

(介護予防)認知症対応型共同生活介護 重要事項説明書

【 内容変更 令和 7 年 4 月 1 日 】

1.事業主体概要

|             |                                                                                                                                                                                       |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業主体名       | 株式会社ヴォルフアート                                                                                                                                                                           |
| 法人の種類       | 株式会社                                                                                                                                                                                  |
| 代表者名        | 青木 宣貴                                                                                                                                                                                 |
| 法人所在地       | 埼玉県所沢市山口338番地の2                                                                                                                                                                       |
| 資本金         | 10,200,000円                                                                                                                                                                           |
| 法人の理念       | 高齢化の進展に伴い、寝たきりや介護を必要とする高齢者が今後急速に増えることが見込まれています。介護期間の長期化と介護者の高齢化さらには、核家族化の問題から家族による介護が困難になってきています。私たちはこのような社会背景の中で「認知症や障害を持つ高齢者及びそのご家族の方々に安心を提供する」という理念を目標に掲げ、高齢福祉の発展に貢献していきたいと考えております |
| 他の介護保険関連の事業 | (介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所「グループホーム上新井苑」<br>通所介護事業所「デイサービスかみね」<br>通所介護事業所「デイサービスさしま」<br>居宅介護支援事業所「さしま居宅介護支援事業所」                                                                             |

2.グループホーム神根苑の概要

(1)施設・設備の概要

|                     |                                                                                          |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設名                 | グループホーム神根苑                                                                               |
| 施設の目的               | 家庭的な環境のもとで入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活上のお世話及び機能訓練を行うことにより、入居者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にする。 |
| 運営方針                | 地域社会や家庭との結びつきを重視し、市町村、居宅介護支援事業者、在宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健、医療または福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める   |
| 施設の管理者              | 上田 彰弘                                                                                    |
| 開設年月日               | 平成17年4月1日                                                                                |
| 介護保険事業者指定番号         | 1170202657                                                                               |
| 所在地・電話番号            | 埼玉県川口市安行領根岸1260番 048-288-7736                                                            |
| 建物の概要               | 構造： 鉄筋3階建耐火構造 延床面積： 650.86㎡                                                              |
| 居室の概要               | 洋室 約13㎡ クローゼット・洗面台・エアコン付                                                                 |
| 共用施設の概要             | トイレ各フロア3・浴室各フロア1・厨房各フロア1・食堂兼談話室各フロア1                                                     |
| 防犯・防災設備<br>避難設備等の概要 | 火災自動通報装置・音声点滅式誘導装置・スプリンクラー                                                               |
| 損害賠償責任保険会社          | あいおいニッセイ同和損害保険株式会社                                                                       |

(2)施設の職員体制 ( 令和 7 年 4 月 1 日 )

| 職員の種類   | 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 |          |            |
| 管理者     | 1 人  |    | 1  |     |    |          | 認知症介護実務者研修 |
| 計画作成担当者 | 1 人  |    | 1  |     | 1  | 介護支援専門員他 | 認知症介護実務者研修 |
| 介護職員    | 18 人 | 1  | 1  |     |    | 介護福祉士    |            |
|         |      | 1  |    | 9   | 1  | ヘルパー2級   |            |
|         |      |    |    | 1   |    | 初任者研修    |            |
|         |      |    |    |     |    | 実務者研修    |            |
|         |      | 2  | 1  | 5   |    | その他      |            |

(3)施設の勤務体制

|       |                                                       |
|-------|-------------------------------------------------------|
| 日中の体制 | 6人 (7:00～16:00 / 9:00～18:00 / 10:30～19:30) 内のローテーション制 |
| 夜間の体制 | 2人 (18:00～翌9:00) 宿直・夜勤の別：夜勤                           |

(4)施設の利用者状況

|      |                                      |           |           |           |  |
|------|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------|--|
| 利用者数 | 1ユニットあたりの定員：9人(ユニット総数：2ユニット) 総定員数18人 |           |           |           |  |
| 要介護別 | 要支援2: 人                              | 要介護1: 2 人 | 要介護2: 6 人 | 要介護3: 2 人 |  |
|      | 要介護4: 6 人                            | 要介護5: 1 人 |           |           |  |

