場合。
2. 事業所においてサービスの質の向上のため、ケア検討会議でケア内容の検討を行い、運営推進会議でサービス内容の評価を行います。ここにおいて利用者の個人情報をを用いる必要がある場合。
3. 第三者評価機関等、介護保険法で義務付けられた外部評価を受ける際に、利用者の個人情報をを用いる必要がある場合。
4. 大津市、滋賀県国保連合会等の指導・監査等の際に、利用者の個人情報をを用いる場合。

1 2. 協力医療機関

名称：医療法人 緑生会 南大津クリニック

住所：大津市大石中一丁目6番6号

1 3. 病状等の急変の対応

利用者の病状等に対応したサービス提供をおこなうために、サービスの利用にあたっては、医師の診断や日常生活上の留意事項を通知してください。

サービス利用中の病状等の急変に対しては、主治医に相談、受診を行いますが、状況により、事業所の協力医療機関または近医に相談、受診することがあります。

利用者の状態により、事業所の判断で救急要請を行うことがあります。

いずれの場合にもご家族に事前に報告、相談いたしますが、やむを得ず事後報告になることがあります。

1 4. 災害時の対応

利用者が利用中に非常火災が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講じます。

管理者は、日常的に具体的な計画を立て、関係機関への通報および連携体制を整備し、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。

非常災害に備え、定期的に地域の協力機関等と連携を図り、避難訓練を行います。

非常災害等の発生の際に事業を継続する事ができるよう、他の社会福祉施設と連携し、協力することができるように体制を構築するように努めます。

1 5. 利用者の人権の擁護・虐待の防止

人権擁護、虐待防止等のため、責任者(事務長 香川英樹) を置き、法令遵守委員会において違反する事例がないことを審査します。また事業所の職員に対して、人権擁護・虐待の防止に関する研修を行います。

16. 事故発生時の対応

①事業所は、利用者に対する事業の提供により事故が発生した場所には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

②事業所は、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。

③事業所は、利用者に対する事業の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

第17. 暴力団等の排除

事業所を運営する法人の役員及び事業所の管理者その他の従業員は暴力団員ではありません。

事業所はその運営について、暴力団員の支配を受けません。

このため、法人は大津市が滋賀県警本部に必要な照会を行うこと、該当する事態になった時は指定の取り消しになっても異議をはさまない旨の宣誓書と承諾書を大津市に提出しています。

第18. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名：田中康之 (電話) 077-546-0900
外部苦情申立て機関 (連絡先電話番号)	機 関 名：大津市健康保険部介護保険課 (電話) 077-528-2753 機 関 名：滋賀県国民健康保険団体連合会 苦情処理担当窓口 (電話) 077-522-0065

令和 年 月 日

私は、本所面に基づいて重要事項の説明を行いました

(事業所)

名称 グループホーム さくら

所在地 大津市大石東四丁目5番6号

説明者名 _____ 印

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けました。

(利用者)

住所 _____

氏名 _____ 印

(利用者代理人)

住所 _____

氏名 _____ 印

(身元引受人)

住所 _____

氏名 _____ 印