

指定認知症対応型共同生活介護

グループホームゆうき 重要事項説明書

当グループホームは、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致します。提供するに先立ち、施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通りご説明致します。

※当施設サービスの利用は、原則として要介護認定の結果『要介護1～5』または『要支援2』と認定された方が対象となります。

1. 事業者

| | | | | |
|-------|----------------|------------------|-------|------------------|
| 名 称 | 医療法人有葵会のぼる内科 | | | |
| 所 在 地 | 長崎県長崎市中園町10番5号 | | | |
| 法人種別 | 医療法人 | | | |
| 代 表 者 | 吉田 登 | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 | 095 - 843 - 1110 | F A X | 095 - 843 - 1117 |

2. 事業の目的と運営方針

| | |
|------|--|
| 事業目的 | 要介護者であって認知症の状態にある者に、適正な指定認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする |
| 運営方針 | 本事業所は介護保険法等の基本理念に基づき、利用者の生活安定向上のための支援に努める。 1. 本事業所の職員は、要介護状態であって認知症の状態にあるもの（著しい精神症状や行動異常があるもの、急性期状態にあるものを除く）に対して、共同生活住居において、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話および機能訓練を行う。 2. 利用者の身体的および精神的状況の的確な把握に努めると共に症状などに応じて、医療機関への受診を図るなど適切な対応をとる。 3. 事故防止のため、利用者の行動特性などを十分に把握して、安全に配慮した運営をする。 4. 指定認知症対応型共同生活介護の実施にあたっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものと密接な連携に努めると共に、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。 |

3. ホームの概要

| | | | | | | |
|-------|-------------------------|--------------|-------|-------|--------------|-----|
| 名 称 | 医療法人有葵会のぼる内科 グループホームゆうき | | | | | |
| 指定番号 | 長崎県 第4271102321 | | | | | |
| 所 在 地 | 長崎県諫早市多良見町元釜5番15号 | | | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 | 0957-44-1765 | | F A X | 0957-44-1765 | |
| 構 造 | 鉄筋コンクリート 7階建 4階部分 | | | | | |
| 敷 地 | 18731.57㎡ | | | | | |
| 建 物 | 住 居 数 | 2ユニット | 居 室 数 | 18戸 | 入居定員 | 18名 |
| | 延床面積 | 747㎡ | | | | |
| 利用居室 | 18.87㎡（定員 1名） | | | | | |
| | 便所 付 | | | | | |
| 共用施設 | 食堂・居間・機能訓練室（73.15㎡） | | | | | |

4. 協力医療機関

| | |
|---------|---------------------------------------|
| 名 称 | すばる診療所 |
| 所 地 | 長崎県諫早市多良見町元釜5番地15 |
| 電話番号 | 0957-28-7788 |
| 診 察 科 | 内科、眼科 |
| 入院設備 | 19床 |
| 救急指定 | |
| 協力関係の概要 | 同一敷地内にあり、当直医師及び当直看護師との連携・支援体制を確立している。 |

| | |
|---------|------------------------|
| 名 称 | のぼる内科 |
| 所 地 | 長崎市中園町10-5 |
| 電話番号 | 095-843-1110 |
| 協力関係の概要 | 24時間対応の連携・支援体制を確立している。 |

| | |
|------|--|
| 名 称 | |
| 所 地 | |
| 電話番号 | |

5. 職員の概要

| | |
|-----|------------------------------|
| 管理者 | 立川真由美 (認知症高齢者グループホーム管理者研修修了) |
|-----|------------------------------|

| | | |
|--------------|---------|---|
| ひまわり ユニット | 日勤体制 | 利用者の数が3又はその端数を増すごとに、常勤換算方法で1人以上(3:1)を配置 |
| | 夜勤体制 | 夜間の時間帯を通じて1名の介護従業者を配置 |
| | 計画作成担当者 | 認知症介護実践研修実践者研修終了 |

| | | |
|--------------|---------|---|
| あじさい ユニット | 日勤体制 | 利用者の数が3又はその端数を増すごとに、常勤換算方法で1人以上(3:1)を配置 |
| | 夜勤体制 | 夜間の時間帯を通じて1名の介護従業者を配置 |
| | 計画作成担当者 | 認知症介護実践研修実践者研修終了 |

