

「指定認知症対応型共同生活介護」

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、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、要介護認定の結果「要介護」であって、認知症である者が対象となります。

◇◆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支援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1
(5) 電話番号	0274-59-2592
(6) F A X 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	入所者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めると共に、個別の介護計画を作成することにより、入所者が必要とする適切なサービスを提供します。
(10) 開設年月日	平成21年8月1日

(11) 登録定員 2ユニット (1ユニット: 9名)

(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	18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	15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) 認知症対応型共同生活介護計画の作成

1.	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認知症対応型共同生活介護計画を作成します。
2.	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。
3.	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6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10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, 530	7, 880	8, 120	8, 280	8, 450
介護給付費		6, 777	7, 092	7, 308	7, 452	7, 605
自己負担額	1日	753	788	812	828	845
	30日	22, 590	23, 640	24, 360	24, 840	25, 350

② 介護保険外

(単位：円)

(1日の食費)		自己負担額	居室費	光熱水費	食費	合計
朝食	330	1日	900	300	1,200	2,400
昼食	430					
夕食	340	30日	27,000	9,000	36,000	72,000
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	1日	3,153	3,188	3,212	3,228	3,245
	30日	94,590	95,640	96,360	96,840	97,350

④ 加算の種類

初期加算	入居した日から30日間は、1日につき30円が加算されます。
入退院時支援加算	ア. 入院後3か月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、1月に6日を限度として1日につき246円が加算されます。 イ. 医療機関に1ヶ月以上入院した後、退院して再入居する場合も、初期加算として入居日から30日間は、1日につき30円が加算されます。
退去時相談援助加算	利用者1人につき1回を限度として、退去時に市町村及び居宅介護支援事業者及び地域包括支援センターに対して、情報提供をした場合に400円が加算されます。
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15.5%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。
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。

- ☆ 月途中における入退居については日割り計算した金額としています。
- ☆ 要介護認定を受けていない場合には、サービス料金を一旦全額支払いいただきます。
要介護認定後、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
- ☆ 合、変更された額に合わせて、負担額を変更します。
- ☆ ご利用者が入院又は外泊された場合、居室費及び光熱水費に係る料金をいただきます。

(4) 利用料金の支払い方法（契約書第10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） 3 5 2 4 9 4 0
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
おむつの提供	ご利用者の希望に応じ提供します。
行政手続き代行	市町村での書類の申請交付・申請手続き等を代わって行います。
理美容サービス	理美容の出張サービスを利用いただけます。
複写物の交付	ご利用者及び連帯保証人は、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。
預り金	日常生活費として、現金を預かり管理いたします。
その他	ご利用者の趣味又は嗜好に応じたレクリエーション等を実施します。生活のリズムを考え、食事や洗濯、買い物等を職員と共同で行い家庭的な生活環境の中で、日常生活が送れるよう配慮します。

※ 受診・・・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) 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者及び連帯保証人の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。

協力医療機関	医療機関名	住 所	主な診療科目
	上野村へき地診療所	上野村大字乙父 6 3 0 番地 1	内科・外科
	公立富岡総合病院	富岡市富岡 2 0 7 3 番地 1	心療内科・歯科・内科・外科

6. 契約の終了について（契約書第17条参照）

- （1） 契約者からの退所の申し出（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退所していただく場合（契約解除）（契約書第20条参照）
- （3） 円滑な退所のための援助（契約書第21条参照）

7. 連帯保証人（身元引受人）

- （1） サービス利用同意にあたり、連帯保証人をお願いすることになります。しかしながら、入所者において、社会通念上、連帯保証人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、入所サービス利用同意にあたって、連帯保証人の必要はありません。
- （2） 連帯保証人には、これまで最も身近にいて、ご利用者のお世話をされてきたご家族や親戚に就任していただくのが望ましいと考えておりますが、必ずしも、これらの方に限りません。
- （3） 連帯保証人は、ご利用者の利用料金等の経済的な債務については、ご利用者と連帯してその債務の履行義務を負うことになります。
また、こればかりではなく、ご利用者が医療機関に入院する場合や当事業所から退所する場合においては、その手続きを円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担などを行い、更には、当事業所と協力、連携して退所後のご利用者の受入先を確保するなどの責任を負うことになります。
- （4） ご利用者が入所中に死亡した場合においては、そのご遺体や残置物の引取り等の処理についても、連帯保証人がその責任で行う必要があります。
また、ご利用者が死亡されていない場合でも、入所利用が終了した後、当事業所に残したご利用者の残置物をご利用者が引取れない場合には、連帯保証人にこれを引取っていただきます。これらの引取り等の処理にかかる費用については、ご利用者または連帯保証人にご負担いただくことになります。
- （5） 連帯保証人が死亡されたり、破産宣告を受けた場合には、事業者は、新たな連帯保証人を立てていただきます。新たな連帯保証人（身元引受人）は、前連帯保証人（前身元引受人）の全ての責務を引き継ぎます。ただし、社会通念上、連帯保証人を立てることができないと認められる場合はこの限りではありません。

8. 苦情の受付について（契約書第23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

9. 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、ご利用者及び連帯保証人へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

10. 緊急時の対応方法

当事業所は、万全の体制で指定認知症対応型共同生活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

指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に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 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、指定認知症対応型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 ()

〈 連帯保証人（身元引受人） 〉

住 所

氏 名 印

続 柄 ()