

令和2年7月1日改訂
令和2年11月1日改訂
令和4年8月1日改訂
令和5年12月30日改訂
令和6年6月21日改訂
令和6年8月30日改訂

重要事項説明書

グループホーム陽気

重 要 事 項 説 明 書

1. 事業主体概要

事業主体名	公益法人 天理教市丸分教会
法人の種類	公益法人
代表者名	代表者 杉山伸幸
所在地	〒395-0803 長野県飯田市鼎下山 270-1
法人の理念	すべての人が高齢者になっても長寿を嘆かなくてもよいように、不幸にして母子家庭になっても困らないように、心身障害者も生きていてよかったと言いうるよう、いつも晴天のところで陽気ぐらしを目指します。
他の関連事業	生活者ホーム 青空 ファミリーホーム 憩 農地の管理支援 里親里子支援 母子家庭自立支援 未成年者の自立支援保護委託 高齢者生活支援 若者自立支援 天理教協会活動包括支援

2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム 陽気
ホームの目的	すべての人が高齢者になっても長寿を嘆かなくてもよいように、家庭的な生活を通して、支援の必要な高齢者の心身共の介護・ケアに努め、陽気ぐらしを目指します。
ホームの運営方針	このグループホーム陽気、生活者ホーム青空は、公益法人が運営していますので、営利を目的にしていません。親孝心第一の信条に基づき、入居者、介護者、運営者の3者の協力の元に運営されています。
ホームの責任者	管理者 杉山伸幸
開設年月日	平成12年3月15日
保険事業者指定番号	2070500448
所在地、電話・FAX番号	長野県飯田市鼎下山 270-1 (電話) 0265-23-4552 (FAX) 0265-23-4553
交通の便	JR 飯田線下山駅より徒歩3分
居室の概要	全室個室 1棟9室(全11室) 全室7.26畳
共有施設の概要	リビング(食堂)・台所・浴室・トイレ
緊急対応方法	専属看護師、かかりつけ医、強力医療機関の利用について家族と協議し、緊急時等の連絡体制を定めます。
防犯防火設備 避難設備等の概要	自動火災報知器・煙感知器・ガス漏れ遮断器・誘導灯・スプリンクラー 定期点検・防災訓練を行います。

損害賠償責任保険加入先	
-------------	--

3. 職員体制（主たる職員）

職員の種類	定員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等内容
		専従	兼任	専従	兼任		
管理者	1	1				2 級	管理者研修終了 実践者研修終了
管理者	1		1			看護師 脳卒中リハビリテーション看護認定 看護師	実務者研修修了 管理者研修終了
計画作成担当者					1	介護支援専門員	
介護従事者	12					介護職員初任者研修・ヘルパー2 級 介護福祉士	

4. 勤務体制

昼間体制	5 名（日勤 9:00～17:00）早出 2 名 6:00～9:00 遅出 2 名 17:00～19:00
夜間体制	20 時以降 2 名 夜勤 20:00～翌朝 7:00

5. 利用状況（令和 5 年 12 月 30 日現在）

利用者数	1 ユニット当たり定員 9 名（ユニット数：1 ユニット） 総定員 9 名
要介護度別	要支援 2：0 名 要介護 1：0 名 要介護 2：2 名 要介護 3：4 名 要介護 4：2 名 要介護 5：1 名

6. ホーム利用にあたっての留意事項

- ・所持品持ち込みの際は、記名をお願いします。（貴重品の持ち込みは、できるだけご遠慮ください）
- ・写真や使い慣れたお茶碗、お箸、棚等があればご持参ください。
- ・来訪、外出、外泊については、自由ですが、就寝後の夜間帯によってはお断りする事があります。
特別の事情がある場合はご連絡ください。
- ・緊急連絡先が変更になった場合は、ご連絡をお願い致します。
- ・環境の変化により、本人の不安が大きい等、精神的安寧のためにご家族にご協力（来訪や電話）を求める事があります。
- ・入院加療が必要な状態(疾患・病状の悪化、伝染性疾患等)、精神症状の悪化(暴力、大声を出す、他入居者へ危害を与える等)、共同生活の場において入居継続かが困難な状況にある場合、退居していただくこととなります。その際、諸機関との連携を図り、ご相談に応じて参ります。30 日以内には状態の回復が見込まれ、かつ共同で生活することが可能な状態であれば、再入居をお受け致します。

- ・ 要介護認定更新等の手続、病院受診の介助は、ご家族にお願い致します。ただし都合がつかない等困難な事情があれば申し出ていただければ配慮致します。
- ・ 負担金の滞納があった場合、退居していただくことになります。但し、年金等の入金日により前後する場合は、あらかじめご相談ください。

7. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴(清拭)・更衣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、居室内清掃、役所手続き代行などの相談・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	別紙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。
居室の提供(家賃) (光熱水費含)	1,668 円/日 50,000 円/月 (中途入退居の際は日割り計算となります。ただし入院・外泊時は減額の対象になりません) 毎月 25 日までに翌月分の家賃をお支払いください。
食事の提供 (おやつ含)	1668 円/日 50,000 円/月 内訳(税込み、おやつを含む) 入院等で摂取されなかった場合は徴収致しません。 毎月 25 日までに翌月分の食費をお支払いください。
施設維持共益費	入居時 250,000 円
その他	オムツ代、医療費や個人で使用了品は実費となります。
入居時の振込先	宗教法人天理教市丸分教会 金融機関：楽天銀行 第三営業支店 普通預金 支店番号：253 口座番号：7453292 ゆうちょ銀行 店名：四五八 店番：458 普通預金 口座番号：1228406 名義：スギヤマノブユキ みなみ信州農業協同組合 鼎支所 普通預金 口座番号：6155430 名義：グループホーム陽気 代表役員 杉山伸幸

基本料金(介護保険) 認知症対応型共同生活介護費 (I) 1 ユニット

1 単位の単価は 10 円と設定されていますので、単位×単価(10 円)が利用料金になります。法定代理受領分であるときは利用料金に介護保険負担割合証に記入されている割合を乗じた額が自己負担額となります。

c	単位	1 割負担 (1 ヶ月 30 日)
要介護 1	765 単位	22,950 円
要介護 2	801 単位	24,030 円
要介護 3	824 単位	24,720 円
要介護 4	841 単位	25,230 円
要介護 5	859 単位	25,770 円
加算項目	単位	1 割負担 (1 ヶ月 30 日)
夜間支援体制加算 (I) 1 日につき	50 単位	1,500 円

若年性認知症利用者受入加算（1日につき） （45歳以上 65歳未満の若年性認知症）	120 単位	3,600 円
看取り介護加算		
死亡日以前 31 日以上 45 日以下	72 単位	1,080 円
死亡以前 4～30 日（1日につき）	144 単位	3,888 円
死亡日前日及び前 2 日（1日につき）	680 単位	1,360 円
死亡日	1280 単位	1,280 円
初期加算（入居日から 30 日以内の期間） （1日につき）	30 単位	900 円
協力医療機構連携加算	100 単位	100 円
医療連携体制加算Ⅰ（イ）（1日につき）	57 単位	1,710 円
医療連携体制加算Ⅱ（ロ）（1日につき）	47 単位	1,410 円
医療連携体制加算Ⅲ（ハ）（1日につき）	37 単位	1,110 円
退居時情報提供加算	250 単位	250 円
退去時相談援助加算 （1人につき 1回を限度）	400 単位	400 円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100 単位	100 円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200 単位	200 円
口腔衛生管理体制加算（一月につき）	30 単位	30 円
栄養管理体制加算（一月につき）	30 単位	30 円
口腔 栄養スクリーニング加算 6 月に 1 回を限度	20 単位	20 円
認知症専門ケア加算Ⅰ（1日につき）	3 単位	90 円
認知症専門ケア加算Ⅱ（1日につき）	4 単位	120 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ（1日につき）	22 単位	660 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ（1日につき）	18 単位	540 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ（1日につき）	6 単位	180 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	当該月にかかった総利用 単位数の 11.1%	
介護職員等特別処遇改善加算	当該月にかかった総利用単位数の 3.1%	
科学的介護推進体制加算（一月につき）	40 単位	40 円

※介護職員処遇改善加算Ⅰ、介護職員等特別処遇改善加算につきましては、月額請求のため若干誤差が生じます。

8. 協力医療機関

協力医療機関	南信州ハートクリニック
診療科目	内科・循環器内科
協力医師	常勤医師：横田大介 訪問頻度：1 回/4 週 必要時往診

9. 緊急時の連絡先

医療機関名	かかりつけ医名：南信州ハートクリニック 医師名：横田大介 連絡先：0265-21-0810
ご家族 第１連絡先	氏名：続柄() 住所： 連絡先：①②
ご家族 第２連絡先	氏名：続柄() 住所： 連絡先：①②

10. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名：管理者：杉山 伸幸 電話：0265-23-4552 受付時間：平日（月～金）9:00～17:00
外部苦情申立て機関 （連絡先電話番号）	機関名：長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談窓口 電話：026-238-1580 FAX：026-238-1581 受付時間：平日（月～金）9:00～17:00 機関名：飯田市長寿支援課 電話：0265-22-4511 FAX：0265-22-4544

