

重要事項説明書

(認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護)

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始にあたり、介護保険法関係法令に基づき、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. ご利用の事業所

事業所の名称	グループホーム 希望の里
運営主体	社会福祉法人 相清福祉会
代表者名	理事長 相川文仁
事業所の所在地	山口市鋳銭司12361番地3
電話番号	083-986-3186
指定事業所番号	3570300453

2. 事業の目的と運営の方針

- 利用者が、可能な限りその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにサービスを提供します。
- 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供は、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたって、必要なサービスの提供を行います。
- 市町村、居宅介護支援事業所、他のサービス事業所等関係機関との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3. 主な職員の職種、人数及び職務

職 種	員 数	職 務 内 容
管 理 者	常勤1名	事業所の従事者の管理及び業務の統括に関すること。介護職員としても兼務
計画作成担当者	常勤1名	事業の計画作成に関すること。介護職員として兼務
介 護 職 員	常勤専従6名以上	利用者に対する入浴、排泄、食事等の介護に関すること。

* 勤務時間

- | | |
|----------------|-------------------------|
| ①7:00~16:00 | ⑦9:00~15:00 (育児のため時間短縮) |
| ②8:30~17:30 | ⑧8:00~17:00 |
| ③10:00~19:00 | |
| ④9:00~16:00 | ※勤務体制 |
| ⑤16:00~翌日10:00 | ①日中 2名以上 |
| ⑥8:30~12:30 | ②夜間 1名 |

4. 実施するサービスと利用料金

提供するサービスについて

- ① 利用料金が介護保険から給付されるサービス。
- ② 全額自己負担していただくサービス（別記）があります。

（１） 介護保険給付対象サービス

～利用料金の大部分が介護保険から給付されるサービス～

種 類	内 容
食 事	利用者と職員との共同調理。 ただし、材料費部分は別途いただきます。
入 浴	毎日の入浴が可能です。
排 泄	利用者の能力に合わせた排泄援助。
機 能 訓 練	利用者の状況、希望に応じての日常生活上必要な機能の回復、減退予防訓練。
自 立 へ の 支 援	清潔、整容、更衣、離床への配慮等。

※利用者と職員との共同生活の中で行います。

サービス利用料金

利用料金は要介護度に応じて決まっています。

介護保険給付費額を差し引いた額（自己負担額）をお支払いください。

（料金表） 介護保険負担割合証で１割負担の場合

要 介 護 度	要支援 2	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
サービス利用料金	7,610 円	7,650 円	8,010 円	8,240 円	8,410 円	8,590 円
うち介護保険から 給付される金額	6,849 円	6,885 円	7,209 円	7,416 円	7,569 円	7,731 円
自 己 負 担 額	761 円	765 円	801 円	824 円	841 円	859 円

入所して３０日の期間は、初期加算として日額３００円（自己負担３０円）加算されます。

認知症専門ケア加算（Ⅰ）、日額３０円（自己負担３円）加算されます。

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）、日額２２０円（自己負担２２円）加算されます。

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（総単位数にサービス別加算率 11.1% を乗じた単位数）、
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）総単位数にサービス別加算率 3.1% を乗じた単位数が加算されます。介護職員等ベースアップ等支援加算

看取り介護加算

（死亡日以前31日以上45日以下）日額720円（自己負担72円）
（死亡日以前4日以上30日以下）日額1,440円（自己負担144円）
（死亡日以前2日又は3日）日額6,800円（自己負担680円）
（死亡日）12,800円（自己負担1,280円）が加算されます。

医療連携体制加算 日額 370 円（自己負担 37 円）が加算されます。

ただし要支援2の方は対象外となります。

※償還払いについて

法定代理サービスを希望されない場合は、いったんサービス料金を全額お支払いいただく場合があります。その場合は後日、お住まいの市町村役場で申請していただくと、負担割合に応じてサービス利用料金が払い戻されます。その申請に必要な「サービス提供証明書」を発行します。

(2) 介護保険給付対象とならないサービス

～全額ご利用者の負担となるサービス～

種 類	内 容
食材料費	1日 1,595円 (朝食 495円・昼食 550円、夕食 550円)
居室の利用料(家賃)	(大) 43,400円 1ヶ月 (中) 37,400円 (小) 31,400円
水光熱費	1日 300円
レクリエーション クラブ活動	材料費等実費 ご希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加した場合。
その他必要となる 諸費用	実費 医療費、電話代、オムツ代、ベッドマットリース料、クリーニング代、理美容代等