※ どちらかのユニットに介護支援専門員の資格を有する者を配置する。

職員の勤務体制

| 区 分 | 勤 務 時 間 | 休憩時間 | 職 員 数 |
|-----|---------------|------|------------------|
| 日 勤 | 9:00 ~ 18:00 | 1時間 | 基準に準ずる (上記参照) |
| | 9:00 ~ 17:00 | | |
| 早出勤 | 8:00 ~ 16:00 | | |
| | 8:00 ~ 17:00 | | |
| 遅出勤 | 10:00 ~ 19:00 | | |
| | 10:30 ~ 18:30 | | |
| 夜勤 | 16:15 ~ 10:15 | 3時間 | |

6. 入居者の概要

| | | |
|--------------|--------|---|
| 入居者数 | 定員 18名 | |
| 入居退去に当たっての条件 | 対象者 | 要介護または要支援2の認定があり、かつ認知症の診断があること |
| | 入居 | 入居に際しては、医師の診断書により当該入居者が認知症の状態であるかを利用者及び家族と十分に検討した後にサービスを開始します。 |
| | 退去 | <p>当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていませんので、下記のような事由がない限り、継続して利用できます。</p> <p>下記のような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了しご利用者に退所していただくことになります。</p> <p>1、要介護認定により、要介護状態が自立または要支援1と判定された場合 2、施設が解散、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合 3、施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者へのサービス提供が不可能となった場合 4、当施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合 5、ご利用者から退所の申し出が合った場合 6、施設からの退所の申し出を行った場合（以下のような場合）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者が契約締結時、その心身の状況及び病歴などの重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果ほん契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 ・ご利用者が故意または過失により施設またはサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 ・ご利用者が医療機関に入院された場合。（3ヶ月以上の入院の場合） ・ご利用者が他の介護保険施設に入所もしくは介護療養型施設に入院された場合 |

7. 入居に当たっての留意事項

| | |
|----------|---|
| 面会 | 来訪者は、面会時に職員に氏名、続柄など申告して下さい。 面会時間は特に設けていませんが、場合によってはお断りすることがあります。 宿泊される時は必ず許可を得て下さい。 |
| 外出 | 外出・外泊前に必ず行き先と帰着予定日時などを外出・外泊届けにて届け出て下さい。 |
| 住居・居室の利用 | この共同生活住居内の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用下さい。 これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。 |
| 迷惑行為 | 騒音の発生、放歌高吟等他の利用者の迷惑なる行為はご遠慮 願います。 承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。 |
| 所持品 | 入居時にリストを作成していただき、管理いたします。 |
| 現金等 | 金銭管理に関し同意書をいただいたものだけに限り管理いたします。 |

8. サービス内容及び利用料

(1) 介護保険給付サービス

| 種 類 | 内 容 |
|-----------|--|
| 食 事 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。 ・食材費は給付対象外です。 ・食事は離床して食堂でとっていただくよう配慮します。 ・食事時間（原則であり、時期などによって変動があります） <ul style="list-style-type: none"> 朝食 8：00 ～ 昼食 12：00 ～ おやつ 15：00 ～ 夕食 17：00 ～ |
| 排 せ つ | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じ、適切な排せつの介助と、排せつの自立の援助を行います。 ・介助は同性の介護従業者が行います。 |
| 入 浴 | <ul style="list-style-type: none"> ・週2回入浴または清拭を行います。 ・介助は同性の介護従業者が行います。 |
| 日常生活上の世話 | <ul style="list-style-type: none"> ・離床（寝たきり防止のため離床に配慮します。） ・着替え・整容・寝具消毒・シーツ交換 ・健康管理・洗濯・居室内清掃・役所手続の代行 <p>以上のことは、必要に応じご本人の能力に合わせた見守り、援助を行います。</p> |
| 機能訓練 | <ul style="list-style-type: none"> ・離床援助、屋外散歩同行、家事共同等により生活機能の維持・改善に努めます。 |
| 医師の往診の手配等 | <ul style="list-style-type: none"> ・医師の往診の手配その他療養上の世話をします。 |
| 相談および援助 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。 |

