

グループホーム有松 重要事項説明書

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、重要事項を以下のとおり説明します。

1. 担当事業所の名称

事業所の名称	グループホーム有松
指定番号	1 7 9 0 1 0 1 3 6 2
所在地	金沢市有松 2-4-32
連絡先（電話番号）	電話 076-245-5601 FAX 076-241-3561
相談担当者	管理者 吉本 真弓
当該事業者の通常の事業実施区域	金沢市

2. 担当事業所の従業員の職種、職務内容、員数及び勤務体制

職 種	職務内容	員数	勤 務 体 制
管理者	業務全般の管理	1	常勤
計画作成担当者	介護計画の作成	1	常勤(介護支援専門員)
介護従業者	日勤 7:00～16:00 8:30～17:30 9:40～18:40	7	常勤 6名（介護福祉士4名） 非常勤1名（介護福祉士）
介護従業者	夜勤 18:10～7:10 00	3	非常勤3名（介護福祉士2名） ※常勤5名（介護福祉士4名）も対応
看護従業者	看護業務	1	非常勤1名（看護師）

3. 事業所の営業日及び営業時間

年中無休・24時間対応

4. 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護利用料

利用料計算表（9頁）を参照

- ※ 食材料費は1日3食ともにとらなかった時、1日あたり1,200円減額します。また、1食でもとられた場合は通常通り1,200円をいただきます。
- ※ 1日あたり医療連携体制加算39単位、認知症専門ケア加算Ⅰ（Ⅰ）3単位、サービス提供体制強化加算（Ⅱ）18単位が、ひと月あたり栄養管理体制加算30単位、科学的介護推進体制加算40単位、生産性向上推進体制加算（Ⅱ）10単位が加算されます。
- ※ その他、ご利用者様の状況によって、看取り介護加算（死亡日以前45日前から31日前

は72単位、死亡日30日前から4日前は144単位、死亡日前々日及び前日は680単位、死亡日は1,280単位を、1日につき算定)や退去時相談援助加算(グループホームを退去し、居宅サービスや他の地域密着型サービスを利用する場合の相談支援:1回400単位)、口腔・栄養スクリーニング加算(1回につき20単位・6ヶ月に1回まで)等が生じる場合があります。退去時の清掃代(専門業者に外注)は実費で戴きます。

※月々の介護保険利用者負担料は、合計単位数に介護職員等処遇改善加算Ⅰ $\times 22.8\%$ を加え、金沢市の地域区分の報酬単位10.14%をかけた金額 $\times$ 介護保険負担割合証に記載されている1割又は2割又は3割の額となります。

※入居後30日間は初期加算として1日30単位(30単位 $\times$ 10.14)が必要です。

5. 協力医療機関

KKR北陸病院 076-243-1191

松田内科医院 076-241-2505

まめだ歯科医院 076-291-8056

6. 入居時の持ち込める私物の範囲について

居室に収納できるもの。但し、他の入居者の迷惑にならないもの。

7. 緊急時・事故発生時の対応方法

利用者の主治医への連絡を行い、その指示に従います。また、必要なときには家族の方にも連絡します。また、事故発生時は速やかに家族・保険者に連絡をとるとともに必要な措置を講じます。

8. 苦情解決

苦情解決のため、苦情解決責任者、苦情受付担当者を置きます。

(1) 苦情解決責任者 管理者 076-245-5601

(2) 苦情受付担当者 主任介護職員 076-245-5601

(3) 外部苦情申立機関

・石川県国民健康保険団体連合会

介護サービス苦情相談窓口 076-231-1110

・金沢市役所介護保険課 076-220-2264

・石川県福祉サービス運営適正化委員会 076-234-2556

9. 金銭管理について

基本的には自己管理です。

小口現金(一万円未満)の管理を希望する方はお申し出下さい。

10. 非常災害対策

非常災害用設備は消防法に定められた基準を満たしています。また、定期的な非常災害訓練を実施しています。

11.医療連携体制加算について

- (1) 事業所の職員として看護師を配置しています。
- (2) 看護師との24時間連絡体制が確保されています。
- (3) 重度化の指針を定めています（11～14頁）。

12. 第三者評価の実施状況

- (1) 実施年月日 令和6年9月28日
- (2) 評価機関の名称 寺井潔ソーシャルワーカー事務所
- (3) 評価結果の開示状況
石川県ホームページ「石川県福祉サービス第三者評価」にて開示

13. 権利擁護および虐待の防止

権利擁護および虐待の防止のための責任者を置く。
権利擁護および虐待防止責任者 管理者

14. 身体的拘束等廃止に向けた措置

- (1) 身体的拘束等適正化委員会を3月に1回以上開催し、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 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実施します。
- (3) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。

15. やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続き

- (1) 事業所内に設置の身体的拘束等廃止委員会にて、切迫性・非代替性・一時性、実施方法（時間帯、期間等）について協議し、その検討記録を保存します。
- (2) 身体的拘束等の実施の前後においては、利用者様またはご家族様に理由を説明し、また、その理由及び一連の経過を記録して、速やかにご報告致します。また、実施後は速やかな解除に努めます。

