

重要事項説明書 《利用のご案内》

たくみ株式会社
グループホームベルジ吉岡たやの家

介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護

重要事項説明書

《令和 7年 7月 1日現在》

はじめに

この文章は、当介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護サービス（以下『サービス』という）を利用されるに際しまして、ご利用されるご本人及びご家族等関係人様に対し、当グループホームをご理解頂くと共に、適正なサービスがご利用いただけますよう、当ホームの運営の概要やサービスの内容等を重要事項としてご説明させて頂くものです。

1 事業所名

吉岡町指定介護予防認知症対応型共同生活介護・吉岡町指定認知症対応型共同生活介護
たくみ株式会社 グループホームベルジ吉岡たやの家
介護保険事業所番号 1072200205

2 代表者名

代表取締役社長 信澤 真由美

3 管理者名

グループホームベルジ吉岡たやの家 管理者 阿部 孝博

4 所在地及び連絡先

〒370-3606 群馬県北群馬郡吉岡町上野田96

T E L : 0279-30-6060

F A X : 0279-30-6061

5 事業の目的及び運営の方針

介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護（以下『グループホーム』という）は、要支援2及び要介護者であって認知症の状態にある方（当該認知症に伴って著しい精神症状を呈する方及び当該認知症に伴って著しい行動障害がある方、並びにその方の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある方を除く）について、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活上の世話・支援及び助言や援助を行うことにより、利用者の方がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう目指しています。

この目的に沿って、当グループホームでは、以下のような運営の方針を定めておりますので、ご理解頂いた上でご利用下さい。

- （1）当グループホームは、要支援2及び要介護者であって認知症の状態にある高齢者の方に対し、その方の有する能力に応じ、介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護計画（以下『介護計画』という）に基づいて、利用者の方の認知症の進行を緩和し安心して日常生活を送る事が出来るよう努めています。
- （2）利用者の方の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努めています。
- （3）当グループホームは、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、他の介護保険施設その他の保険医療サービスまたは福祉サービスを提供する機関との密接な連携に努めています。

6 身体拘束の禁止

当グループホームは利用者又は、他の利用者の生命または身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録します。しかし、その場合も速やかな介助に努めると共に、理由を利用者ご本人にご説明し理由及び一連の経過を利用者代理人に報告します。

7 入居の手続き

(1) 入居するにあたって、必要となる書類は以下の通りです。

- ①入居契約書
- ②健康診断書
- ③その他管理者が必要と認めた書類

8 職員の職種・員数及び職務内容

当グループホームに勤務する者の職種・員数及び職務内容は次の通りです。

(1) 管理者 1名

管理者は、グループホームの従業者の監督及び業務等の管理運営にあたり、計画作成担当者に介護計画の作成に関する業務を担当させます。

(2) 計画作成担当者 2名（ユニット4・5、各1名で介護従事者・事務職員と兼務）
介護計画の作成にあたる職員です。

(3) 介護従事者 20名以上（3名の利用者に対し、1名以上の介護従事者を配置）
介護従事者は、利用者の日常生活全般についての支援及び介護にあたる職員です。
また、職員に対しての定期的な研修の機会を設けることにより、職員の資質向上に努めています。

9 入居定員

ユニット毎の入居定員：9名 ユニット数：2ユニット 合計定員：18名

10 サービスの内容

当グループホームにおいて提供される主なサービスは次の通りです。

- (1) 介護計画の立案・作成
- (2) 食事の提供
- (3) 入浴援助サービス
- (4) 日常生活を円滑に行うための介護
- (5) 日常生活関連動作の維持・向上のためのレクリエーション
- (6) 相談支援サービス
- (7) 定期健康診断（年1回以上）
- (8) その他（※個別料金を頂くサービス：理美容サービス・買い物代行等）

また、これらのサービス内容については、利用者の方がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送る事ができるよう、その方の心身の状況等を踏まえて、介護計画に基づき漫然かつ画一的なものとならないよう各ユニット毎に適切に提供されています。