利用者預かり金取扱規定

令和6年 9月 1日施行

第1条（目的）

この規程は、グループホーム陽気において、利用者の日常生活に必要な金銭、品物等(以下、金銭等)の適正な保管管理を行なうことを目的とし、定める。

第2条（金銭等の保管管理の原則）

利用者の金銭等は、利用者の自己管理を原則とし、利用者本人に保管管理能力が十分ではない等の理由により、利用者及び家族から保管管理の依頼を受けたものについて、便宜的に取り扱うこととする。

第3条（保管する金銭等）

1. この規程が利用者及び家族に代わって、保管管理を行なう金銭等とは、次のものとする。
 - (1) 日常生活に必要な現金（小遣い）
 - (2) 日常生活に必要な消耗品の購入金(入れ歯装着剤・歯磨き用具・洗髪剤等)
 - (3) 医療保険証・介護保険証・診察券等
2. 預貯金の管理、財産の運用管理については行なわない。

第4条（保管責任者）

預かり金等の保管責任者は管理者とする。

第5条（預かり金等の保管手続き）

管理者は、利用者及び家族から金銭等の保管管理の依頼を受けた時は預かり証を発行する。

第6条(現金の保管及び預かり金台帳の作成)

現金及び領収証などの証拠書類は定められた保管場所に保管し、支出の都度「預かり金台帳」に金額・内容等を記録する。

第7条（報告）

管理者は、預かり金台帳の写しに領収証を添えて、毎月ごとに家族に報告する。

第8条（預かり金の保管解除）

利用者の預かり金等は、下記に該当した場合保管を解除する。

- (1) 利用者及び家族から解除の申し出があった時。
- (2) 利用契約が終了した時。

第9条（預かり金等の引渡し）

前条の預かり金等を、利用者及び家族に引き渡す時は、管理者・利用者・家族の立会いのうえ、行なうものとする。

前項の引渡しの後、管理者は、利用者又は家族から引き受け確認書の交付を受ける。

【個人情報の保護に関する取り扱いについてのお知らせ】

令和6年 9月 1日施行

当認知症対応型共同生活介護施設では、ご利用者が安心して介護を受けられるように、ご利用者の個人情報の取り扱いに万全の体制で取り組んでおります。ご不明な点などございましたら、担当窓口にお問い合わせください。

○個人情報の利用目的について

当施設では、ご利用者の個人情報を下記の目的で利用させていただきます。これら以外の利用目的で使用する場合は、改めてご利用者及びご家族の同意をいただくようにいたします。

○個人情報の訂正・利用停止について

当施設が保有しているご利用者の個人情報の内容が事実と異なる場合などは、訂正・利用停止を求める事ができます。調査の上、対応いたします。

○個人情報の開示について

ご自身の施設記録等のご閲覧や複写をご希望の場合は、担当者まで申し出ください。

○相談窓口のご案内

ご質問やご相談は、管理者までお気軽にお寄せください。

【法人におけるご利用者の個人情報の利用目的】

認知症対応型共同生活介護を実施するため、以下の範囲で個人情報を利用させていただきます。

○施設内での利用

- ・ご利用者に提供する介護サービス（計画・報告・連絡・相談等）
- ・医療保険・介護保険請求等の事務
- ・会計・経理等の事務
- ・事故等の報告・連絡・相談
- ・ご利用者への介護サービスの質向上（ケア会議・研修等）
- ・その他、ご利用者に係る事業所の管理運営事業務

○他の事業所等への情報提供

- ・主治医の所属する医療機関、連携医療機関等、照会への回答
- ・その他業務委託
- ・家族等介護者への心身の状況説明
- ・医療保険・介護保険事務の委託
- ・審査支払い機関へのレセプト提出、審査支払い機関または保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等

○その他上記以外の利用目的

- ・看護・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・当施設で行われる学生の実習への協力
- ・学会等での発表（原則、匿名化。匿名化が困難な場合は利用者及び家族の同意を得ます）

グループホーム陽気

人権擁護と高齢者虐待防止について

令和6年 9月 1日施行

- ・当施設は、虐待防止に関する責任者を選定しています。
- ・虐待防止に関する責任者：施設長
- ・当施設は、虐待防止のための指針を整備します。
- ・当施設は、成年後見人制度の利用を支援します。
- ・当施設は、苦情解決体制を整備しています。
- ・当施設は、従業者に対する人権擁護・虐待防止の委員会及び啓発するための研修を定期的に行います。
- ・当施設は、従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できるメンタルヘルス体制を整えるほか、従業者がご利用者（入所者）等の権利擁護に取り組める環境の整備 に努めます。
- ・サービス提供中に、当施設の従業者又は養護者（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ご利用者（入所者）を発見した場合は、速やかにこれを市町村等に通報します。