3.施設利用にあたっての留意事項

|         |                                             |
|---------|---------------------------------------------|
| 面会      | 原則として自由(21:00～翌8:00の時間は事前申請が必要です)           |
| 外泊・宿泊   | 所定の用紙に必要事項を記入の上、事務所に提出してください                |
| 所持品     | 原則として自由。但し他の利用者の迷惑になる物はお断りする場合がございます        |
| 生活必需品   | 原則として、入居時にご家族及びご本人にご用意していただきます              |
| 喫煙      | 施設内は禁煙となります                                 |
| 飲酒      | 基本的には可能ですが、状況に応じて施設で判断致します                  |
| 入浴      | 週5日入浴を行います ( 月 曜日と 木 曜日は入浴を行いません)           |
| 服薬      | 現在使用しているお薬がある場合は、2週間分ご用意ください                |
| 病院等への移送 | 病院等の受診の移送は原則として、ご家族の方をお願い致します。緊急時は施設で対応致します |
| 着衣等     | 季節の衣替え等着衣のご用意は季節毎をお願い致します                   |
| その他     | その他施設が判断し不適切と認めたものについてはお断りする場合がございます        |

4.サービス及び利用料等

(1)施設のサービス内容及び利用料金

|        |                                                                                                                                                                                  |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス内容 | 食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練(生活リハビリ)健康管理、相談、援助等上記については包括的に提供され、介護保険適用時、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。また下記の表により、一定以上の要件が満たされた場合介護保険の基本料金に一定金額が加算されます。 |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

①1日あたりの基本単位(認知症対応型共同生活介護費Ⅱ) ※ 令和 6 年 6 月 1 日～

|      |        |      |        |      |        |      |        |
|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
| 要支援2 | 749 単位 | 要介護1 | 753 単位 | 要介護2 | 788 単位 | 要介護3 | 812 単位 |
| 要介護4 | 828 単位 | 要介護5 | 845 単位 |      |        |      |        |

※地域区分:5級地 (1単位を10.45円として自己負担金を算定)

②加算単位

| 加算名称           | 単位数/加算率         | 加算の算定要件                                                                                             |
|----------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 初期加算           | 30単位<br>(1日あたり) | 入居した日から起算して30日以内の期間について、初期加算として1日につき所定単位数を加算する                                                      |
| 医療連携体制加算Ⅰ(ハ)   | 37単位<br>(1日あたり) | 別に厚生労働大臣が定める基準(※1)に適合するものとして市町村に届け出た認知症対応型共同生活介護事業所において認知症対応型共同生活介護を行った場合医療連携体制加算Ⅰとして1日につき所定単位を加算する |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ  | 6単位<br>(1日あたり)  | 7年以上の勤続年数のある職員が常勤換算数で30%以上配置されている場合1日につき所定単位数を加算する                                                  |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | 加算率17.8%        | 基本単位と各加算の合計単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定                                                                   |

※1別に厚生労働大臣が定める基準→平成12年厚生省公示第26号27

(イ)当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員として又は病院若しくは訪問看護ステーションとの連携により看護師を1名以上確保していること

(ロ)看護師により24時間連絡体制を確保していること

(ハ)重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に入居者又はその家族に対して当該指針の内容を説明し同意を得ていること

③計算方法の例(1日あたり)

( 要介護2 で負担割合が 1 割の1日あたりの利用者の介護保険自己負担金)

入所後30日間

|                |            |        |
|----------------|------------|--------|
| 基本単位           | 788 単位     |        |
| 初期加算           | 30 単位      |        |
| 医療連携体制加算Ⅰ(ハ)   | 37 単位      |        |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ  | 6 単位       |        |
| ①合計単位数         | 861 単位     |        |
| ②介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 153 単位     | ×17.8% |
| 合計単位数(①+②)     | 1,014 単位   |        |
|                | ③ 10,596 円 | ×10.45 |
|                | ④ 9,536 円  | 1 割    |
| 1日あたりの介護負担金③-④ | 1,060 円    |        |

入所後30日以降

|                |            |        |
|----------------|------------|--------|
| 基本単位           | 788 単位     |        |
| 医療連携体制加算Ⅰ(ハ)   | 37 単位      |        |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ  | 6 単位       |        |
| ①合計単位数         | 831 単位     |        |
| ②介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 148 単位     | ×17.8% |
| 合計単位数(①+②)     | 979 単位     |        |
|                | ③ 10,230 円 | ×10.45 |
|                | ④ 9,207 円  | 1 割    |
| 1日あたりの介護負担金③-④ | 1,023 円    |        |