1 1 利用料及びその他費用の額

(1) 利用料について

当グループホームを利用された場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める介護報酬告示上の額及び月額入居料金（家賃・水道光熱費・施設維持費・食材料費）となります。

(2) その他の費用

その他の費用として、個別に使用したおむつ代や理美容サービス代・持込家電の電気代等が自費負担となります。（別紙1に記載）

1 2 お支払方法について

毎月10日を目処に、前月分の請求書を発行し、指定された送付先にお送り致します。20日に当グループホームの指定する金融機関（東和銀行・群馬銀行）より口座引き落とし又は下記の口座にお振込みにてお支払い頂きます。

振込先：東和銀行

口座番号：3000759

口座名義：たくみ（株） 吉岡たやの家

フリガナ：タクミ（カ）ヨシオカタヤノイエ

1 3 協力医療機関

当グループホームでは、下記の医療機関にご協力頂いております。

(1) 協力医療機関

名称：医療法人 伊藤内科医院

住所：群馬県前橋市下小出町2-49-16

(2) 協力歯科医療機関

名称：医療法人 誠歯会 はが歯科医院

住所：群馬県前橋市高花台1-9-2

1 4 グループホーム利用にあたっての留意事項

(1) 面会

ご面会時間の指定はございません。利用者の状況をご理解頂き日常生活の支障とならない時間をお願い致します。ご面会の際には、各ユニット職員より面会カードをお渡ししますのでお名前をご記入後、各ユニット又は事務職員にお渡しください。また、飲食物等をお持ち込みの際には、必ず職員までお声がけ下さい。

(2) 外出・外泊

外出・外泊は基本的にご本人及びご家族の希望通り自由に対応行えます。外出・外泊を希望の場合は各ユニット職員又は事務職員へお声がけ下さい。その際、外出・外泊届のご記入をお願い致します。

(3) 飲酒・喫煙

飲酒・喫煙に関しては、ご家族様了承のもと、所定の場所のみで飲むことが可能です。量や回数については、ご相談させて頂きます。但し、入居者様の状況及び医師・管理者等の判断にて控えさせて頂くこともありますのでご了承下さいますようお願い致します。

(4) 火気の取り扱い

当グループホーム内への可燃物・危険物の持込は禁止となります。
喫煙者に使用するライターについては、各ユニット職員又は事務職員にて管理させて頂きます。

(5) 金銭・貴重品の持込み

当グループホームでは現金を使わなくとも快適に生活ができるようになっております。
現金及び貴重品のお持ち込みはご遠慮下さい。

(6) ご家族の宿泊

当グループホームでは、予め管理者に申し出て頂ければ、ご家族の宿泊にも対応致します。お気軽にお問合せ下さい。

1 5 非常災害対策

(1) 防災設備

スプリンクラー設備・消火用散水栓・消火器具・自動火災通報装置設備・消防機関へ通報する火災報知設備・非常放送設備・誘導灯及び誘導標識・防排煙制御設備

(2) 防災訓練

年2回実施(内1回は夜間想定訓練)

(3) 防火管理者

防火管理者 阿部 孝博 (甲種第4499号)

1 6 禁止事項

当グループホームでは、多くの方に安心して共同生活を送って頂くために、利用者及びご家族の方の『営利行為・宗教の勧誘・特定の政治活動』は禁止します。

1 7 秘密の厳守

当グループホームを利用されるご本人及びそのご家族の情報が外部に漏れるという事は絶対にありません。(利用終了後、職員退職後も同様です)

1 8 個人情報の使用について ☐ (確認後チェックをお願い致します)

個人情報の使用について、以下に定める条件の通り、当グループホームが、利用者及び代理人・身元引受人の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供または収集する事についてご了承の上、同意頂きます様お願い致します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に順次ます。

