

# グループホームあしたばの家

(認知症対応型共同生活介護)

黒石市末広6番地1 電話0172-59-1422

FAX0172-53-1214

## 重要事項説明書

(令和7年12月1日改正)

### 施設の概要

- |   |       |  |
|---|-------|--|
| 1 | 構造・面積 | 木造一部二階建て 延べ401㎡  |
| 2 | 設備等   | 居室(13、6㎡-9室)洗濯家事室<br>食堂 浴室 調理室 居間(8畳和室)<br>便所(車椅子対応) 職員室 |
| 3 | 居室の設備 | 洗面所 押入れ ベッド 扇風機 椅子<br>整理タンス 衣装ケース                        |
| 4 | 入居者定員 | 9名(全個室)  |

### 職員体制

| 職名    | 資格      | 人数(全職員常勤) | 業務内容                               |
|-------|---------|-----------|------------------------------------|
| 管理者   | 医師      | 1名        | 利用者の処遇及び施設全体の管理                    |
| 計画担当者 | 介護支援専門員 | 1名        | グループホーム共同生活介護計画の作成                 |
| 介護従事者 | 看護師     | 1名        | 24時間連絡体制を確保し、利用者が重度化した場合の対応に当たる    |
|       | 介護福祉士   | 7名        | 利用者の入浴、食事、着替え等利用者の日常生活全般にわたる介護及び援助 |
| 栄養士   | 栄養士     | 1名        | 利用者の献立・栄養に関する助言及び事務処理              |

## 1 グループホームの目的

グループホームあしたばの家は、要支援2又は要介護者であって、軽～中度の認知症状態にある利用者を家庭的な環境と地域住民との交流の下で、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより介護予防に努め、また、認知症の状態を穏やかにし、利用者の能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、支援することを目的としています。

## 2 グループホームの基本方針

グループホームあしたばの家は、次のことを基本方針として利用者の権利を尊重し、もって、地域社会に貢献します。

- (1) 自由と楽しい生活
- (2) 人間性とプライバシーの尊厳
- (3) 家庭生活と市民生活の継続
- (4) 個人情報保護法の遵守
- (5) 身体的拘束はしない
- (6) 虐待のない生活

## 3 利用できる方

介護保険の被保険者で、次のいずれにも該当する方。

- (1) 要支援2又は要介護の認定を受け、軽～中度の認知症のある方。
- (2) 家庭環境等により、家庭での介護が困難な方。
- (3) 概ね身の周りの自立ができ、共同生活を送ることに支障がない方。

## 4 利用料金等

### (1) 介護保険による利用料

#### ①利用料金

(1ヶ月 30日の場合)

|      | 厚生労働大臣が定めた額 |          |               |
|------|-------------|----------|---------------|
|      | 1日当たり       | 1ヶ月当たり   | 自己負担額(1割1ヶ月分) |
| 要介護1 | 7,650円      | 229,500円 | 22,950円       |
| 要介護2 | 8,010円      | 240,300円 | 24,030円       |
| 要介護3 | 8,240円      | 247,200円 | 24,720円       |
| 要介護4 | 8,410円      | 252,300円 | 25,230円       |
| 要介護5 | 8,590円      | 257,700円 | 25,770円       |

- ②初期加算 入居した日から30日以内の期間については  
1日当たり 30円を加算(入院・外泊を除く)
- ③医療連携体制加算 1日につき 57円(常勤看護師の24時間連絡体制を確保)
- ④サービス提供体制強化加算 1日につき 22円(介護福祉士60%以上配置)
- ⑤退居時情報提供加算 1回を限定 250円(医療機関へ退居する利用者の情報提供)
- ⑥退居時相談援助加算 1回を限定 400円(自宅へ退居する利用者への相談援助)
- ⑦介護職員処遇改善加算I 介護保険利用料の18.6%の額
- ⑧科学的介護推進体制加算 1月につき 40円

(2) 介護保険サービス以外の利用料

① 食材料費 1日につき 1,000円

② 理美容代

|       |        |     |        |
|-------|--------|-----|--------|
| 顔 剃 り | 1,650円 | 調 髪 | 2,200円 |
| カ ッ ト | 1,650円 |     |        |

