

指定（介護予防）認知症対応型
共同生活介護事業所
重要事項説明書

『グループホーム さくら花泉』

岩手県一関市花泉町涌津字二ノ町43番地1

有限会社 さくら

宮城県登米市迫町佐沼字南佐沼1丁目3番地12

重要事項説明書

作成日 年 月 日

1. 事業主体概要

事業主体名	有限会社 さくら
法人の種類	有限会社
代表者名	太田 陽平
所在地	〒987 - 0511 宮城県登米市迫町佐沼字南佐沼1丁目3番地12 TEL 0220-22-1219 ・ FAX 0220-22-2782
資本金（出資金）	8400万
法人の理念	『その人らしく』をモットーに安全とサービスを提供いたします。 1. 利用者個人の人生観・価値観を尊重し、利用者個人のその人らしさを大切にした介護を行います。 2. 明るい家庭的な雰囲気づくりに心掛け、地域や家庭との結びつきを重視いたします。 3. いつも笑顔で挨拶し、誰にでも親切と思いやりの心で接します。 4. 利用者の生きがいを高め、自立への意欲を支援し、職員同志一致と協力でサービスの質の向上を目指します。
他の介護保険関連の事業	<ul style="list-style-type: none">● 居宅介護支援事業（登米市）● （介護予防）通所介護事業（登米市）● （介護予防）認知症対応型共同生活介護事業（登米市南方町）● （介護予防）認知症対応型共同生活介護事業（仙台市青葉区）● （介護予防）認知症対応型共同生活介護事業（一関市花泉町）● （介護予防）認知症対応型共同生活介護事業（栗原市瀬峰町）● 住宅改修事業● 介護用品販売
他介護保険以外の事業	

2. ホームの概要

ホーム名	グループホーム さくら花泉
ホームの目的	指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護は、認知症の方が、家庭に近い雰囲気の中でその能力に応じた必要な介護・家事援助等を受けながら日常生活を営むことで、在宅ケアを支援することを目的とする。
ホームの運営方針	本事業において提供する指定認知症対応型共同介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護は、介護保険法ならびに関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。
ホームの責任者	佐藤 清美
開設年月日	平成22年 3月 5日
保険事業者指定番号	0390900090
所在地、 電話、FAX 番号	岩手県 一関市 花泉町 涌津字二ノ町43番地1 (電話) 0191-82-2340 (FAX) 0191-82-2340
交通の便	JR 東北線 花泉駅 下車 車で5分 東北縦貫自動車道 一関インターより車で40分
敷地概要 (権利関係)	自己所有 (有限会社さくら)
建物概要 (権利関係)	構造：準耐火木造平屋・自己所有 (有限会社さくら) 延床面積： 574.55 m ²
居室の概要	個室全 18 室 A 棟 (12.38 m ² ・1 室 9.17 m ² ・1 室 8.73 m ² ・1 室 8.68 m ² ・4 室 7.78 m ² ・1 室 7.71 m ² ・1 室) B 棟 (12.38 m ² ・1 室 9.17 m ² ・1 室 8.73 m ² ・1 室 8.68 m ² ・4 室 7.78 m ² ・1 室 7.71 m ² ・1 室)
共用施設の概要	A 棟 リビング ・ B 棟 リビング ・ 各棟に共用トイレ3箇所 ・ お風呂 ・ その他
緊急対応方法	利用者の心身状態に異変が発生した場合 協力医療機関と連携、指示に従い往診・病院搬送・救急車要請等の処置を行い、その後直ちに家族に連絡、状況の説明を行う。 また、その内容を記録する。

<p>事故発生時の対応</p>	<p>① 事故が発生した場合 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合、協力医療機関と連携、指示に従い往診・病院搬送・救急車要請等の処置を行い、その後直ちに当該利用者の家族、市町村、並びに当該利用者の係る居宅介護支援事業者に連絡を行うとともに記録する。 また、必要な損害賠償は速やかに行う。</p> <p>② 無断外出による利用者所在不明が発生した場合 職員は直ちに、ホーム長又は管理者に連絡し、その指示を受け、「緊急連絡網」により、職員および協力機関（警察等）に支援を依頼する。 また、その内容を記録する。</p>
<p>非常災害対策</p>	<p>スプリンクラー・自動火災通報装置・消火器・誘導標識を配置。 防火管理者は、定期的に消防設備等の点検を行い非常災害に備え、非常災害に関する具体的な計画をたて、それに沿って定期的に避難訓練や、その他必要な訓練を行う。</p>
<p>損害賠償責任保険 加入先及び 保険の種類</p>	<p>東京海上日動火災保険株式会社 = カメイ株式会社保険事業部 (Tel 022-264-6230) 居宅介護事業者賠償責任保険</p>