16. 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者様に対する指定サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の営業再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行います。また、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

17. 虐待の防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。
- (2) 虐待防止に関する担当者：管理者
- (3) 止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (4) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (5) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (6) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

18. 衛生管理等

- (1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

19. 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保等

業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を定期的開催します。

	単位計算							円計算(30日として)			
	基本単位	医療連携 体制加算	認知症 専門ケア 加算 (Ⅰ)	サービス 提供体 制加算 (Ⅱ)	単位合計 (LIFE加算・栄養管理体制 加算・生産性向上推進体 制加算計80単位含む) ひと月あたりに 加算される単 位をプラス		介護職員等処遇改善加算 Ⅰ口(22.8%) 小数点以下四捨五入 左記単位数×1.228		地域区分7級地(小 数点以下切捨)	保険料	
										国保連負担	保険料利用者 1割負担の場合
					1日	30日として		30日として			
									×10.14	×0.9	
要支援2	761	0	3	18	782	23,540		28,907	293,116	263,804	29,312
要介護1	765	37	3	18	823	24,770		30,418	308,438	277,594	30,844
要介護2	801	37	3	18	859	25,850		31,744	321,884	289,695	32,189
要介護3	824	37	3	18	882	26,540		32,591	330,472	297,424	33,048
要介護4	841	37	3	18	899	27,050		33,217	336,820	303,138	33,682
要介護5	859	37	3	18	917	27,590		33,881	343,553	309,197	34,356

* 医療費や排泄用品や趣味のための購入品等の個人的な費用は別途必要となります。

* 入居されて30日は初期加算(1日30単位)が、加算されます。

* 加算につきましては状況に応じ変化する事がありますので、何卒ご了承下さい。

基本保険料利用者負担分に自費(食費・家賃・水道・光熱費)を加えた費用(30日として)

	基本保険料 利用者負担	食材料費 (1,200円×30日)	家賃 (1,500円×30日)	水道・光熱費 (300円×30日)	合計
要支援2	29,312	36,000	45,000	9,000	119,312
要介護1	30,844	36,000	45,000	9,000	120,844
要介護2	32,189	36,000	45,000	9,000	122,189
要介護3	33,048	36,000	45,000	9,000	123,048
要介護4	33,682	36,000	45,000	9,000	123,682
要介護5	34,356	36,000	45,000	9,000	124,356

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護の提供にあたり、利用者に対しこの書面に基づき重要事項を説明しました。

株式会社クオリス グループホーム有松 氏名 吉本 真弓

私はこの書面に基づき、事業所からの重要事項の説明を受け、認知症対応型共同生活介護の提供開始に同意します。

利用者 氏名

代理人 氏名



グループホーム有松 ご利用にあたって

【利用対象の方】

- ・ 要介護認定で介護度が要支援 2 以上の方
- ・ 認知症と診断された方
- ・ 自力歩行ができ、共同生活のできる方
- ・ 常時の医療的管理や処置が必要でない方
- ・ 利用料が支払える方
- ・ 金沢市在住の方

【利用対象外の方】

- ・ 要介護認定で介護度が要支援 1 以下の方
- ・ 精神症状の著しい方
- ・ 暴力、暴言をふるうなど、共同生活ができない方
- ・ 常時の医療的管理や処置が必要な方
- ・ 利用料の支払ができない方
- ・ 金沢市以外に住所のある方

グループホーム有松では毎月数回のドライブ、外食を実施していますが、このようなプログラムに参加が可能な方が具体的な対象者になります。また、日常的に近くの店への買い物や調理、掃除などの家事を職員と一緒にを行っています。食事は柔らかめの普通食です。

奇数月（2ヶ月に1度）に開催する運営推進会議同日に、ご家族参加の行事を企画し交流の機会にしています。運営推進会議や行事へのご家族皆様のご参加・ご協力をお願いしています。それに限らず日々のご来訪を嬉しく思っております。

重度化した場合の対応及び看取りに関する指針

1 ターミナルケア(看取りの介護)についての基本理念

認知症対応型共同生活介護 グループホーム有松（以下、「グループホーム有松」という）では、終末期においてもその人らしさを醸しだし、これからの生活を豊かに過ごすための期間として、身体的および精神的両面に配慮したケアが必要だと考えます。

利用者の重度化に伴い、グループホーム有松を終の住処としてターミナルケア（看取りの介護）（以下、「ターミナルケア」という）を希望された方に対し、医療機関と連携しながら、身体的および精神的ケアや苦痛を緩和する介護技術を獲得した職員によるターミナルケアを、可能な限り住み慣れた事業所で受けることができるように最大限に努めます。