③ おむつ代

|             |      |              |     |
|-------------|------|--------------|-----|
| D パ ン ツ     | 110円 | 尿取りパッド(2回吸収) | 40円 |
| D パ ン ツ(薄型) | 150円 | 尿取りパッド(6回吸収) | 60円 |
|             |      | 薄型尿取りパッド     | 50円 |

④ その他の費用

| 区 分   | 内 訳       | 金 額  | 備 考         |
|-------|-----------|------|-------------|
| 日常生活費 | 浴用タオル     | 190円 |             |
|       | おしぼりタオル   | 120円 |             |
|       | 歯ブラシ      | 190円 |             |
|       | 歯磨き       | 250円 |             |
|       | シャンプー&リンス | 750円 | ボトルサイズ      |
|       | ボディソープ    | 750円 | ボトルサイズ      |
|       | 固形石けん     | 190円 | 洗顔用         |
|       | タフデント     | 950円 | 108錠        |
|       | ティッシュペーパー | 120円 |             |
|       | 教養娯楽費     | 実費   | ビデオソフト・講演料等 |

## ⑤介護保険サービス以外の利用料

|      |                 |       |      |
|------|-----------------|-------|------|
| 家賃   |                 | 1日当たり | 600円 |
| 光熱水費 |                 | 1日当たり | 530円 |
| 電気料等 | 持ち込み電気器具 1器具につき | 1日当たり | 100円 |
| 冷暖房費 | 通年(1月~12月)      | 1日当たり | 370円 |

※ 利用期間が1ヵ月未満の時の利用料は、日割り計算になります。

※上記利用料には、消費税が含まれております

### (2) 利用料の支払い方法

毎月10日頃に、前月の利用料を電話でお知らせしますので、当該月末までに事務室窓口にて、お支払下さい。お支払時に領収書を発行いたします。

## 5 退居

利用者が次に該当する時は、退居となります。

- (1) 要介護認定において、要支援1又は自立と認定されたとき。
- (2) 正当な手続きを経て、利用者又は扶養者から退居の申し出があった時。
- (3) 当ホームの秩序及び禁止行為を犯し、再三の注意、勧告を無視し、共同生活の継続が困難であると認められるとき。
- (4) 疾病により他の医療機関に入院等が必要と認められるとき。
- (5) 利用料を滞納し、再三の督促にもかかわらず支払わないとき。

## 6 入居継続の要否検討

入居した日から6ヵ月毎に、利用者の心身の状態及び生活状況等に照らし、入居継続の要否を検討します。

検討の結果、家庭復帰が可能と認められた場合は、速やかに退居指導を行います。

## 7 ホームでの生活

- (1) 個人の状態に合わせた生活リハビリ(炊事、洗濯、買い物等)を通じ、認知症の改善を図ります。
- (2) レクリエーションや園芸療法、農作業等を取り入れ残存能力の活用を図ります。

## 8 入浴及び衛生管理

利用者に対しては、週 2 回以上の入浴又は清拭その他衛生管理上必要なことを実施します。

## 9 入居時にご持参いただく物

- (1) 衣類（必ず名前を書いて下さい。）
- (2) 洗面用具一式  
洗面器、タオル、歯ブラシ、歯磨き、コップ、シャンプー等
- (3) 生活用品  
寝具、バスタオル、スリッパ、寝巻き、下着、茶わん、箸、ゴミ箱等
- (4) 家具等  
家庭での生活感を継続させるため、家庭で使用していたタンス等の家具はできるだけ持ち込んで下さい。

## 10 入居に当たっての留意事項

- (1) 入居に当たっての留意事項は、次のとおりです。
  - ① 利用者は、管理者、計画担当者及び介護従事者の指導による日課を励行し、共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に務めるものとします。
  - ② 利用者が外出又は外泊する場合は、事前に管理者に届け出て下さい。
- (2) 当ホーム内では、次のような行為は禁止されています。
  - ① 許可を得ないで飲酒すること。
  - ② 定められた場所以外での喫煙及び火気の使用。
  - ③ 当ホーム内の秩序、風紀を乱し又は他の利用者の安全、衛生を害するような行為。
  - ④ 故意に施設や物品等に損害を与え、又は物品を持ち出すこと。