(2) 介護保険給付外費用

これらは介護保険給付の対象外です。実費をお支払い下さい。

| 種類 | 内容 |
|--|---|
| 水道光熱費 食材費 おむつ代 理美容代 その他の費用 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 1日あたり、880円（共用部分を含む） ・ 食材は栄養士が検収します。その費用は次のとおりです。 1日1320円（朝食330円 昼食438円 おやつ114円 夕食438円） ミキサー食でのトロミ剤は自費となります。 ・ 外出、外泊時は食事がキャンセルできない場合がありますので、遅くとも1週間前にはご連絡ください。 ・ おむつ代は実費となります。 ・ 理美容代は実費となります。 ・ 上記以外に費用がかかるサービスを受ける場合は、予め利用者及びご家族の同意を得ること。 |
| 居室の利用 | <p>居室の利用も保険給付の対象外です。</p> <p>利用料1か月 32,000円</p> <p>※ 居室料は家賃の取り扱いとなりますので、1ヶ月単位の契約となります。</p> <p>ただし、入居、退居時は、1日あたり1000円の日割り計算となります。</p> |

(3) サービス利用料金表

・ 1日あたり（単位：円） 1割負担

| 要介護度 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 基本サービス費 | 749 | 753 | 788 | 812 | 828 | 845 |
| 食材料費 | 1,320 | 1,320 | 1,320 | 1,320 | 1,320 | 1,320 |
| 居室料 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |
| 水道光熱費 | 880 | 880 | 880 | 880 | 880 | 880 |
| 負担金合計 | 3,949 | 3,953 | 3,988 | 4,012 | 4,028 | 4,045 |

・ 30日あたり（単位：円）

| 要介護度 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 基本サービス費 | 22,470 | 22,590 | 23,640 | 24,360 | 24,840 | 25,350 |
| 食材料費 | 39,600 | 39,600 | 39,600 | 39,600 | 39,600 | 39,600 |
| 居室料 | 32,000 | 32,000 | 32,000 | 32,000 | 32,000 | 32,000 |
| 水道光熱費 | 26,400 | 26,400 | 26,400 | 26,400 | 26,400 | 26,400 |
| 負担金合計 | 120,470 | 120,590 | 121,640 | 122,360 | 122,840 | 123,350 |

・ 1日あたり（単位：円） 2割負担

| 要介護度 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 基本サービス費 | 1,498 | 1,506 | 1,576 | 1,624 | 1,656 | 1,690 |
| 食材料費 | 1,320 | 1,320 | 1,320 | 1,320 | 1,320 | 1,320 |
| 居室料 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |
| 水道光熱費 | 880 | 880 | 880 | 880 | 880 | 880 |
| 負担金合計 | 4,698 | 4,706 | 4,776 | 4,824 | 4,856 | 4,890 |

・ 30日あたり (単位:円)

| 要介護度 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 基本サービス費 | 44,940 | 45,180 | 47,280 | 48,720 | 49,680 | 50,700 |
| 食材料費 | 39,600 | 39,600 | 39,600 | 39,600 | 39,600 | 39,600 |
| 居室料 | 32,000 | 32,000 | 32,000 | 32,000 | 32,000 | 32,000 |
| 水道光熱費 | 26,400 | 26,400 | 26,400 | 26,400 | 26,400 | 26,400 |
| 負担金合計 | 142,940 | 143,180 | 145,280 | 146,720 | 147,680 | 148,700 |

・ 1日あたり (単位:円) 3割負担

| 要介護度 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 基本サービス費 | 2,247 | 2,259 | 2,364 | 2,436 | 2,484 | 2,535 |
| 食材料費 | 1,320 | 1,320 | 1,320 | 1,320 | 1,320 | 1,320 |
| 居室料 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |
| 水道光熱費 | 880 | 880 | 880 | 880 | 880 | 880 |
| 負担金合計 | 5,447 | 5,459 | 5,564 | 5,636 | 5,684 | 5,735 |

・ 30日あたり (単位:円)

| 要介護度 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 基本サービス費 | 67,410 | 67,770 | 70,920 | 73,080 | 74,520 | 76,050 |
| 食材料費 | 39,600 | 39,600 | 39,600 | 39,600 | 39,600 | 39,600 |
| 居室料 | 32,000 | 32,000 | 32,000 | 32,000 | 32,000 | 32,000 |
| 水道光熱費 | 26,400 | 26,400 | 26,400 | 26,400 | 26,400 | 26,400 |
| 負担金合計 | 165,410 | 165,770 | 168,920 | 171,080 | 172,520 | 174,050 |