3. 利用状況（平成 年 月 日現在）

第1ユニット（A棟）

<p>利用者数</p>	<p>第1ユニット定員 9人</p>
<p>要介護度別</p>	<p>要介護1： 0人 ・ 要介護2： 0人 ・ 要介護3： 0人 要介護4： 0人 ・ 要介護5： 0人 ・ 要支援2： 0人</p>

第2ユニット（B棟）

<p>利用者数</p>	<p>第2ユニット定員 9人</p>
<p>要介護度別</p>	<p>要介護1： 0人 ・ 要介護2： 0人 ・ 要介護3： 0人 要介護4： 0人 ・ 要介護5： 0人 ・ 要支援2： 0人</p>

4. 職員体制（主たる職員）（平成29年 10月 1日現在）

職員の 種類	員数	常勤		非常勤		保有資格	職務内容	研修会受講等内容
		専従	兼務	専従	兼務			
ホーム長	1			1			職員の人事権を持つ	認知症介護実践者研修
管理者	1		1			介護支援専門員	業務の管理及び職員等の管理を一元的に行う。	認知症介護基礎研修 管理者研修
計画作成担当者	2		2			介護支援専門員 介護福祉士	介護計画を作成する。 介護職員と兼務	認知症介護基礎研修
看護師	1			1		看護師	利用者の健康状態の把握に努め、受診などの管理を行う。	

A棟

職員の 種類	員数	常勤		非常勤		保有資格	職務内容	研修会受講等内容
		専従	兼務	専従	兼務			
計画作成担当者	1		1			介護支援専門員	介護計画の作成 (管理者を兼務する) 他の計画作成担当者の監督	認知症介護基礎研修
介護職員	7	4		3		介護福祉士 ヘルパー2級	利用者に対し必要な介護及び支援を行う。	

B棟

職員の 種類	員数	常勤		非常勤		保有資格	職務内容	研修会受講等内容
		専従	兼務	専従	兼務			
計画作成担当者	1		1			介護福祉士	介護計画の作成 (介護職員を兼務する)	認知症介護基礎研修
介護職員	8	5	2	1		介護福祉士 ヘルパー2級	利用者に対し必要な介護及び支援を行う。(内計画作成者と兼務)	

5. 勤務体制

※1ユニット当たり

昼間の体制	3人（うち早出 7:00 ~ 16:00、1人 日勤 9:00 ~ 18:00、1人 遅出 11:00 ~ 20:00、1人）
夜間の体制	1人 宿直・夜勤の別：夜勤 (18:00 ~ 9:00)

6. 入退居にあたっての留意事項

指定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対象者は、要介護者又は要支援2であって認知症の状態にあり、かつ次の各号を満たすものとする。

- (1) 共同生活を営むことに支障がない者。
- (2) 自傷他害の恐れがないこと。
- (3) 常時医療機関において治療をする必要がないこと。

2 入居後、利用者の状態が変化し、前項に該当しなくなった場合は、利用者及び利用者家族と協議の上、退居してもらう場合がある。

3 退居に際しては、利用者及び家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるよう、退居に必要な援助に努める。

7. ホーム利用にあたっての留意事項

《重度化した場合の対応》

(1) 医療機関等との連携体制

- ・ 24時間主治医、協力医療機関との連絡がとれる体制をとっております。主治医、協力医の指示、指導のもと、必要な医療が受けられるようにします。また、入院が必要となった場合は、主治医、協力医を通し、他の医療機関とも連携をはかります。

(2) 入院期間中の居住費、食費等の取り扱い

- ・ 入院期間中においても、居室をそのまま利用されている場合は、居住費は発生するものと考えます。
- ・ 入院期間中に洗濯などのサービスが必要な場合は水道光熱費を請求させていただきます。

(3) 看取りに関する考え方

- ・ 終末期を迎えた場合、主治医、又は協力医とご家族、ホームで話し合いを行い、入居者ご本人にとって、最良と考えられる看取りの支援方法を行います。

(4) 意思確認の方法

- ・ 入居時に終末期の基本的な考え方の説明を書面にて行わせていただきます。ご家族のご希望を確認した上で、同意書を取り交わします。
ただし、直面した場合には必要と思われる節目毎に状況を説明するとともに、そのつど書面にて意思確認を行わせて頂きます。

