

指定認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

1 グループホームはしかみ苑の概要

(1) 事業所の概要

施設名	グループホームはしかみ苑
所在地	青森県三戸郡階上町蒼前西7丁目9-407
電話番号	0178-80-1818
FAX番号	0178-80-1811
事業所番号	0292700051

(2) 当施設の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	合計	業務内容
管理者兼計画 作成担当者	介護支援専門員 (介護福祉士)	1名		1名	<ul style="list-style-type: none"> 業務の管理全般 認知症対応型共同生活介護計画の作成 入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助
計画作成 担当者	介護支援専門員 (介護福祉士)	1名		1名	<ul style="list-style-type: none"> 認知症対応型共同生活介護計画の作成 入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助
介護従事者	介護福祉士	9名	名	9名	<ul style="list-style-type: none"> 入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助
	ヘルパー1級 (実務者研修)	1名	名	1名	
	ヘルパー2級 (初任者研修)	1名	名	1名	
	介護職員	1名	1名	2名	
職員の 勤務形態	①早番	7:00~16:00	2名(1階	1名、2階	1名)
	②日勤	9:00~18:00	2名(1階	1名、2階	1名)
	③遅番	10:00~19:00	2名(1階	1名、2階	1名)
	④夜勤	16:00~翌9:00	2名(1階	1名、2階	1名)

(3) 当事業所の設備の概要

定員	2ユニット 18人(全室1人部屋) (1階 9人 2階 9人)	居室面積	1階 11.34㎡4部屋 12.96㎡5部屋 2階 11.34㎡3部屋 12.96㎡6部屋
居間	1階 16.20㎡ 2階 12.96㎡	食堂	1階 25.92㎡ 2階 25.92㎡
浴室	ユニット式 1階 4.86㎡ ユニット式 2階 4.05㎡		

2 当施設の特徴等

(1) 運営の方針

指定認知症対応型共同生活介護を通じて地域社会の人々の幸せに貢献します。

利用者自身の人生を尊重し、その人らしく暮らせるよう明るく家庭的な環境づくりをいたします。

(2) サービス利用のために

事項	備考
認知症性老人の介護経験者	認知症介護実践研修(実践者研修) 修了者8名在籍。 認知症介護実践研修(実践リーダー研修) 修了者2名在籍。
従業員への研修の実施	キャリアアップのため、随時必要な研修等を受講しています。
サービスマニュアル	サービスマニュアルに添った適切なサービスを提供します。

(3) サービス利用に当たっての留意事項

面会	面会時間 午前9時～午後8時
外出・外泊	外出・外泊ともに届出書に、行き先、帰宅時間、外泊先の電話番号等を御記入のうえ、職員に提出してください。
金銭・貴重品の管理	原則としてお小遣い程度の金銭のみお預かり致します。 お小遣いは事務室でお預かりし、必要な時に御本人へお渡しします。多額の現金・預金通帳・印鑑などの資産的な物はお持ちにならないよう御家族に協力をお願いします。また、個人の資産管理を施設がお受けすることは出来ません。お小遣い以外の貴重品が紛失した場合、施設では責任を負い兼ねます。
所持品の持ち込み	着替え、洗面道具、洗濯洗剤などの日用品並びにオムツは各自で用意願います。所持品にはお名前を記入してください。
設備、器具の利用	各部屋にベッドを用意しますので、ご利用ください。 敷き布団・かけ布団・毛布・枕・シーツは施設に備えてあります。 食堂・居間の冷蔵庫・食器棚・テレビ・ビデオをご利用ください。 洗濯室の洗濯機と乾燥機を利用して各自で洗濯できます。但し、必要に応じて職員が支援します。

