

指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業 グループホームしろがね重要事項説明書

1 目的

本事業は、認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるように支援することを目的とする。

2 運営の方針

本事業において提供する(介護予防)認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。

- (1) 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
- (2) 利用者及びその家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。
- (3) 適切な介護技術をもってサービスを提供する。
- (4) 市町村、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業者、介護老人保健施設、医療機関等との連携に勤める。

3 提供するサービスについての相談窓口

電話番号 0178-32-1577

担当者 管理者 藤森 隆之

4 グループホームしろがねの概要

(1) 事業所の概要

施設名	グループホームしろがね
所在地	八戸市白銀台三丁目11番地3
電話番号	0178-32-1577
FAX番号	0178-35-1577
事業所番号	指定事業所番号 0270301104
施設規模	各ユニット9名ずつ、2ユニット

(2) 同事業所の職員体制

(やすらぎ ― 1ユニット)

職名	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
計画作成担当者 (介護福祉士)	介護福祉士	1		介護計画の作成 介護業務の提供	1
介護職員	介護福祉士	6		介護業務の提供	8
	初任者研修		2		

(ふれあい ― 1ユニット)

職名	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者 計画作成担当者 (介護支援専門員)	介護福祉士 介護支援専門員	1		従業者及び業務の管理 介護業務の提供 介護計画の作成	1
介護職員	介護福祉士	4	1	介護業務の提供	7
	介護職員 (認知症介護基礎研修)	1	1		

(3) 同事業所職員の勤務形態

職員の勤務形態	① 早番 7:00～16:00 ② 日勤 8:30～17:30 ③ 日勤 9:00～18:00 ※半日(4h)勤務あり ④ 遅番 9:45～18:45 ⑤ 夜勤 16:00～翌9:00
---------	---

5 サービス利用に当たっての留意事項

面会	面会時間 8:00～20:00 (来訪者が宿泊する場合は、必ず許可を得てください)
外出・外泊	外出や外泊の際には、外出・外泊届を提出して下さい。
金銭・貴重品の管理	日常に必要な少額な金銭と貴重品のみ保管管理致します。
所持品の持ち込み	なじみの所持品を持ち込みいただけます。

6 サービスの内容

サービス	内 容
食事	朝食 7：00～ 昼食 12：00～ 夕食 18：00～
入浴	週に最低2回入浴していただきます。
生活相談	日常生活に関することなどについて相談できます。
介護	心身の状況や希望を踏まえて介護計画を作成し、サービスを提供します。
健康管理	医療機関と連携し、健康管理を行っています。
レクリエーション	月1度はイベントを実施しています。
生活時間帯	6：00～21：00

7 利用料金

(1) 利用料（(ア) から (ク) 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。）

(ア) (介護予防) 認知症対応型共同生活介護利用料Ⅱ（2ユニット以上）

介護度	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額
要支援2	7,490 円	749 円
要介護度1	7,530 円	753 円
要介護度2	7,880 円	788 円
要介護度3	8,120 円	812 円
要介護度4	8,280 円	828 円
要介護度5	8,450 円	845 円

(イ) 初期加算

1日あたり 300 円（自己負担額 30 円）

※初期加算は、入居した日から起算して30日以内の期間について、入院・外泊期間を除き加算します。

(ウ) 医療連携体制加算

1日あたり 370 円 （自己負担額 37 円）

(エ) サービス提供体制強化加算 (I)

1日あたり 220 円 （自己負担額 22 円）

(オ) 科学的介護推進体制加算

1 月あたり 400 円 (自己負担額 40 円)

(カ) 若年性認知症利用者受入加算

1 日あたり 1,200 円 (自己負担額 120 円)

(キ) 認知症専門ケア加算 (Ⅰ)

1 日あたり 30 円 (自己負担額 3 円)

(ク) 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)

(ケ) 認知症チームケア推進加算 (Ⅱ) 1 月 1,200 円 (自己負担 120 円)

(コ) 生産性向上推進体制加算 (Ⅱ) 1 月 100 円 (自己負担 10 円)

(サ) 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。

(シ) 介護保険サービス以外の利用料

家 賃		1 ヶ月 (31 日) 55,800 円 (1 日あたり 1,800 円) ◎生保 1 ヶ月 30,000 円 ※月途中で入退所の場合は日割計算します。
水道光熱費		1 ヶ月 (31 日) 15,500 円 (1 日あたり 500 円) ※月途中で入退所の場合は日割計算します。 ※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。)
食 材 費		1 日あたり 1,300 円
その他	オムツ代	パット 25 円 / 1 枚 紙おむつ、リハビリパンツ 150 円 / 1 枚 エコギャザー 55 円 / 1 枚