《所持品などの持ち込み》

- (1) ご利用者の生活暦を大事にしたいと考えておりますので、個室利用上の全てが基本的に持ち込み可能です。
- (2) ベッドはホームで用意してございます。
(畳敷きにて就寝されたい利用者様は事前にご相談いただけましたら対応いたします)

《面会》

- (1) 御家族様の面会時間は午前7時から午後8時までの間とさせていただきます。
(利用者様の居室に宿泊なさりたい御家族様は、事前にご連絡ください)
- (2) 風邪や感染の危険性のある症状をお持ちの場合はご面会できません。
- (3) ペット同伴でのご面会の方は予めご連絡を下さい。
- (4) 来所時は、入り口での手洗い、消毒手順をお守り下さい。
- (5) 来所時は、大声での会話や走り回る（お子様など）等の行為は慎んで下さい。
- (6) 入所間もない時は、ご利用者の状況でご面会をお断りする場合もございます。

《外出・外泊》

- (1) 外出や外泊は自由ですが、事前に必ずお申し出下さい。
- (2) 行き先とホーム帰宅時間、連絡先は必ず届けて下さい。
- (3) ホーム帰宅門限は、午後7時です。必ずお守り下さい。

《住居・居室の利用迷惑行為》

- (1) 共同生活住居での設備、備品などは共同生活者皆さん共有の生活空間を創りあげるものです。ご利用者生活支援の範囲を超えて破損などが生じた場合賠償していただくことがあります。
- (2) 訪問時、許可なくご家族様以外の、ご利用者様の個室に立ち入らないようにお願いします。

《金銭・所持品の管理》

- (1) ホームでは、基本的に個人の金銭・所持品の管理は行いません。高額の現金や、高額・思い出の所持品は出来るだけお渡しにならないようご注意下さい。
- (2) ご家族がホームへの来所困難な場合、または、ご利用者の状況によって、一定額をお預かりし、ホーム管理させていただく事は出来ます。〈事務所にご相談下さい〉
- (3) その他 詳しくは、職員にご相談ください。

8. サービス及び利用料

<p>保険給付サービス</p>	<p>食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等、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・援助等上記について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。</p> <p>但し、入居後 30 日に限り、介護初期加算として 900 円（30 日：自己負担分）がかかります。</p>
<p>保険対象外サービス</p>	<p>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。</p> <p>料金の改定は理由を付して事前に連絡します。</p>
<p>居室の提供（家賃）</p>	<p>1ヶ月 45,000円/月（1,500円/日×30日換算） 36,000円/月（1,200円/日×30日換算） ※25,500円/月（850円/日×30日換算） ※（生活保護者は月額 25,000円とする）</p> <p>（3タイプのお部屋をご用意しておりますが、入居状況によりご希望のお部屋を選択できない場合がございます。）</p>
<p>食事の提供</p>	<p>1ヶ月 33,000円/月（30日換算） （朝食：300円、昼食：350円、夕食：450円）の1日1,100円 （午前10時と午後3のおやつ代を含む）</p>
<p>水道光熱費</p>	<p>1ヶ月 15,000円/月（500円/日×30日換算）</p>
<p>冬期暖房代金</p>	<p>冬期暖房代金として11月1日から3月31日までの間、 1ヶ月 6,000円/月（200円/日×30日換算）</p>
<p>個人消耗品の費用</p>	<p>利用者が負担することが適当と認められる費用。</p> <p>理美容代。 尿取りパッド代、1枚/25円・パワフルパッド代、1枚/60円 ウルトラパッド1枚/80円・リハビリパンツ代、1枚/120円 紙おむつ代、1枚/120円</p> <p>（実費）平成29年 4月 1日現在</p>
<p>入居時敷金</p>	<p>入居時敷金として金100,000円を前受けさせていただきます。「退去時精算」 但し：退去時の利用料金の未納分並びに居室の破損や汚染等の修繕費にあてるものとする。</p> <p>その際に、入居時敷金を超える金額となり、追加の料金を支払って頂く場合もあります。</p>

9. 介護保険による【基本料金（自己負担分）】

介護報酬の告示上の相当額とは、以下のとおりである。（要介護度別・加算別に算出）（1割負担）

（負担割合についてはお手元の「介護保険負担割合証」にてご確認ください。）

	30日当たりの自己負担額 （単位：円） 利用者負担額＝（基準単価×日数×算定額－基準単価×日数×算定額×0.9）
要支援 2	22,290円 「1日当たり 743 単位 (743×30×10.0－743×30×10.0×0.9)」
要介護 1	22,410円 「1日当たり 747 単位 (747×30×10.0－747×30×10.0×0.9)」
要介護 2	23,460円 「1日当たり 782 単位 (782×30×10.0－782×30×10.0×0.9)」
要介護 3	24,180円 「1日当たり 806 単位 (806×30×10.0－806×30×10.0×0.9)」
要介護 4	24,660円 「1日当たり 822 単位 (822×30×10.0－822×30×10.0×0.9)」
要介護 5	25,140円 「1日当たり 838 単位 (838×30×10.0－838×30×10.0×0.9)」