3 サービスの内容

サービス	内 容
食 事	朝食 午前7時～ 昼食 午後12時～ 夕食 午後6時～
入 浴	週に2回程度は入浴できます。ただし、状態に応じ、清拭となる場合もあります。
生 活 相 談	管理者又は計画作成担当者に、日常生活に関することなどについて相談できます。
介 護	食事・入浴・おトイレの介助など、生活全般に係る援助をいたします。
健 康 管 理	毎朝体温、血圧を測定します。万一、体調をくずされた場合は早急に八戸西病院の診察を受けるなどの対処をいたします。 訪問看護ステーションとの契約により、必要に応じて医療保険による訪問看護サービスが受けられます。 原則として医療機関への受診は、ご家族様に送迎をお願いいたします。但し、ご家族様での送迎が困難な場合には訪問診察の相談に応じます。
レクリエーション	毎月一回、季節に合った行事を企画します。 (遠足、バーベキュー、お誕生会など)

4 利用料金

(1) 介護保険利用料 (①から⑨までの自己負担額は利用者負担の割合が1割の場合の金額です。)

① 認知症対応型共同生活介護利用料Ⅱ (2ユニット以上)

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時 の1日当たりの自己負担額	月額目安 (31日)
要支援 2	7,490 円	749 円	23,219 円
要介護 1	7,530 円	753 円	23,343 円
要介護 2	7,880 円	788 円	24,428 円
要介護 3	8,120 円	812 円	25,172 円
要介護 4	8,280 円	828 円	25,668 円
要介護 5	8,450 円	845 円	26,195 円

② 初期加算 1日300円 (自己負担額30円)

※初期加算は、入所した日から起算して30日以内の期間加算します。

③ 医療連携体制加算 (I) 1日370円 (自己負担額37円)

④ サービス提供体制強化加算 (I) 1日220円 (自己負担額22円)

⑤ 看取り介護加算

【 死亡日以前 31～45日 】 1日 720円 (自己負担 72円)

【 死亡日以前 4～30日 】 1日 1,440円 (自己負担 144円)

【 死亡日前日及び前々日 】 1日 6,800円 (自己負担 680円)

【 死 亡 日 】 1日 12,800円 (自己負担 1,280円)

⑥ 科学的介護推進体制加算 1月 400円 (自己負担40円)

- ⑦ 退居時相談援助加算 1回 4,000円（自己負担400円）
※ 一人につき1回を限度として算定。
- ⑧ 若年性認知症利用者受入加算 1日 1,200円（自己負担120円）
- ⑨ 認知症専門ケア加算（I） 1日 30円（自己負担3円）
- ⑩ 認知症チームケア推進加算 1月 1,200円（自己負担120円）
- ⑪ 介護職員等処遇改善加算

合計自己負担介護費（基本サービス費＋各種加算減算）×18.6%

※介護職員等処遇改善加算は区分支給限度基準額の算定対象から除外されます。

※利用料の額は、介護報酬告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額の支払いを受けるものとします。

(2) 施設利用料（日額） ※介護保険外の金額です。 (R5.4.1 改定)

①家賃	②食材料料費	③水道光熱費	計	月額目安(31日)
1,000円	1,300円	400円	2,700円	83,700円

※1 入院及び外泊期間中の利用料については、その日数分の家賃のみのお支払いとなります（食費や水道光熱費は頂きません）。

2 個人専用の電気製品を居室に持ち込んで使用する場合は、別途、電気代をご負担いただきます。電気製品1台につき月額500円（持ち込む場合は、申請が必要です）。

(3) 【実費】 次の事項は個人でご負担いただきます。

- ① レクリエーションで交通機関を利用した際の交通費および入園料・入館料。
- ② クラブ活動の材料費（籐細工・手芸など）。

(4) 料金の支払方法

毎月10日前後に前月分の請求をいたします。当苑では毎月26日の自動口座引き落としを皆様にお願ひしております。自動引き落としの手続きが完了するまでは、月末までに施設窓口でお支払いいただくか、指定口座まで銀行振込でお支払いください。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申しください。当施設の職員がお伺ひいたします。

※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員と御相談ください。

(2) サービスの終了

① 利用者様のご都合でサービスを終了する場合
退所を希望する日の1週間前までにお申し出ください。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