#### ④介護保険以外の自己負担金

|                     |                                                                         |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 家賃(居室の提供)           | 70.000円(月額)                                                             |
| 食事(食事の提供)           | 1.105円(1日)【内訳 朝食350円 昼食380円 夕食375円】                                     |
| 管理費<br>(消耗品・水道光熱費等) | 14.040円(月額)<br>施設での生活に係る日常生活費以外の費用(共用スペースの消耗品費)<br>※居室内の消耗品は実費で別負担となります |
| 日常生活費               | 通信費(携帯電話等)おむつ等個人で使用了品、居室内で使用する消耗品(ティッシュペーパー等)、医療費、ヘアカット代などは自己負担となります    |

#### (2)欠食・2泊3日以上の外泊及び入院時の扱い

2泊3日以上の外泊や入院時のご利用料は家賃を除く金額が日割り計算となります

※退去時は家賃も日割り計算となります

#### ■2泊3日以上不在時(外泊及び入院等)のご請求について

不在の期間は、外泊と施設に戻った日を除いた実質不在日を基準にご請求致します

(例)7月25日～7月30日(5泊6日)の外泊の場合

| 7月25日 | 7月26日 | 7月27日 | 7月28日 | 7月29日 | 7月30日 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 滞在日   | 不在日   | 不在日   | 不在日   | 不在日   | 滞在日   |

この場合不在日が4日となり、日割り計算の算定日は4日となります

#### ■介護保険自己負担金・食費・管理費の取扱について

不在期間については、介護保険自己負担金・食費・管理費のご請求はありません

#### (3)食事のキャンセルについて

外泊や受診・入院などで食事のキャンセルがある場合は、原則3日前までに電話などでご連絡ください

ご連絡頂けない場合は、食材を外部に発注しているためキャンセルすることができない場合がございますので予めご了承ください

※朝食は14日前になります

連絡先：04-2903-0188までお願い致します

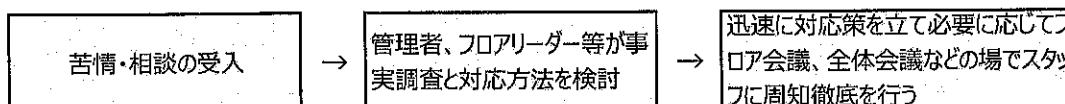
#### 5.協力医療機関等

|            |                                                                                                     |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 協力医療機関名    | 医療法人社団 彩葉会 安行メディカルクリニック(診療科目:内科・外科他)<br>医療法人社団 厚生会 埼玉厚生病院(診療科目:内科・脳神経外科)<br>医療法人社団 新聖会 すみれデンタルクリニック |
| 訪問看護ステーション | 訪問看護ステーションまごころ                                                                                      |
| 調剤薬局       | マユミ薬局                                                                                               |
| 協力医師       | 氏名: 宇田 治 訪問頻度:月2回程度                                                                                 |