2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更の為
- (2) 利用者に関わる介護計画(ケアプラン)を立案し、円滑にサービスが提供される為
に実施するサービス担当者会議での情報提供の為
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業所、自治体(保険者)
その他社会福祉団体等との連絡調整の為
- (4) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める
必要のある場合
- (5) 利用者が利用する介護事業所内のカンファレンスの為
- (6) 行政の開催する評価会議等
- (7) その他サービス提供に必要な場合

(8) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

(9) ホームだより及びブログ等施設行事の様子を画像等にて提供するため

※利用者様の画像等の使用について説明を受け確認頂きましたら□にチェックをお願い致します。

☐ 特に制限なし

☐ 顔のアップや正面等ははっきりしていなければよい

☐ 画像等の掲載は控えたい

☐ その都度確認したい

3. 使用条件

(1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に係る目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用者に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者には漏らさない。

(2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方等について経過を記録し、請求があれば開示する。

4. 入院時における代理手続き及び状態確認等について

(1) ご入居者様が病気等で入院した場合、ご家族様の代理としてベルジ吉岡たやの家の職員が、入院手続き及び医師等から様態や今後の治療方針等の説明をうける事について予めご了承下さい。

19 事故発生時の対応

当グループホームは、万全の体制でサービスの提供に当たりますが、万一事故が発生した場合には、速やかにご利用者のご家族等関係者、関係市町村等にご連絡をすると共に、事故に遭われた方の救済、事故の拡大の防止等の必要な措置を講じます。また、ご利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意を持って速やかに損害賠償を行います。

20 入居時のリスクについて□（確認後チェックをお願い致します）

当グループホームでは、利用者様が快適な生活を送れるように、安全な環境作りに務めておりますが、利用者様の身体状況や病氣に伴う様々な原因により、下記の危険が伴う事を十分にご理解頂き同意頂きます様お願い致します。

(1) 当グループホームは、生活の場であり、原則的に拘束は行わない事から転倒・転落による事故の可能性があります。

(2) 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷の恐れがあります。

(3) 生活環境に違いによる体調変化や精神の不安定を引き起こす恐れがあります。

(4) 入居者の骨はもろく、骨折しやすい状態にあります。

(5) 入居者様の皮膚は薄く、少しの摩擦でも表皮剥離や皮下出血を起こしやすい状態にあります。

(6) 加齢や認知症の症状により、水分や食べ物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。

(7) 加齢や認知症の症状により、日頃の様子からは予測出来ない突発的な行動を起こす恐れがあります。

(8) 要介護及び高齢者の方は、心臓や脳又は何等かの疾患により、急変や急死される危険性が高くなります。

2 1 苦情処理の体制について□（確認後チェックをお願い致します）

当グループホームは、提供するサービスに対しての要望又は苦情等については、苦情相談窓口を設置しております。万一、苦情相談窓口の職員が不在の場合でも介護従事者に申し出て頂ければ速やかに担当者に申し伝えます。

苦情相談窓口担当者：吉田 玲子

苦情相談窓口責任者：管理者 阿部 孝博

また、当グループホーム以外の苦情相談窓口として、下記の窓口にご相談下さい。

●吉岡町役場 健康福祉課 高齢福祉室 ☎0279-54-3111（代）

●群馬県国民健康保険団体連合会 ☎027-290-1316（代）

2 2 運営推進会議

当グループホームは、地域により開かれた運営を目指し、運営推進会議を実施します。この会議は、ご入居者及びご家族等関係者と地域の方々の要望、助言等を聞き運営における資質の向上を目指すものであるとともに、地域の方々との交流の場として2か月に1度実施するものとします。また、この会議の内容については議事録を残し、施設内に掲示し公表するものとします。

2 3 情報開示・提供

当グループホームは、より開かれた運営を目指し、入居者様及びご家族様からの情報開示及び提供に応じています。

2 4 身元引受人・連帯保証人（契約書第22条参照）

身元引受人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額65万円の範囲内で連帯してご負担頂きます。その額は、利用者又は身元引受人の方が亡くなった時に確定し、生じた債務について、ご負担頂く場合があります。