※各加算内容

| | |
|---------------------|------------|
| 初期加算 (入所後最初の30日間のみ) | 1日あたり 30円 |
| 医療連携加算 | 1日あたり 37円 |
| サービス提供体制加算Ⅱ | 1日あたり 18円 |
| 若年性認知症利用者受け入れ加算 | 1日あたり 120円 |
| 協力医療機関連携加算 | 1月あたり 100円 |
| 退居時情報提供加算 | 1回あたり 250円 |

令和6年6月1日より適用

| | |
|-------------|-------------------------|
| 介護職員等処遇改善加算 | (基本サービス費＋上記加算の月額)の18.6% |
|-------------|-------------------------|

9. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情受付窓口の設置

当施設に対する苦情やご相談に対し迅速かつ適切に対応するための窓口(担当者)を設置します。担当者が速やかに処理体制・手順に従い対応します。

※苦情、相談受付窓口(担当者)

ひまわり、あじさい、各ユニットリーダー

(TEL)0957-44-1765

受付時間 毎日午前10:00～午後17:00

※苦情解決責任者

管理者 立川 真由美

(TEL)0957-44-1765 080-9069-3395

(2) 苦情処理体制及び手順

- ①
苦情受付
担当者
 - ・苦情受付担当者が苦情受付票によって苦情の内容を確認する。
 - ・誤解などが無いか丁寧に説明する。
 - ・その場で処理できない場合は、苦情解決責任者に報告する。
 - ・苦情受付票にて記録する。
- ②
苦情解決
責任者
 - ・プライバシーを尊重するように留意し、事実確認、調査を行なう。
 - ・対応方法を決定し、申し出人へ説明を行なう。
 - ・対応できない時は、他の苦情処理機関へ依頼する。
 - ・経過を記録する。
- ③
苦情解決
機関
 - ・苦情の原因分析を行い、改善、予防策を協議する。
 - ・申し出人へ報告する。
- ④
サービスの
向上へ
 - ・苦情に対する経過を職員に周知させる。
 - ・苦情内容を公表する。
 - ・二度と同じ苦情が出ないように改善していく。
 - ・苦情解決の経過を記録し、サービスの向上につなげる。

(2) 行政機関 その他苦情受付機関

| | |
|----------------|---|
| 諫早市高齢介護課 | 諫早市東小路町7番1号 TEL 0957-22-1500 FAX 0957-27-0111 |
| 長崎県国民健康保険団体連合会 | 長崎市今博多町8番地2 TEL 095-826-1599 FAX 095-826-1779 |
| 長崎県社会福祉協議会 | 長崎市茂里町3番24号 TEL 095-846-8600 FAX 095-844-5948 |

入居者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した時は、損害賠償を速やかに行います。（原因を解明し再発防止の対策を講じます。）

- 1 利用者が、当施設が提供する介護サービスにあたって事故が生じた場合は、速やかに利用者及び扶養者が指定する連絡先などに連絡を行うと共に、「事故防止マニュアル」に従い、必要な措置をとる。
 - ①当該サービス担当者が速やかに管理者に報告して指示に従い対応する。
 - ②当該サービス担当者または管理者が、速やかに当該利用者の家族へ連絡する。
 - ③当該サービス担当者が速やかに事故報告書を作成し、管理者へ提出すること。
 - ④管理者は提出された事故報告書を管理し、必要時及び提起的にミーティングを行う。
また、再発防止のための活動を組織的に行う。
 - ⑤サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う。
(保険：三井住友海上保険加入)

1 1. 非常災害時の対策

| | |
|----------------|---|
| 消防計画 | 別に定めます。 消防計画 平成31年 4月 8日 消防署へ届出 防火管理者 立川 真由美 |
| 避難訓練 | 年 2 回、火災、地震等を想定した訓練を行います。 |
| 防災設備 | 自動火災報知器 火災通報設備 煙感知器 スプリンクラー設備 ガス漏れ遮断器 誘導灯 火災誘導設備 |
| 防火管理者 火元責任者 | 立川真由美 立川真由美 |

令和 年 月 日

当事業所は、契約書及び重要事項説明書に基づき認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

事業者

所在地 長崎県諫早市多良見町元釜5番15号
名称 医療法人有葵会のぼる内科
グループホームゆうき

理事長 吉田 登 印

事業者番号 第4271102321号

説明者 職種 _____

氏名 _____

私は、契約書及び重要事項説明書に基づき、事業者から認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け同意しました。

利用者 氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)