## 11 個人情報の保護

当ホームは、個人情報の保護に積極的に取り組んでおり、職員は正当な理由がなく業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を他に漏らすことはありません。また、職員でなくなった後もこれらの秘密を漏らすことのないよう、職員採用時に予め当該事項の遵守について誓約書を提出させています。

但し、介護保険サービス利用のため、関係機関等への情報提供及びサービス向上のため学会・研究会等での事例研究発表等に必要な場合は、予め利用者及びその家族から同意を得たうえで個人情報を使用します。

## 1 2 サービス内容に関する苦情

### (1) 当ホームのお客様相談・苦情窓口

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| 担 当 者   | 盛 美子 (介護支援相談員)          |
| 電 話     | 0 1 7 2 - 5 9 - 1 4 2 2 |
| 受 付 日   | 年中 (但し、12月29日～1月3日を除く)  |
| 受 付 時 間 | 午前8時30分～午後5時15分         |

(2) 当ホーム以外に、お住まいの市町村又は青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口にて苦情を伝えることができます。

・青森県国民健康保険団体連合会

電 話 (代表) 0 1 7 - 7 2 3 - 1 3 3 6

(3) 当ホームは、利用者からの苦情に関し、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他市町村が実施する事業に協力します。

## 1 3 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、ご家族、介護支援相談員等へ連絡いたします。

|            |                                   |                |
|------------|-----------------------------------|----------------|
| 利用者の主治医    |                                   |                |
| 当施設への協力病院等 | (財) 双仁会厚生病院<br>(TEL 0172-52-4121) | 黒石市黒石字建石 9-1   |
|            | 清藤歯科医院<br>(TEL 0172-52-2303)      | 黒石市前町 2 6      |
|            | さとう歯科クリニック<br>(TEL 0172-57-5888)  | 平川市南田中字北林 37-1 |

## 1 4 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、お客様がお住まいの市町村、御家族、居宅介護支援事業所等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

## 1 5 非常災害対策

|        |                         |
|--------|-------------------------|
| 災害時の対応 | 併設施設の応援を得て、利用者の安全を確保する。 |
| 防災設備   | 消火器、排煙装置、非常放送設備等        |
| 防災訓練   | 消防署の立会いにより、年2回実施する。     |
| 防火責任者  | 山田 柁継                   |

## 1 6 医療との連携

当ホームは、常勤の看護師を24時間連絡体制で配置し、利用者が重度化した場合等の医療連絡体制を確保しています。

## 1 7 地域との連携等

当ホームは、地域との連携を図るため、次の事項を実施します。

### (1) 運営推進会議の設置

当ホームは、利用者、利用者の家族、黒石市の職員、地域住民の代表者等により構成される協議会（運営推進会議）を設置し、2ヶ月に1回の運営推進会議から評価を受けると共に、必要な要望、助言を聞く。

### (2) 当ホームは、地域住民又は当ホームが行う活動等との連携及び協力を 行う等して、地域との交流を図る。

### (3) 身体的拘束等の適正化を図るため、2ヶ月に1回の運営推進会議の中で 議事に取り上げ、参加委員で審議することとする。

認知症対応型共同生活介護の提供開始に当たり、利用者に対して本書面に  
基づき、重要な事項を説明しました。

事業所 黒石市末広6番地1  
グループホーム あしたばの家

説明者氏名 \_\_\_\_\_

私は、本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護についての  
重要事項の説明を受け、かつ、本書面の交付を受けました。

また、介護保険サービスの提供開始及びサービスの提供上等に必要な個人  
情報の利用について同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 \_\_\_\_\_

(代理人が説明を受け、署名捺印の場合は、利用者の印鑑は不要です。)

(代理人) 住所

氏名 \_\_\_\_\_

利用者との続柄 \_\_\_\_\_