

認知症対応型共同生活介護事業所  
グループホーム風早の里  
重要事項説明書

作成日 令和 6年 4月 1日

1. 事業主体概要

事業主体名	聖山会
法人の種類	医療法人社団
代表者名	理事長 澁谷 富雄
所在地	千葉県柏市北柏 5-3-3
他の介護保険関連の事業	居宅介護支援事業所
他の介護保険以外の事業	診療所

2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム 風早の里
ホームの目的	認知症の状態にある高齢者に、可能な限り生活の中で頭と心と体を存分に使い、日常生活を活動的に過ごすことにより、生き生きとした生活を送り、自分らしさを取り戻すことを目的とする。
ホームの運営方針	自然にあふれる笑顔を大切にする。
ホームの責任者	澁谷 富雄
開設年月日	平成20年5月1日
保険事業者指定番号	千葉県 事業所番号 1292200076
所在地、電話・FAX 番号	千葉県柏市塚崎 997-3 (Tel) 04-7160-8175 (Fax) 04-7160-8176

交通の便	・JR「柏」駅よりバス20分 「大津ヶ丘団地」バス停より徒歩7分 ・東部野田線「逆井」駅より徒歩30分
居室の概要	個室 18室
共用施設の概要	台所・浴室・トイレ・リビング
緊急対応方法	北柏ファミリークリニックへ連絡
防犯防災設備 避難設備等の概要	水道直結直圧式スプリンクラー設備・自動火災警報設備・消火器 非常通報装置・非常出口誘導等
損害賠償責任保険加入先	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

### 3. 職員体制（主たる職員）

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等 内 容
		専従	兼務	専従	兼務		
副施設長	1		1			看護師	事業管理者研修 認知症介護実践研修
管理者	2		2			介護支援専門員 介護福祉士	認知症対応型サービス 事業管理者研修
計画作成担当者	2		2			介護福祉士	認知症介護実践研修
介護従事者	19	6		10		介護福祉士 初任者研修 等	
看護師	1		1			看護師	

### 4. 勤務体制

昼間の体制	3対1
夜間の体制	2人（1ユニット1名） 宿直・夜勤の別：夜勤

### 5. ホーム利用にあたっての留意事項

- ・面会・・・午前7：00～午後9：00までとする。（事前の連絡により以外の時間も可）
- ・外泊、外出・・・外泊・外出前に必ず行き先と帰着予定日時をご連絡ください。

届け出が外泊外出日の2日前以内になると食費のキャンセルはできません。

- ・飲酒、喫煙・・・かかりつけ医の許可があり、かつ指定の場所にて飲酒、喫煙をする。
- ・金銭、貴重品の持ち込み・・・金銭、貴重品は各自が管理し、万一紛失の場合でも、事業所は一切責任を負わないものとする。但し、事業所への管理依頼もできる。
- ・設備、器具の利用・・・共同で使用する器具は、介護従事者へ申し出し、いつでも使用できるものとする。
- ・火気、刃物等について・・・居室内では、火気の使用は厳禁とします。また、刃物の使用も禁止します。ライターマッチ・針などは事業所で管理します。
- ・持ち物について・・・すべて名前を記入する。なるべく高価なものは持ち込まない。万が一の場合でも事業所は責任をおわない。
- ・ペット・・・事業所内の動物の持ち込み、及び飼育はお断りする。
- ・居室の利用・・・この共同生活住居内の設備、備品などは本来の用法に従って大切にご利用ください。これに反した利用により破損などが生じた場合は、賠償していただくことがあります。  
原則として、居室の移動はできないものとする。

## 6. 利用料等

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 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。
保険対象外サービス	保険対象外の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。 通院交通費等 救急搬送付き添い、および北柏ファミリークリニック(内科・小児科・糖尿病外来)は、当施設で対応いたします。それ以外の日常的な通院介助、および入院中の対応等は、ご家族様での対応をお願いします。やむを得ない事情により施設職員が付き添う場合は1時間1,000円、別途料金を頂きます。
居室の提供(家賃)	70,000円/月 ※月の途中の入退去の場合、2,300円/日、居室利用料金をお支払いいただきます。 *入院期間中の家賃は入居中と同額となります。