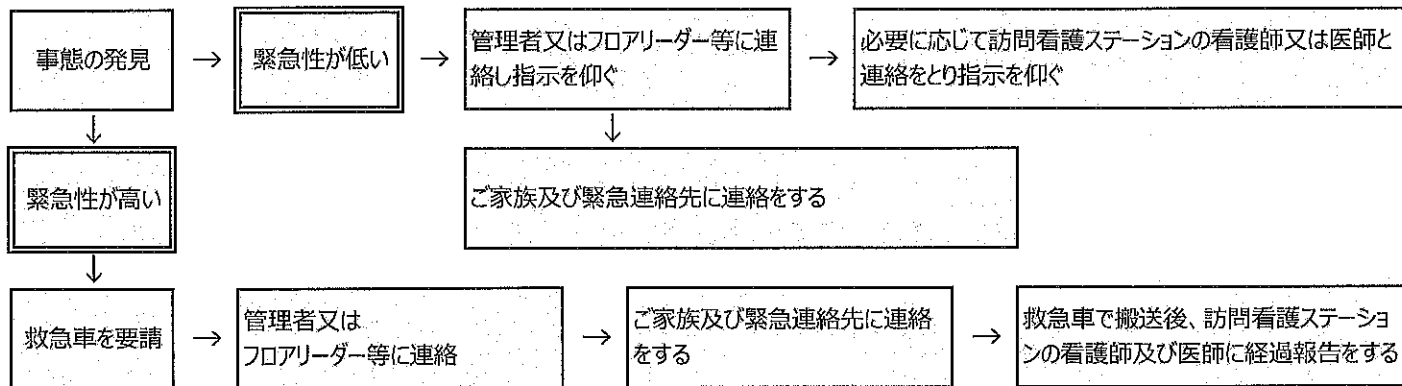
#### 6.サービス内容に関する相談・苦情

|           |                                                        |    |              |
|-----------|--------------------------------------------------------|----|--------------|
| 施設苦情相談窓口  | 管理者：上田彰弘                                               | 電話 | 048-288-7736 |
| 所沢市苦情相談窓口 | 川口市介護保険課<br>月～金8:30～17:15(祝日、年末年始除く)                   | 電話 | 048-259-7296 |
| 国保連苦情相談窓口 | 埼玉県国民健康保険団体連合会<br>月～金8:30～12:00、13:00～17:00(祝日、年末年始除く) | 電話 | 048-824-2761 |

※苦情処理の体制



## 7.事故発生時又は緊急時の対応方法



## 8.利用料のお振込先口座

|       |                                                             |              |
|-------|-------------------------------------------------------------|--------------|
| 金融機関名 | 青木信用金庫(金融機関コード:1252)                                        | 柳崎支店(店番:031) |
| 口座名義  | 株式会社ヴォルフアート 代表取締役 青木 宣貴<br>カ) ヴォルフアート ダイヒョウトリシマリアク アオキ ノブタカ |              |
| 口座番号  | 普通3130502                                                   |              |

## 9.提供するサービスの第三者評価の実施状況

|         |                 |  |
|---------|-----------------|--|
| 実近の実施日  | 令和 7 年 3 月 28 日 |  |
| 評価期間名称  | 有限会社プログレ総合研究所   |  |
| 評価結果の開示 | 施設内にて掲示         |  |

(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、利用者(代理人兼身元引受人)に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました

令和 年 月 日

(事業者)

所在地 川口市安行領根岸1260番

事業者名 株式会社ヴォルフアート 代表取締役 青木 宣貴 印

説明者名 グループホーム神根苑 管理者 上田 彰弘 印

私は本書面により事業者から (介護予防)認知症対応型共同生活介護についての重要な事項の説明を受け同意しました

(利用者)

住所

氏名 印

(代理人兼身元引受人)

住所

氏名 印

## 個人情報利用同意書

私(及び私の家族)の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用する事に同意します

記

## 1.使用目的

- (1)介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員(ケアマネージャー)や保健師等と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- (2)上記(1)の他介護支援専門員や保健師等又は介護サービス事業者との連絡調整のために必要な場合
- (3)現に介護サービスの提供を受けている場合で私が体調等を崩し又は怪我等で病院に行ったときに、医師・看護師等に説明する場合(救急の場合は搬送機関への説明も含む)
- (4)当事業所で発行する機関誌へ掲載する場合(使用範囲は事業所内の掲示と利用者家族への配布に限定しております)

## 2. 個人情報を提供する事業所

- (1)居宅サービス計画(介護予防サービス計画)に掲載されている介護サービス事業所  
(2)病院又は診療所、救急搬送先機関(体調を崩し又は怪我等で受診することになった場合)

### 3.使用する期間

サービスの提供を受けている期間

#### 4.使用する条件

- (1)個人情報の利用については必要最小限の範囲で使用するものとし個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う
- (2)個人情報を使用した会議、相手方個人情報利用の内容等の経過を記録する

令和            年            月            日

(事業者)

所在地 川口市安行領根岸1260番

事業者名 株式会社ヴォルフアート 代表取締役 青木 宣貴

(利用者)

住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(代理人兼身元引受人)

住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(家族署名欄)

住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

## 加算に関する同意書

株式会社ヴォルファートが設置、運営する認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム神根苑の重要事項説明書に表記してある加算の中で下記に表記してある項目を加算することに同意致します