(1) 利用者様が他の介護保険施設に入所した場合。

(2) 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）又は要支援1と認定された場合。

(3) 利用者様が亡くなられた場合。

③ その他

(1) 利用者様がサービス利用料金の支払を3か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず支払わない場合、またはお客様やご家族などが当施設や当施設のサービス従業員に

対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、サービス契約終了の14日前に文書で通知し、退所していただく場合があります。

(2) 利用者様の状態悪化に伴い入院された場合

6 サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当施設の苦情相談窓口

- ① 苦情受付担当者 林崎 光広
- ② 苦情解決責任者 事務責任者 久保沢 徳幸
- ③ 電話番号 0178-80-1818
- ④ FAX 0178-80-1811
- ⑤ 受付時間 毎日 午前8時30分～午後17時30分

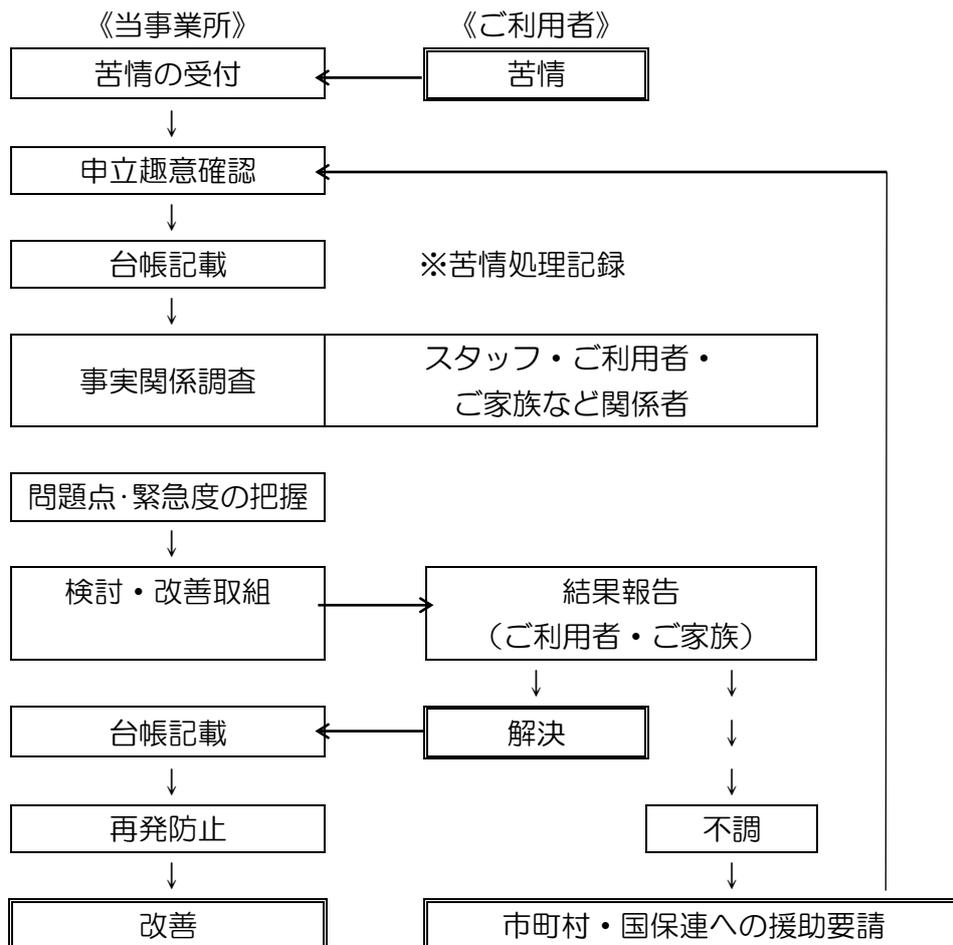
(2) 当施設以外の相談・苦情窓口

当施設以外に、下記の苦情相談窓口等にも苦情を伝えることができます。

医療法人仁泉会本部事務局

- ① 本部苦情解決責任者 事務局長 後藤 敦子
- ② 電話番号 0178-51-2590
- ③ FAX 0178-51-2591
- ④ 受付時間 月～金 8:30～17:30
土 8:30～12:30