保証金	100,000円 退去時のクリーニング代等に充当させていただきます。保証金は60か月(5年)で償却となります。5年に満たない場合、金額は退去時の経過月数で計算いたします。ただし1か月に満たない場合は切り上げとなります。
食事の提供	朝食(440円) 昼食(770円) 夕食(660円) おやつ(110円) 又は、1日あたり(1,980円)
水道・光熱費	23,000円/月
個人消耗品の費用	個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。
その他受けられるサービス	北柏ファミリークリニックによる訪問診療 デンタルサポート株式会社による訪問歯科診療

・介護保険自己負担金について ※下記単位×金10,27円×0.1

<基本報酬>

	利用料
要支援2	749単位/日
要介護1	753単位/日
要介護2	788単位/日
要介護3	812単位/日
要介護4	828単位/日
要介護5	845単位/日

< 毎回算定される加算 >

・医療連携体制加算(Ⅰ)イ 57 単位/日

[加算要件]

事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置していること。事業所の職員である看護師、又は病院、診療所、若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること。また、重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

・医療連携体制加算(Ⅱ) 5 単位/日

[加算要件]

算定日が属する月の前3か月において、次のいずれかに該当する状態の入居者が1名以上であること。

- (1) 喀痰吸引をしている状態 (2) 経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態
- (3) 呼吸障害等により人工呼吸を使用している状態 (4) 中心静脈注射を実施している状態
- (5) 人工腎臓を実施している状態 (6) 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態
- (7) 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- (8) 褥瘡に対する治療を実施している状態 (9) 気管切開が行われている状態
- (10) 留置カテーテルを使用している状態 (11) インスリン注射を実施している状態

・サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22 単位/日

[加算要件]

当該事業所の介護従事者の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上であること。厚生労働省の定める人員基準に適合している体制が整っていること。

・科学的介護推進体制加算 40 単位/月

[加算要件]

入所者・利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他のサービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること

・生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 10 単位/月

[加算要件]

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の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っ

ていること。見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。

- ・協力医療機関連携加算（Ⅰ） 100単位／月

[加算要件]

協力医療機関との間で、入所者などの同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に行っていること。協力医療機関が入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護師が相談対応を行う体制を常時確保していること。また、高齢者施設等からの診察の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。

- ・口腔衛生管理加算 30単位／月

[加算要件]

事業所において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されている事業所において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する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。

- ・新興感染症等施設療養費 240単位／日

[加算要件]

入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定する。現時点において指定されている感染症はない。

- ・口腔・栄養スクリーニング加算 20単位／回

[加算要件]

利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、利用者の口腔の健康状態に関する情報を担当する介護支援専門員に提供していること。また、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、利用者の栄養状態に関する情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。上記を満たす施設の従業員が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合。

- ・認知症チームケア推進加算（Ⅱ） 120単位／月

[加算要件]

事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上であること。対象者に対し、個別に認知症の行動・心理

症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。また、認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

- ・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の18.6%を加算  
介護現場で働く方々にとって、令和6年に2.5%、令和7年に2.0%のベースアップへと確実にしながら加算率の引き上げを行う。介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善の為の措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の介護職員等処遇改善加算に一本化を行う。

#### <当事者のみに請求される加算>

- ・初期加算 30単位/日（ご入居日から30日間に限る）  
〔加算要件〕  
入所した日から起算して30日以内の期間について算定する。30日を越える病院又は診療所への入院後に再入居した場合も同様とする。

- ・入院時費用 246単位/日  
〔加算要件〕  
病院又は診療所に入院する必要がある場合であって、入院後3か月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びそのご家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することが出来る体制を整えていること。

- ・退去時情報提供加算 250単位/回（退居時）  
〔加算要件〕  
医療機関へ退所する入居者等について、退所後の医療機関に対して入居者等を紹介する際、入居者等の同意を得て、当該入所者の心身の状態、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定する。