- ・初期加算 1日あたり30単位（但し入所後30日間に限る）
- ・医療連携体制加算Ⅰ（ハ） 1日あたり37単位
- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 基本単位と各加算の合計単位数に17.8%を乗じた単位数
- ・サービス提供体制強化加算Ⅲ 1日あたり6単位

令和            年            月            日

(利用者)

住所

氏名 印

(代理人兼身元引受人)

住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

所在地 川口市安行領根岸1260番

事業者名 株式会社ヴォルフアート 代表取締役 青木 宣貴

## 看取りに関する同意書

株式会社ヴォルフアートが設置、運営する認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム神根苑が行う看取り介護に関して当施設の策定した看取りケアの指針の趣旨を理解し、同意致します

令和          年          月          日

(利用者)

住所

---

氏名

印

---

(代理人兼身元引受人)

住所

---

氏名

印

---

(事業者)

所在地

川口市安行領根岸1260番

事業者名

株式会社ヴォルフアート 代表取締役 青木 宣貴



## 重度化した場合における対応に係る指針

### 1. 目的

当施設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なごみの関係での生活を維持し、そして本人が望む場所で最後まで暮らしていくことができるように、医療関係者、家族等と協力して対応していく

### 2. 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

主には①癌の終末期②多様な疾患の重度化③老衰④その他である

### 3. 基本的な姿勢

病状が重度化した利用者あるいは人生の終末期の利用者が、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、当施設での生活が継続できるように(ただし急性期や継続的な医療が必要とする場合を除く)そして当施設で死が迎えられるように最大限の対応をする

### 4. 医療連携

#### (1) 主治医との連携

主治医の指示・指導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

#### (2) 看護師との連携

主治医と連携しながら必要な医療を行いつつ生活の継続を重視して利用者が苦痛なく心地よい状態で生活出来るようにしていく

#### (3) 薬剤師など地域の多様なサービスとの連携

癌の終末期ケアでは、疼痛等緩和ケアは必須で地域の薬剤師、調剤薬局との連携を進める。また歯科医師との連携など必要に応じて多様な専門職との連携で対応する

### 5. 入院期間中における家賃・食費の取扱

利用者が入院期間中に支払う家賃・食費等に関する取扱として

①家賃は入院期間に関係なく請求する

②食費、管理費については施設利用日数の日割とし、入院期間中は請求しない

### 6. 家族等の信頼・協力関係

当施設で重度化・終末期の対応を行っていくためには家族等の信頼・協力関係は欠かせない。家族等と一緒にあって利用者本人が満足するような看取りの支援をしていく

### 7. 職員の教育・研修

医療機関専門職との連携で重度化・終末期ケアが充実するように、職員教育・研修に努めていく。又家族等の意向を重視した密な連携を持つことが出来るように努力する

## 看取りケアの指針

### 看取りケアについて

看取りケアとは医学的処置をしても治癒の見込みがない方に対する生命の終焉における包括的ケアのことをいう

### ターミナルケアの指針

1. 利用者が最後まで人間らしく尊厳を保ち安らかな死を迎えられるように職員一同誠意を持ってケアに努める
2. 人生の最後の時をご家族に見守られて迎えられるようご家族の理解と協力を仰ぐ
3. ご家族と職員一同が一体となってケアを行うことで利用者の孤独感を取り除き安らかな死を迎えられることが出来るよう支援する

### 看取り期の援助内容

1. 食欲が低下しているときは本人の嗜好に合わせる
2. 水分や食事の経口摂取が出来なくなったら無理な介助はせず可能な限り時間をかけ本人又は家族の希望に添って介助を行う
3. スキンシップ、コミュニケーションによる継続的な見守りを行う
4. 室温、採光、換気を調整する
5. ベッドサイドの清潔と整理整頓に配慮する
6. 医師と相談をして過剰な処置を行わない
7. 苦痛の表情が見られるときはマッサージ、体位変換などを適切に行う
8. 手足の保温に努める
9. 本人の負担を軽減するために清拭、更衣、排泄介助は可能な限り複数人で行う

看取りケアを希望されている場合であっても主治医の状況により施設での死亡診断が不可能な場合がある。そのときは医療機関へ救急搬送をする。又病気により耐えられない苦痛を伴う場合も同様とする