ただし、入院及び外泊期間は、その日数分の家賃をご請求いたします。

(2) 支払方法

毎月 10 日に前月分をご請求しますので、末日までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払い方法は、銀行振込・現金支払のいずれかをお選びください。

8 サービス内容に関する苦情・相談

(1) 当施設の苦情相談窓口

- ① 苦情受付担当者 藤森 隆之
- ② 苦情解決責任者 事務責任者 久保沢 徳幸
- ③ 電 話 番 号 0178-32-1577
- ④ F A X 0178-35-1577
- ⑤ 受 付 時 間 毎日 午前8時30分～午後17時30分

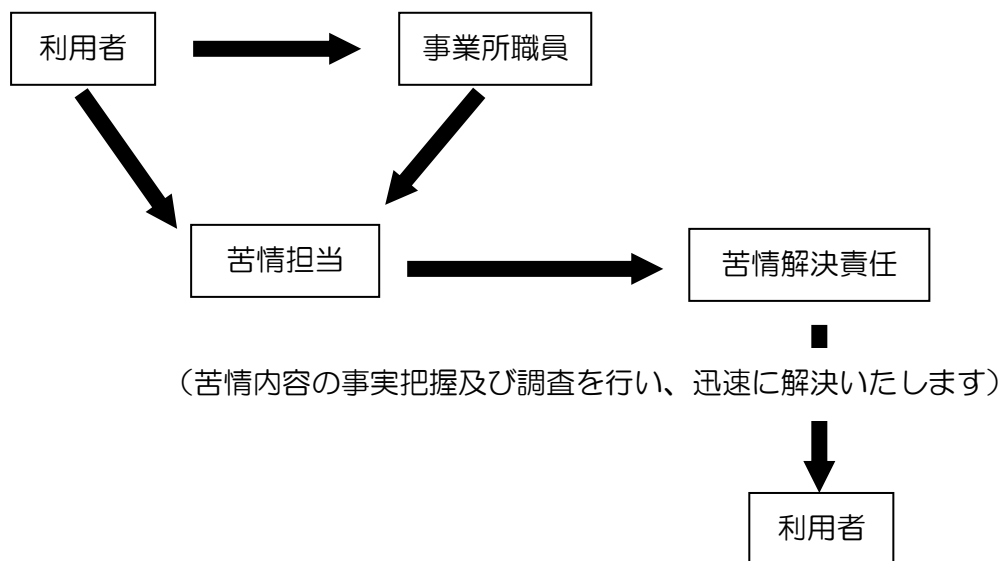
(2) 当施設以外の相談・苦情窓口

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 F A X 0178-51-2591
- ④ 受 付 時 間 月～金 8:30～17:30
土 8:30～12:30

(3) 苦情処理体制



(4) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村又は青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

(ア) 八戸市介護保険課

電話：0178-43-9292

(イ) 青森県国民健康保険団体連合会（苦情処理委員会）

電話：017-723-1336

9 医療連携体制について

利用者に対し、適切な医療、看護、介護の提供及び、病状急変時や重度化により看取りの必要が生じた場合、主治医や協力病院、訪問看護ステーションと連携を図り、適切な措置を

講じます。

（協力医療機関：メディカルコート八戸西病院・訪問看護ステーション ケアポート）

10 重度化及び看取りについて

看取り介護が発生した場合（医師により医学的に回復の見込みがないと判断したとき）は、本人又は家族に対し、主治医からの説明とケアに携わる職員、関係機関との体制を整え、当ホームの「利用者の重度化及び看取り介護に関する指針」に則り、同意書及び契約書を取り交わした上で、看取り介護を開始します。

11 事故発生時の対応

グループホーム介護の提供により事故が発生した場合は、利用者がお住まいの市町村、ご家族に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対して当事業所のサービスにより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。（当事業所はあいおいニッセイ同和損害保険㈱と損害賠償保険契約を結んでおります）

12 非常災害対策

（１）非常災害が発生した場合、利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は日常的に具体的な対処方法、避難経路、及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。

（２）非常災害に備え、定期的に地域の協力機関等との連携を図り避難訓練を行います。

13 秘密の保持について

（１）当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

（２）当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

（３）事業者は、利用者の医療上緊急の必要がある場合やサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

14 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事業所内に掲示いたします。

令和 年 月 日

（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、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所所在地 八戸市白銀台三丁目11番地3
名 称 医療法人仁泉会 グループホームしろがね

説明者氏名 _____

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事項の説明を受け、サービスの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 _____