(3) 苦情処理フロー



(4) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び青森県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝える事が出来ます。

(ア) 階上町介護福祉課

TEL 0178-88-2115

(イ) 五戸町介護支援課 TEL 0178-62-7956

(ウ) 青森県国民健康保険団体連合会(苦情処理委員会)

TEL 017-723-1336

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医・救急隊、ご家族等へ連絡いたします。

主治医	氏名			
	連絡先		電話番号	
ご家族	氏名			
	連絡先		電話番号	
協力医療機関	メディカルコート八戸西病院			
協力歯科 医療機関	あこう歯科医院			
連携施設	介護老人保健施設 はくじゅ 訪問看護ステーションえがおみょう サテライト ケアぷらすはしかみ			

8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。(当事業所は社団法人全国訪問看護事業協会と損害賠償保険契約を結んでいます。)

9 非常災害対策

防災時の対応	利用者の安全を第一に、避難誘導、通報、初期消火等を行います。
防災設備	スプリンクラー消火設備 避難誘導灯 消火器 自動火災報知設備 非常通報システム 通路誘導灯 非常灯
防災訓練	年に2回、避難訓練を実施します。
防災責任者	林崎 光広

10 秘密保持

(1) 事業者及びその従業者は、正当な理由がない限り、利用者に対するサービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らしません。

(2) 事業者は、その従業者が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らすこと

がないよう必要な措置を講じます。

- (3) 事業者は、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の、利用者の家族の個人情報を用いる場合は利用者の家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、それらの個人情報を用いませ
- ん。

11 権利と義務

(1) 利用者及び利用者代理人の権利

- ① 独自の生活歴を有する個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を維持すること。
- ② 生活やサービスにおいて、十分な情報が提供され、個人の自由や好み、および主体的な決定が尊重されること。
- ③ 安心感と自信がもてるよう配慮され、安全と衛生が保たれた環境で生活できること。
- ④ 自らの能力を最大限に発揮できるよう支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受けられること。
- ⑤ 必要に応じて適切な医療を受けることについて援助を受けられること。
- ⑥ 家族や大切な人との通信や交流の自由が保たれ、個人情報が守られること。
- ⑦ 地域社会の一員として生活し、選挙その他一般市民としての行為を行えること。
- ⑧ 暴力や虐待および身体的精神的束縛を受けないこと。
- ⑨ 生活やサービスにおいて、いかなる差別を受けないこと。
- ⑩ 生活やサービスについて職員に苦情を伝え、解決されない場合は、専門家または第三者機関の支援を受けること。(苦情受付窓口等は重要事項説明書に記載しています。)

(2) 利用者及び利用者代理人の義務

- ① 利用者の能力や健康状態についての情報を正しく事業者を提供すること。
- ② 他の利用者やその訪問者及び事業者の職員の権利を不当に侵害しないこと。
- ③ 特段の事情がない限り、事業者の取り決めやルール及び事業者またはその協力医師の指示に従うこと。ただし、利用者または利用者代理人が、介護や医療に関する事業者またはその協力医師の指示に従うことを拒否する旨を明示した書面を事業者に提示し、それによって起こるすべてについて利用者及び利用者代理人が責任を負うことを明らかにした場合はその限りではありません。
- ④ 事業者が提供する各種サービスに異議がある場合に、速やかに事業者に知らせること。
- ⑤ 市町村並びに介護保険法その他省令に基づく事業者への立ち入り調査について利用者および利用者代理人は協力すること。

12 自己評価及び外部評価について

自己評価及び外部評価については、年1回実施し、いつでも閲覧できるように事業所内に掲示します。

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づき、重要な事項を説明しました。

事業所 青森県三戸郡階上町蒼前西7丁目9-407
グループホームはしかみ苑

説明者氏名.....

私は、本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護についての重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

【利用者】

住所 _____

氏名 _____

利用者は、心身の状況等により署名できないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

【代理人】(利用者との関係 _____)

住所 _____

氏名 _____