

「指定認知症対応型共同生活介護」

「短期利用」 重要事項説明書

(グループホーム ひだまり)

当事業所は、介護保険の指定を受けています。
(上野村指定 第1072300039号)

当事業所はご利用者に対して、短期利用指定認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。
事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意戴きたいことを次の通り説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

◇◆目 次◆◇

1. 事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2. 事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
3. 居室等の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
4. 職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
5. 提供するサービスと利用料金・・・・・・・・・・	2～5
6. 施設を退所していただく場合・・・・・・・・・・	5
7. 連帯保証人・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	6
8. 苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・	7
9. 相談・苦情解決の体制及び手順・・・・・・・・	7
10. 緊急時の対応方法・・・・・・・・・・・・・・・・	7

1. 事業者

- | | |
|-----------|----------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 上野村社会福祉協議会 |
| (2) 法人所在地 | 群馬県多野郡上野村大字乙父630番地の1 |
| (3) 電話番号 | 0274-59-2592 |
| (4) 代表者氏名 | 会長 塚田 六 己 |
| (5) 設立年月日 | 平成7年3月31日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|--------------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 指定認知症対応型共同生活介護
平成21年7月1日指定
上野村指令保福第18号 |
| (2) 事業の目的 | 認知症の状態にある要介護者を、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の援助及び日常生活動作訓練を行なうことにより、ご利用者がその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう援助することを目的とします。 |
| (3) 事業所の名称 | グループホーム ひだまり |
| (4) 事業所の所在地 | 群馬県多野郡上野村大字乙父630番地の1 |
| (5) 電話番号 | 0274-59-2592 |
| (6) FAX番号 | 0274-59-2058 |
| (7) 事業所代表者 | 高橋 達也 (たかはし たつや) |
| (8) 管理者氏名 | 塚田 智重 (つかだ ともしげ)
川田 匠 (かわた たくみ) |
| (9) 当事業所の運営方針 | ご利用者の認知症の進行を緩和し、心身の状況を踏まえ、趣味又は嗜好に応じた活動を支援し、それぞれの役割をもって家庭的な環境の下で、安心して日常生活が送れるよう援助します。 |
| (10) 開設年月日 | 平成21年7月1日 |
| (11) 利用定員 | 1名/日 (1ユニットにつき) |
| (12) 事業所が行っている他の事業 | 当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。
「指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業」
・・・平成21年7月1日指定 上野村指令保福第19号
「共用型指定認知症対応型通所介護事業」
・・・平成25年4月1日指定 上野村指令保福第27号
「共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業」
・・・平成25年4月1日指定 上野村指令保福第28号 |

3. 居室等の概要

居室・設備の種類	定 数	備 考
1 人部屋	1 8 室	洋室（ベッド）
居 間	1 室	フローリング・和室
食 堂	1 室	
浴 室	1 室	
台 所	1 室	
消防設備	1 5 台 5 台	自動火災報知機 消火器

4. 職員の配置状況

職 種	常 勤 換 算	指 定 基 準
1. 管理者	2 名（兼 務）	2 名
2. 計画作成担当者	2 名（兼 務）	2 名
3. 介護職員	7 名以上	7 名
4. 夜勤職員	2 名	2 名

職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
1. 管理者	標準的な時間における最低配置人員 日勤 9：00～18：00 } 4名以上 夜勤 16：00～10：00 } 2名
2. 計画作成担当者	
3. 介護職員	

5. 提供するサービスと利用料金

（1）短期利用介護計画の作成

- サービスの提供開始時に、ご利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、地域における活動への参加の機会の確保等、援助の目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した短期利用介護計画を作成します。
- ご利用者に応じて作成した介護計画について、ご利用者及びそのご家族に対して、その内容について説明し、同意を得てご利用者に交付します。
- 計画作成後においても、介護計画に基づき利用する他の居宅サービス等を行う者と連絡を継続的に行い、介護計画の実施状況の把握、必要に応じて介護計画の変更を行います。

(2) 介護保険給付対象サービス（契約書第5条参照）

種 類	内 容
食事の介助	・栄養士の献立表により、栄養とご利用者の摂食、嚥下機能、身体状況、嗜好に考慮した食事を提供します。 ・食事介助が必要なご利用者に対して、介助を行います。
排泄の介助	・ご利用者の状況に応じて、適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴の介助	・週三回の入浴を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は器械浴で、入浴を行います。
離床・着替え・整容の介助	・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。
健康管理	・バイタルチェック及び健康維持のため相談・助言を行います。

(3) サービス利用料金（契約書第9条参照）

① 介護保険

（単位：円）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用料金	7, 810	8, 170	8, 410	8, 580	8, 740
介護給付費	7, 029	7, 353	7, 572	7, 722	7, 866
自己負担額	781	817	841	858	874