身元引受人からの請求があった場合には、当法人及び事業者は、身元引受人の方に利用料等の支払い状況等、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

2 5 医療連携体制と看取りについての指針

□（確認後チェックをお願い致します）

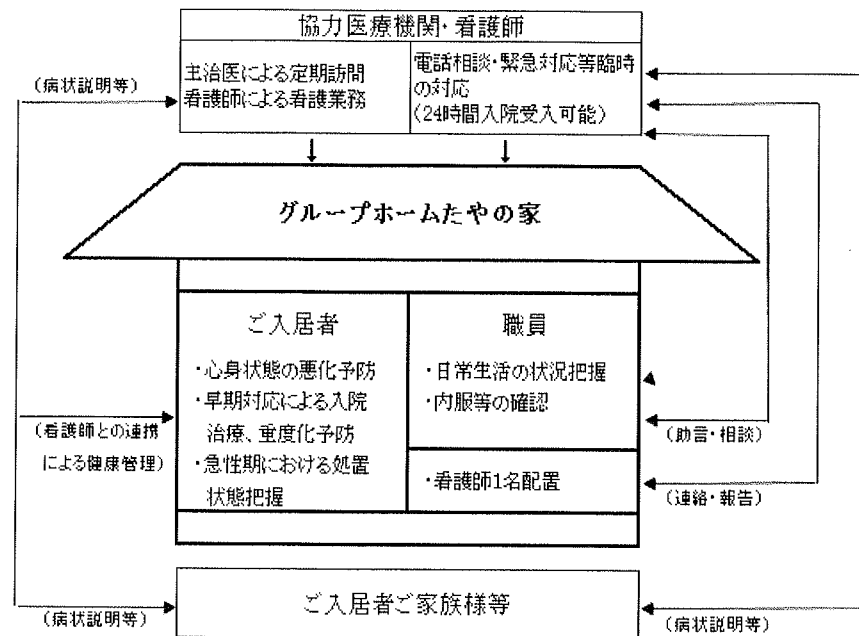
（1）医療連携体制について

当グループホームでは、ご入居者が一日でも長く住みなれた環境で健やかに生活することができるよう、看護師における疾病の予防および管理、病状が重度化した場合における適切な医療提供に努めています。

（2）病状が急性期における医師や医療機関との連携体制

ご入居者が当ホーム入居中に、病状の急変増悪により専門的な医療が必要となった場合には、速やかに担当の看護師に連絡するとともに、当該看護師からの情報提供等を通じ主治医もしくは協力医療機関の医師への診療や、入院の受入の依頼を行うなど、必要な措置を講じます。また、看護師や医療機関との連携体制については下図のとおりです。

〔 看護師や医療機関との連携について 〕



○看取りに関する指針

当ホームでは、病状が終末期（ターミナル）にあるご入居者に対し、その意思に基づき当ホームでの生活を継続させ、身体面・精神面・環境面において、より質の高い日常生活支援を、ご家族様のご理解・ご協力のもと、主治医・看護師・介護職員等の多職種において行います。

〔看取りの対象となりうる状況〕

- ①当該入居者の病状が、主治医の診療に基づき、入院治療等積極的な治療の適応外として、常時医療機関での治療を施す状態ではないと判断されていること。
- ②在宅における緩和ケア（対症療法的な治療）の対象となり、本人またはご家族様がその内容や治療方針に同意していること。
- ③上記①・②の状況であっても、本人またはご家族様が、当ホームでの入居継続を希望していること。なお、この場合の意思確認は、グループホームベルジ吉岡たやの家 利用契約書 第2条第2項に定めるところを以って、入居継続の意思とする。
（但し、入居者の意思を最大限に尊重しこの希望はいつでも変更することができる）
- ④当該入居者が、グループホームベルジ吉岡たやの家 利用契約書 第16条第1項から第4項に該当していないこと。