（※ 上記の利用料は30日換算にて算出 ＝ 一関市 ・ 1単位当たり 10.0円 基準）
（平成27年 4月 基準改定）

加算名	30日当たりの自己負担額 又は退去時相談援助加算に関しては1回限りの自己負担額（単位：円） 利用者負担額＝（基準単価×日数×算定額－基準単価×日数×算定額×0.9）
初期加算	900円 「1日当たり 30 単位 (30×30×10.0－30×30×10.0×0.9)」
医療連係加算	1,170円 「1日当たり 39 単位 (39×30×10.0－39×30×10.0×0.9)」
看取り介護加算	3,888円 「1日当たり 144 単位 (144×27×10.0－144×27×10.0×0.9)」 1,360円 「1日当たり 680 単位 (680×2×10.0－680×2×10.0×0.9)」 1,280円 「1日当たり 1,280 単位 (1,280×1×10.0－1,280×1×10.0×0.9)」
認知症専門ケア 加算 (I)	90円 「1日当たり 3 単位 (3×30×10.0－3×30×10.0×0.9)」
若年性認知症受入 加算	3,600円 「1日当たり 120 単位 (120×30×10.0－120×30×10.0×0.9)」
退去時相談援助 加算	400円 「1回限り 400 単位 (400×1×10.0－400×1×10.0×0.9)」
サービス提供体制 強化加算 (II)	180円 「1日当たり 6 単位 (6×30×10.0－6×30×10.0×0.9)」
夜間支援体制加算 (II)	750円 「1日当たり 25 単位 (25×30×10.0－25×30×10.0×0.9)」
介護職員処遇改善 加算 (I)	介護保険収入金額の1,000分の111に相当する単位数となる。

（※ 上記加算は 一関市 ・ 1単位当たり 10.0円 基準）

（※ 上記加算につきましては、それぞれの加算条件が整い次第順次加算させていただきます。）

介護報酬の告示上の相当額とは、以下のとおりである。(要介護度別・加算別に算出) (2割負担)

(負担割合についてはお手元の「介護保険負担割合証」にてご確認ください。)

	30日当たりの自己負担額 (単位 : 円) 利用者負担額 = (基準単価×日数×算定額 - 基準単価×日数×算定額×0.8)
要支援 2	44,580円 「1日当たり 743 単位 (743×30×10.0 - 743×30×10.0×0.8)」
要介護 1	44,820円 「1日当たり 747 単位 (747×30×10.0 - 747×30×10.0×0.8)」
要介護 2	46,920円 「1日当たり 782 単位 (782×30×10.0 - 782×30×10.0×0.8)」
要介護 3	48,360円 「1日当たり 806 単位 (806×30×10.0 - 806×30×10.0×0.8)」
要介護 4	49,320円 「1日当たり 822 単位 (822×30×10.0 - 822×30×10.0×0.8)」
要介護 5	50,280円 「1日当たり 838 単位 (838×30×10.0 - 838×30×10.0×0.8)」

(※ 上記の利用料は30日換算にて算出 = 一関市 ・ 1単位当たり 10.0円 基準)
(平成27年 4月 基準改定)

加算名	30日当たりの自己負担額 又は退去時相談援助加算に関しては1回限りの自己負担額 (単位 : 円) 利用者負担額 = (基準単価×日数×算定額 - 基準単価×日数×算定額×0.8)
初期加算	1,800円 「1日当たり 30 単位 (30×30×10.0 - 30×30×10.0×0.8)」
医療連係加算	2,340円 「1日当たり 39 単位 (39×30×10.0 - 39×30×10.0×0.8)」
看取り介護加算	7,776円 「1日当たり 144 単位 (144×27×10.0 - 144×27×10.0×0.8)」 2,720円 「1日当たり 680 単位 (680×2×10.0 - 680×2×10.0×0.8)」 2,560円 「1日当たり 1,280 単位 (1,280×1×10.0 - 1,280×1×10.0×0.8)」
認知症専門ケア 加算 (I)	180円 「1日当たり 3 単位 (3×30×10.0 - 3×30×10.0×0.8)」
若年性認知症受入 加算	7,200円 「1日当たり 120 単位 (120×30×10.0 - 120×30×10.0×0.8)」
退去時相談援助 加算	800円 「1回限り 400 単位 (400×1×10.0 - 400×1×10.0×0.8)」
サービス提供体制 強化加算 (II)	360円 「1日当たり 6 単位 (6×30×10.0 - 6×30×10.0×0.8)」
夜間支援体制加算 (II)	1,500円 「1日当たり 25 単位 (25×30×10.0 - 25×30×10.0×0.8)」
介護職員処遇改善 加算 (I)	介護保険収入金額の1,000分の111に相当する単位数となる。