② 介護保険外（自己負担額）

（単位：円）

（1日の食費）	居室費	光熱水費	食 費	合 計
朝食 330	900	300	1, 200	2, 400
昼食 430				
夕食 340				
おやつ 100				

③ 利用料金合計（①+②）

（単位：円）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
自己負担額	3, 081	3, 117	3, 141	3, 158	3, 174

④ 加算の種類

介護職員処遇改善加算	介護保険給付の対象額（利用料金＋加算１ヶ月分）に４．５％を乗じた額の９割が介護保険から給付され、１割をご利用者に負担していただきます。（平成２４年４月１日新設）
サービス提供体制強化加算	介護福祉士の資格を有し、かつ勤続年数１０年以上の職員が２５％以上配置されている場合、一日につき２２円が加算されます。
医療連携体制加算	看護職員を常勤換算で１名以上配置しており、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応が取れる等の体制を整備している。 １日につき５７円が加算されます。

- ☆ 要介護認定を受けていない場合は、サービス料金の全額をお支払いいただきます。
認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）
- ☆ 介護保険給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、負担額を変更します。

（４）利用料金の支払い方法（契約書第９条参照）

前記（３）の料金は、１ヶ月ごとに計算し請求し、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払下さい。

- ア．窓口での現金払い
- イ．下記の指定口座への振込
多野藤岡農業協同組合 万場支店
口座番号 （普）３５２４９４０
口座名義 社会福祉法人 上野村社会福祉協議会
会 長 黒 沢 秀 雄
- ウ．当事業所の指定金融機関口座からの自動引落とし

（５）介護保険給付対象外サービス

種 類	内 容
特別な食事	要した費用の実費をいただきます。
レクレーション	ご利用者の趣味又は嗜好に応じたレクレーション等を実施します。
複写物の交付	ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。 複写物を必要とする場合は無料で提供いたします。
受診	ご利用者が病院・医院を受診される場合の送迎は、原則として家族で行って下さい。

※ 貴重品・・・ご利用者には現金、通帳、印鑑等は持たせないで下さい。

（６）キャンセル料

- ①利用者の都合によりサービスを中止する場合、利用日の前日１８：００までに連絡がないときは、キャンセル料として８００円（食費相当額）をいただきます。但し、緊急やむを得ない事情があるときは、管理者の判断によりキャンセル料を免除する場合があります。

②利用計画を立てる都合がありますので、サービスを中止するときは至急ご連絡下さい。

6. 契約の終了について（契約書第17条参照）

（1）契約者からの解除の申し出（中途解除・契約解除）（契約書第18条、第19条参照）

（2）事業所からの申し出により契約解除していただく場合（契約解除）（契約書第20条参照）

7. 苦情の受付について（契約書第22条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情や相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口：[事業所代表者] 高橋 達也

[管理者] 塚田 智重

TEL 0274-59-2592

FAX 0274-59-2058

○受付時間：常時

（2）第三者委員による苦情の受付

○なし

（3）行政機関その他苦情受付機関

【市町村窓口】 上野村役場保健福祉課 介護保険係	所在地 上野村大字乙父630番地の1 電話番号 0274-59-2309 FAX 0274-59-2320
【公的団体の窓口】 国民健康保険団体連合会	所在地 前橋市元総社町335番地8 電話番号 027-290-1363 FAX 027-255-5077
【公的団体の窓口】 群馬県社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会	所在地 前橋市新前橋町13番地12 電話番号 027-255-6669 FAX 027-255-6173

8. 相談・苦情解決の体制及び手順

苦情または相談があった場合には、ご利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ、状況の聞き取りのため訪問を実施し、事情の確認を行い、苦情に関する問題点を把握した上で検討を行い、再発防止の対策を決めていきます。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うと共に、ご利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

9. 緊急時の対応方法

当事業所は、万全の体制で短期利用介護サービスの提供にあたりますが、ご利用者に万一事故が発生した場合、健康状態が急変した場合には、速やかにご利用者のご家族、主治医、関係市町村等に連絡するとともに、事故に遭われた方の救済、事故の拡大防止などの必要な措置を講じます。また、ご利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって速やかに損害賠償を行います。

(緊急時連絡先：ご家族連絡先には、必ず連絡の取れる方をご記入ください。)

主治医	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
ご家族 連絡先①	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
ご家族 連絡先②	氏 名	
	住 所	
	電話番号	

令和 年 月 日

短期利用共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

〈 事 業 所 〉

所在地： 群馬県多野郡上野村大字乙父 6 3 0 番地の 1

名 称： 社会福祉法人 上野村社会福祉協議会 グループホームひだまり

法人代表者： 社会福祉法人 上野村社会福祉協議会会長 塚田 六己 印

説明者： 氏 名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、短期利用共同生活介護サービスの提供開始に同意しました。

〈 利 用 者 〉

住 所

氏 名 印

〈 代 理 人 〉

住 所

氏 名 印

続 柄 ()