○看取り介護への対応

● 開始期（ターミナルケア開始1週間）

- ・主治医より、ご家族様に病状説明を行い、主治医と共同で作成した介護計画の説明をしてご署名をいただく。
- ・希望する終末期をイメージする支援を行う。（病院で可能な限り延命治療を受けたい若しくは、当ホームでの看取り介護とするか決定する。）
- ・当ホームでの看取り介護については、介護計画書をもって同意するものとする。
- ・多職種協力のもと医療連携体制強化を図る為、必要に応じて訪問看護との契約を行い医療保険にて看護師による支援を行う。

● 小康期（比較的症状の安定している時期）

身体的ケア

- ・栄養：食事量と水分量確保し、食べることの楽しみ
- ・整容：口腔ケア、整髪、着替え、洗顔（顔拭き）、入浴（部分浴・全身清拭）
- ・環境：ベッド周囲の清潔（リネン交換・居室清掃）
- ・排泄：オムツ交換（適切な排泄ケア）、便秘対応

精神的ケア

- ・緩和ケア：疼痛ケア
- ・環境整備：ご本人の趣味の物を置くなど生活空間の演出、空調管理（室温・湿度など）
- ・コミュニケーション：声掛け、好きな音楽を流す

● 臨死期（一週前後）

- ・ご意向により医師の指示のもと、看護職員による点滴も可能。
- ・ご家族様の宿泊や付き添いの支援。
- ・死後にお向けての準備。（エンゼルケア衣類）

○職員に対する教育・研修

利用者の重度化に対応するための介護技術、専門知識の習得を目的とし、介護の質の向上を目指し教育、研修を実施します。

そのため、施設内の研修会開催や外部研修会の積極的参加を推進します。

- ① 重度化に伴うケアの知識と技術
- ② 重度化に伴い起こり得る機能的・精神的変化への対応
- ③ チームケアの充実
- ④ 看取り介護に関する対応
- ⑤ 重度化対応ケアの振り返り（検証）

○入院・外泊期間中における食材料費・家賃

施設維持費・水道光熱費等・介護保険料の取り扱い

● 食材料費（おやつ代含む）の負担について

入院・外泊期間中の費用は算定されません。（費用の負担はありません。）
ただし、

● 家賃・施設維持費・水道光熱費等の負担について

契約が続行されている限り、入院・外泊中の家賃は通常通りご負担いただきます。

● 認知症対応型共同生活介護費（各種加算関係を含む）の自己負担について

契約が続行されていても、入院・外泊期間中の費用は算定されません。ただし、
入院・外泊の当日と退院・外泊から帰って来た日の保険料は算定の対象となります。

26 認知症対応型共同生活介護サービスに関する料金表

(1ヶ月が30日の場合)

●利用料金

項 目	月 額	日 額
家 賃	46,500円/30日	1,550円/日
水道光熱費等	16,800円/30日	560円/日
施設維持費	11,280円/30日	376円/日
食材料費	46,170円/30日	1,539円/日
合 計	120,750円/30日	4,025円/日

*食材料費について→入院で不在の場合の料金は頂きません。

(食材料費(内訳)朝食475円 昼食532円 夕食532円)

(食事を食べた際には請求をさせていただきます。)

●介護報酬額の1割負担額

地域区分：7級地(1単位⇒10.14円)

自己負担割合が2割又は3割の方は下記金額が2倍又は3倍となります。

区 分	月 額	日 額
要支援2	22,470円/30日	749円/日
要介護1	22,590円/30日	753円/日
要介護2	23,640円/30日	788円/日
要介護3	24,360円/30日	812円/日
要介護4	24,840円/30日	828円/日
要介護5	25,350円/30日	845円/日