2 グループホーム有松における見取り介護の具体的支援内容

① 終末期に対する意向の確認

グループホーム有松で出来ること、利用者ご本人（以下、「ご本人」という）とご家族の希望や延命治療などについての考え方、ターミナルケアの開始時期など、ご本人やご家族、医療機関と十分に話し合いながらターミナルケアの方針を定めます。また、ターミナルケアの同意書を作成し、ご本人やご家族よりターミナルケアの同意を得ます。

② ターミナルケアプラン（看取りの介護計画書）の作成と実践

ご本人とご家族の意向を踏まえ、身体的および精神的ケアを含めたターミナルケアプラン（看取りの介護計画書）（以下、「ターミナルケアプラン」という）を作成し、ターミナルケアプランに基づいたターミナルケアに取り組みます。また、作成または変更されたターミナルケアプランについてご本人やご家族に説明し、同意を得ます。

③ 身体状況の変化の把握

職員間で情報を共有し、食事摂取状況や日常生活動作、バイタルサインの確認などにより、ご本人の身体的状況の変化を早期に発見し、対応するよう努めます。

④ 医療機関との綿密な連携

かかりつけ医、協力入院病院、看護師などとの協力体制を確保し、24時間体制で適切な対応に努めます。

⑤ ご家族との綿密な連携

ご家族と、ご本人の日常生活状況や身体的状況および精神的状況などについて、情報を共有し協力し合い適切な対応に努めます。

⑥ チームで取り組むターミナルケア

死に寄り添う在り方、ご本人やご家族の意向、実践しているケアについての検討など、職員間で話し合いを重ねながら、医療機関やご家族と情報を共有し、チームとしてのターミナルケアを行います。また、チームの統括責任者と夜間、緊急時の連絡の責任者を明示します。

⑦ ご家族に対する支援

ご家族の精神面や負担感に配慮しながら、ターミナルケアに精神面において十分に参加していただけるような支援を行います。

⑧ 他の利用者へのアプローチ

ターミナルケアを行う際、他の利用者へも大きな影響があるため、他の利用者への十分な配慮と援助に努めます。

⑨ 死後のケア

ご家族および他の利用者へのアフターケアに配慮します。また、ご遺体の処置や搬送、葬儀に関する手続きなどについて、できる限り協力します。

3 医療機関との連携

かかりつけ医の定期的な往診（または受診）により適切な処置を受け、急変時にはいつでも協力医療機関へ救急搬送できる体制を整備します。

4 入院中の費用の取扱い

入院された場合、入院当月利用中の家賃、食材料費および水道・光熱費の日割り計算した額を頂きます。入院期間中の家賃や食材料費、水道・光熱費に関しては不要ですが、入院期間中の居室確保を希望される場合は、別途自費として部屋代として利用料計算表の合計単位数の最低値の 10 割換算値に入院日数を乗じた額が掛かります。また、長期入院が予想される場合は、入院後 7～10 日頃をめぐり、適時その後について相談いたします。

5 職員の認識の強化

全職員が看取り介護に関する深い認識を持つよう研修を設けます。

- 例： 緊急時対応、および急変時の連絡ルート理解
： 看取り介護の実践に係る知識と理解
： 報告・記録の整備
： ターミナル期の介護方法および技術
： 死に寄り添う人間性、死生観の成熟
： 状態観察(バイタルチェックなど)
： 死後の手続き等に関する理解

看取りについての事前確認書

当施設では、御希望される方には精神面でのケアを中心とした、終末期ケアをめざしております。利用者の方の容体が悪くなった時には、倫理的に問題のない範囲で、御自身の御要望を出来る限り反映させていただきたいと考えております。

つきましては、以下の質問項目により、利用者の方が終末期ケアに対してどのようなお考えをお持ちでいらっしゃるか、可能な範囲で結構ですので、御回答いただきますようお願い申し上げます。

1. 終末期を迎えたい場所はどこですか？

- ☐ 施設で最期を迎えたい
☐ 自宅に戻って最期を迎えたい
☐ 入院を希望する
☐ 今はわからない

2. 終末期には、積極的な延命治療を望めますか？

- ☐ 望む
☐ 望まない 自然な形でいい
☐ 今はわからない

3. 急変時（心停止・呼吸停止）に病院への搬送を希望されますか？

- ☐ 希望する
☐ 希望しない
☐ 今はわからない

4. 病気について全てをお知りになりたいですか？

- ☐ 知りたい
☐ 知りたくない
☐ 今はわからない

5. その他（御希望、御要望があれば御記入ください）

注）上記の内容は、変更することが可能ですので、いつでも申し付けてくださ

い。

また、本紙記載は利用にあたって必ず御記入いただく性質のものではありません。

令和____年____月____日

認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、利用者（家族）に対しこの書面に基づき重要事項（重度化の指針含む）を説明しました。

グループホーム管理者 _____ 印

私は、本書面に基づいて、上記の重要事項の説明と重度化した場合の対応及び看取りに関する指針を 担当 _____ に、説明を受けたことを確認し同意します。

令和____年____月____日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者の家族等 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____