看取り介護に関する指針

令和6年 9月 1日施行

○目 的

グループホームの入居者が、病状の重度化や加齢により衰弱し人生の終末期の状態になっても、慣れ親しんだ場で、馴染みの関係の中で生活を維持し、そして本人や家族が望む場所で最期まで尊厳を保ち、安らかな気持ちで暮らしていくことができるように、医療関係者・家族と協力し支援する。

○重度化した状態・終末期の判断

主治医の判断が基本であるが、医師の指示により看護師が状況に応じて判断する場合もある。

主には、①がんの末期、②多様な基礎疾患の重篤化、③老衰、④その他である。

○基本的な姿勢

病状が重度化した入居者、あるいは人生の終末期の入居者が、疼痛や苦痛がなく本人・家族等が望むような人生の過ごし方ができ、グループホームでの生活が継続できるように、そしてグループホームで死が迎えられるように最大限の対応をする。

時間経過や症状変化に伴い、本人・家族の思いが揺れ動いた場合には、「同意書」による意思の確認をその都度行い支援する。予測されない状態の急変などがあった場合は、医療機関に搬送することがある。

○医療連携

・ 主治医との連携

主治医の指示のもと、必要な医療を行いながら、時に入院による病院での医療とも連携する。

○入院期間中におけるグループホームの住居費・食費の取り扱い

入院期間については、2か月以上の入院の場合契約終了となる。ただし、相談に対応する。入院期間中の居住費は部屋の確保のため費用が発生する。食費は、入院日数を月の食費から差し引く。

○家族等の信頼・協力関係

グループホームでの重度化・終末期の対応を行っていくためには、家族と一緒にになって入居者本人が満足する看取りの支援をしていく。夜間・緊急時において連絡すべき家族の連絡先を確認する。

○職員の教育・研修

医療関連専門職との連携を行い、重度化・終末期ケアが充実するように、以下のような職員教育・研修に努める。また、本人・家族の意向を重視した密な連携を持つことができるよう支援する。

- ・ 人生の最終段階における意思決定支援（アドバンス・ケア・プランニング）
- ・ グループホームにおける看取り介護の考え方
- ・ ご本人、ご家族とのコミュニケーション
- ・ 身体機能の低下プロセスと変化への対応

- ・ 看取り介護のケアプラン
- ・ 看取り介護の内容
- ・ 看取り介護のチームケア
- ・ 夜間、緊急時の対応
- ・ 職員のメンタルケア、ご家族へのグリーフケア
- ・ 告別

<看取り介護の流れ>

入所

- ケアの方針の説明
- 看取り介護の方針の説明

日常のケア

- ご本人やご家族の死生観や最期の場所の希望の確認

身体機能の低下

看取り介護の導入

- 医師の診断
- ご本人やご家族への状況説明と意思確認
- カンファレンス開催
- 看取り介護計画作成

看取り介護の実践

- 苦痛を取り除くケア・精神的支援
- 意思の変更には柔軟に対応
- 医師・訪問看護ステーションとの連携(必要に応じて入院など)

看取りの際の取り組み・振り返り

- 死亡直前の対応
- 死亡時・死後の対応
- ご家族へのグリーフケア(悲嘆への支援)
- 職員の振り返り

重度化・看取り支援に関する意向確認書

令和6年 9月 1日施行

入居者氏名： _____様

家族氏名(記入者)： _____様 続柄()

1. 徐々に脆弱になり、水分・食事が摂れなくなり重度化された場合、どの程度の医療支援を望めますか。

2. グループホームでの看取りの支援を希望されますか。または看取りに関してどのようなお考えをお持ちですか。

3. 本人の意向はどのようなものだと認識されておられますか。
また、これまで本人と「死に直面するような状態」になった場合、どうしたいか話し合われたことはありますか。または本人の意向を察知されたりしたことがあれば、その内容はどのようなものでしたか。

令和 6 年 9 月 1 日 施行

グループホーム陽気の利用にあたり、入居者・家族に対し、本書面に基づいて「利用者預かり金取扱規定」「個人情報の保護に関する取り扱いについてのお知らせ」「看取り介護に関する指針」「重度化・看取り支援に関する意向確認書」「看取りについての同意書」の説明をいたしました。

<事 業 者>

住 所：長野県飯田市鼎下山 270-1

名 称：グループホーム 陽気

代表者：杉山 伸幸 印

<説 明 者>

所 属：グループホーム 陽気

氏 名：杉山 慎太郎 印

私は、「利用者預かり金取扱規定」「個人情報の保護に関する取り扱いについてのお知らせ」「看取り介護に関する指針」「重度化・看取り支援に関する意向確認書」「看取りについての同意書」について説明を受けました。この指針に基づく重度化対応の取り組みに同意します。

(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

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名： 杉山慎太郎 _____ 印