●加算

加算名	算定要件	単位数
初期加算	入居後30日間のみ取得	30単位/日
医療連携体制加算(Ⅰ・ハ)	施設職員又は診療所、訪問看護との連携により看護師を1名以上確保しその看護師により、24時間連絡できる体制を確保している場合・その他重度化及び看取り指針を整備している場合	37単位/日
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	介護職員体制が基準を満たしている場合	6単位/日
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	介護職員処遇改善加算の算定要件を満たしている場合	毎月の合計単位数の17.8%を計上
若年性認知症受入加算	若年性認知症の方を受入、個別に計画を作成した場合	120単位/日
看取り介護加算	看取り介護をして31～45日	72単位/日
	看取り介護をして4～30日	144単位/日
	看取り介護をして死亡日前日及び前々日	680単位/日
	看取り介護をして死亡日	1,280単位/日
退居時相談援助加算	在宅復帰により関係機関へ情報提供を行う場合	400単位/回
入居者の入退院支援の取組	退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合(1か月に6日を限度とする)	246単位/日
口腔衛生管理体制加算	歯科医師及び歯科衛生士による口腔ケアに係る助言及び指導の体制確保	30単位/月
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	リハビリテーションを実施している医療提供施設との連携	200単位/月
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	心身の状況による基本的な情報を共有した場合	40単位/月
協力医療機関連携加算	医師・看護師への相談・診療体制が常時確保されている。	100単位/月
退居時情報提供加算	在宅への退居時に関係機関への情報提供を行った場合	250単位/回
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	感染症等の発生時に協力医療機関等と連携し適切に対応している。	5単位/月
新興感染症等施設療養費	感染症に感染した入居者に対し、適切な対応を行ったうえで介護サービスを提供した場合	240単位/月

●おむつ代

(おむつは実費負担となります)

おむつ名	種 別	料 金
尿取りパット	男女兼用パット (30枚入)	1,200円/1パック
	簡単装着タイプ (44枚入)	1,500円/1パック
	長時間安心タイプ (45枚)	2,600円/1パック
	ワイドロングタイプ (30枚入)	1,500円/1パック
紙パンツ	M～L サイズ (18～22枚入)	2,600円/1パック
テープ止め紙おむつ	S～L サイズ (17～22枚入)	1,815円/1パック

*上記以外に医療費・理美容代・電気代(テレビ・冷蔵庫等・コンセントを利用するもの)等実費負担となります。(テレビ代→1日/1台60円(税込))

*入退居月は、入居日数により日割り計算となります。

27 認知症対応型共同生活介護サービスに関する料金内容等目安

(30日利用の場合の目安)

			法定代理受領の場合	償還払いの場合	備 考
介護保険給付対象サービス分	介護報酬部分	利用者負担額（Ａ）	円	円	利用日数により左記金額は変動致します。
		法定代理受領相当分（Ｂ）	円	円	
介護保険級対象外サービス分（Ｃ）				円	
月額入居料金（Ｄ） （家賃+水道光熱費等+施設維持費+食材料費）				円	
合 計（当ホームへの支払い料金の目安）				円	

●介護保険による介護報酬の支払いについて (どちらかを選択し○で囲む)

1. 法定代理受領サービスを選択し、事業所に対して負担割合に応じた額を支払う方法

2. 償還払いを選択し、事業所に対し10割全額を支払い、市町村への請求を行う方法

尚、入居者の(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画の作成担当者として下記の者が担当します。

ユニット4 吉田 玲子

ユニット5 印東 正恵

私は、グループホームベルジ吉岡たやの家の提供するサービスを利用するにあたり、介護保険法に基づいて、重要事項説明書、利用料金表を受領し、これらの内容に関して担当者からの説明を受け、これらを十分理解した上で、取り決め事項を順守する事を誓約するとともにサービスの提供開始に同意致します。

令和 年 月 日

〈利用者〉

氏 名

㊞

〈身元引受人〉

氏 名

㊞

〈連帯保証人〉

氏 名

㊞

〈説明者〉 グループホームベルジ吉岡たやの家

氏 名

㊞