- ・退去時相談援助加算 400単位/日  
退去時に当該利用者及びその家族等に対して、退去後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保険医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行い、かつ当該利用者の同意を得

て、退去の日から2週間以内に退去後居宅地を管轄する市町村等に対して必要な情報を提供した場合。

- ・若年性認知症受入加算 120単位/日

[加算要件]

若年性認知症利用者の方を受け入れ、個別の担当者を定め介護を行った場合に必要となります。

- ・看取り介護加算
  - 72単位/日 (死亡日45日前～31日前)
  - 144単位/日 ((死亡日30日前～4日前)
  - 680単位/日 (死亡日前日及び前々日)
  - 1280単位/日 (死亡日)

[加算要件]

医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。医師、看護職員(事業所の職員又は当該事務所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの職員に限る。)、介護支援専門員その他の職種の者が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者からの説明を受け、当該計画について同意している者(その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。)であること。

看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者(その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。)であること。

## 7. 利用料金のお支払い方法

料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し請求いたします。請求書は翌月15日頃に郵送させていただきます。

- (1) 口座振替 ※ 振替日はサービス利用の翌月27日(休日の場合は翌営業日)となります。
- (2) 指定の口座へのお振込み

指定口座			
千葉銀行	我孫子支店 支店番号 007	(普通) 3591103	医療法人社団 聖山会 北柏ファミリークリニック

## 8. 保険証等について

- ・介護保険被保険者証、健康保険被保険者証、老人医療受給者証、身体障害者手帳（障害のある方）は、更新毎に必ず事業所までお届けください。

## 9. 受診、および入院について

救急搬送付き添い、および北柏ファミリークリニック（内科・小児科・糖尿病外来）は、当施設で対応いたします。それ以外の日常的な通院介助、および入院中の対応等は、ご家族様での対応をお願いします。やむを得ない事情により施設職員が付き添う場合は、6で記載した通り別途料金を頂きます。また、入院する必要が生じた場合で、入院後3か月以内に退院すると明らかに見込まれるときは、利用者・家族等の希望を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き退院後ふたたび、当施設に入居できる体制を確保致します。尚、入院期間が3か月以上に長期化した際には、退居手続きをとっていただくこととなります。

## 10. 協力医療機関

協力医療機関名	北柏ファミリークリニック
所在地	千葉県柏市北柏5-3-3
電話番号	04-7160-3773
協力医師	氏名：院長 澁谷 富雄
診療科目、ベッド数等	内科 小児科 無床

協力医療機関名	柏市立柏病院
所在地	千葉県柏市布施1-3
電話番号	04-7134-2000
協力医師	氏名：院長 野坂 俊壽
診療科目、ベッド数等	内科、神経内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、外科、整形外科 眼科、泌尿器科、リハビリテーション科 200床

協力医療機関名	デンタルサポート株式会社 我孫子中央歯科室
所在地	千葉県我孫子市1-11-1 ラインサイドミヤザワ3F
電話番号	04-7132-1615
代表者	氏名：代表 寒竹 郁夫
診療科目、ベッド数等	歯科 無床

協力医療機関名	ゆうゆう訪問看護ステーション
所在地	千葉県我孫子市根戸1230 エステートピア小池101号
電話番号	04-7128-5438
代表者	氏名：管理者 小川 和夫
診療科目、ベッド数等	訪問看護 無床

#### 1.1. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名： 澁谷 美聖（副施設長） 午前9：00～午後17：00まで 事務所窓口に来所又は電話にて受け付け 04-7160-8175
外部苦情申立て機関 （連絡先電話番号）	機 関 名： 千葉県柏市役所 高齢者支援課 04-7167-1111
	機 関 名： 沼南地域包括支援センター 04-7190-1900 (04-7191-7336)
	機 関 名： 千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係 043(254)7428

認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

(事業者) 所在地 千葉県柏市北柏5-3-3  
名称 医療法人社団 聖山会  
代表者 理事長 澁谷 富雄 印  
  
説明者  
氏名 印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

(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