(※ 上記加算は 一関市 ・ 1単位当たり 10.0円 基準)

(※ 上記加算につきましては、それぞれの加算条件が整い次第順次加算させていただきます。)

※ 加算内容について

- ・ **初期加算**

入居した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として、1日に付き所定単位数を加算する。

- ・ **医療連携加算**

可能な限り継続してホームでの生活が継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応が取れるなどの体制を整備しているとして、1日に付き所定単位数を加算する。

- ・ **看取り介護加算**

入居時に看取りについての指針や考え方を説明するとともに、医師が終末期と診断し、利用者又は家族の同意を得て、利用者の介護に係る計画が作成され、医師、看護師、介護職員などが共同して、利用者の状態や家族の求めに応じて随時介護が行われ、施設内での看取りが行われたものについて、死亡日から30日を上限として加算する。

- ・ **認知症専門ケア加算（Ⅰ）**

認知症日常生活自立度Ⅲ・Ⅳ・Ⅴの利用者が入居者の2分の1以上で、認知症介護実践リーダー研修修了者を20名未満に1名配置し、職員間での認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を定期的に実施した場合に1日につき所定単位数を当該利用者に対し加算する。

- ・ **若年性認知症受入加算**

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービスの提供を行う体制を整備しているとして1日に付き所定単位数を加算する。

- ・ **退去時相談援助加算**

利用期間が1ヶ月を超える利用者が退去し、その居宅において居宅サービスを利用する場合に、退去後のサービス利用等について相談援助を行い、退去日から2週間以内に地域包括支援センター等に対し当該利用者の介護状況を示す文書を添えて居宅サービス等、利用に必要な情報を提供した場合に1回限りにつき算定する。

- ・ **サービス提供体制加算（Ⅱ）**

当該事業所の看護、介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上であること。

- ・ **夜間ケア加算（Ⅱ）**

夜間における利用者の安全確保を強化する観点から、夜勤職員の配置基準の見直しを行う。
(1ユニット1名配置することに加えて、夜勤を行う介護職員を常勤換算で1名以上配置する。)

- ・ **介護職員処遇改善加算**

介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、例外的かつ経過的な取り扱いとして、平成30年3月31日までの間加算を行う。所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、その単位数に1,000分の111を乗じた額とする。

10 協力医療機関

協力医療機関名	誠信堂医院
診療科目、ベッド数等	内科・小児科・外科
協力医師	佐藤 誠之
協力医療機関名	花泉歯科医院
診療科目、ベッド数等	歯科・小児歯科
協力医師	佐藤 アリサ

11. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	<p>担当者氏名：管理者 佐藤 清美 (※不在の場合は他の職員が対応することがあります)</p> <p>苦情受け付け時間：午前9時～午後6時まで 利用方法：訪問または、電話等による 電話：0191-82-2340 FAX：0191-82-2340</p>
グループホーム さくら花泉 第三者委員	<p>第三者委員 氏名：小野寺 清竹 第三者委員 電話：0191-82-4086 第三者委員 FAX：0191-82-5504</p> <p>第三者委員 氏名：阿部 忠明 第三者委員 電話：0191-82-2255 第三者委員 FAX：0191-82-2255</p>
担当行政機関 一関地区広域行政組合 (連絡先電話番号)	<p>機関名：一関地区広域行政組合 介護保険課 所在地：一関市竹山町7番2号 電話：0191-31-3223 FAX：0191-31-3224</p>
外部苦情申立機関 (連絡先電話番号)	<p>機関名：岩手県国民健康保険団体連合会・介護保険課 所在地：岩手県盛岡市大沢川原3丁目7番30号 電話：019-623-4325 FAX：019-604-6701</p>
外部苦情申立機関 (連絡先電話番号)	<p>機関名：岩手県社会福祉協議会 福祉サービス「運営適正化委員会」 所在地：岩手県盛岡市三本柳8地割1番3 ふれあいランド岩手2階 電話：019-637-8871 FAX：019-637-9612</p>