(3) 入院期間の利用料金について

入院期間については、概ね30日程度は居室を確保いたしますので、入院2日目より居室料日割りにて申し受け、食材料費、水光熱費は徴収しません。
外泊時については、居室の利用料、水光熱費は徴収させていただきます。

5、短期利用型について

利用者の入院や退居により、空き部屋がある場合には、短期入所を行います。

(料金表) 介護保険負担割合証で1割負担の場合

要 介 護 度	要支援2	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
サービス利用料金	7,890円	7,930円	8,290円	8,540円	8,700円	8,870円
うち介護保険から 給付される金額	7,101円	7,137円	7,461円	7,686円	7,830円	7,983円
自 己 負 担 額	789円	793円	829円	854円	870円	887円

6、利用定員

9人

7、居室の概要

9人(個室)

8、協力医療機関について

- 1、入所者の心身の状態に異変その他緊急事態が生じたときは、主治医又は協力医療機関にて適切な措置を講ずる。
- 2、入所者に健康上の急変があった場合は、関係機関もしくは適切に医療機関と連絡を取り、救急医療等の適切な措置を講ずる。
- 3、協力医療機関を定めておく。
- 4、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護保険施設、病院等との間の連携及び支援の体制を整える。

◎医療が必要となった場合、下記の医療機関にて入院及び治療が受けられます。

1. 連携医療機関

名 称	相川医院	阿知須同仁病院	内田歯科
所在地	山口市鑄銭司 5964 番地の1	山口市阿知須 4241	山口市鑄銭司 5672 番地 1
電話番号	083-986-2177	0836-65-5555	083-985-0418

※当施設は、緊急な場合に備え、利用者及び家族の情報を上記医療機関に提供します。ただし、医療機関での優先的な治療等を保証するものではありません。また、医療機関での治療等を義務付けるものでもありません。

2. 連携訪問看護ステーション

当施設は、契約訪問看護ステーションと情報を共有し、携帯電話を活用し24時間連携をとります。

名 称	連 絡 先	管 理 者
相川医院さきがけ 訪問看護ステーション	山口市鑄銭司 5964 番地の1 090-7124-1866 090-3170-6863	富永和枝

9、重度化、看取り介護について

- (1) 重度化対応に関する指針に基づき質の高いサービスを提供します。利用者が人道的且つ、安らかな終末を迎えることができるように、可能な限り尊厳と安楽を保てるようにサービスを提供します。
- (2) 看取り介護は、重度化に伴い事前に身元引受人に今後の方向を文章にて伺い、同意を頂きます。その後、医師の指示により多職種協働のもとで利用者及び家族の尊厳を支えるサービスの提供に努めます。

10、施設に入居していただく場合

サービスの利用にあたっては、主治医による認知症の診断書の提出をいただき、その上で契約を結び、サービスの提供を開始します。

施設を退居していただく場合

契約書では特に契約期間は定めていません。

いつでも契約の解除を申し出ていただき、施設を退居していただくことができます。

施設から退居をお願いする主な場合（契約書 第18条）

- ① 心身の状況等について不実の告知、又は故意に事実を告げなかった場合等、契約を継続し難い事態が生じた場合。
- ② サービス利用料金の支払いが1ヵ月遅延した場合。
- ③ 従業員又は他の利用者等の生命、身体、財産等を傷つけたり、不信行為を行ったりして、契約の継続を持続し難い事態が生じた場合。
- ④ 要介護度が「自立（非該当）」又は「要支援1」と判断された場合。
- ⑤ 他の介護保険施設に入所した場合。
- ⑥ 病院又は診療所に入院した場合。（居室の確保は30日程度）
- ⑦ 長期間外泊し、帰苑の見込みがない場合。

1 1、虐待の防止について

入所者等の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- （1）虐待防止に関する責任者を選定します。 責任者 管理者 寺山幸司
- （2）成年後見制度の利用を支援します。
- （3）虐待等に関する苦情解決体制を整備し、記録を行っています。
- （4）従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- （5）サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町に通報するものとします。

1 2、苦情等の受付

苦情があった場合は、速やかに管理者が相手方に連絡を取り、詳しい事情を聞きます。管理者が必要であると判断した場合は、検討会議を開催し、検討の結果については翌日までには具体的な対応を行います。また、賠償責任が生じた場合には速やかに保険会社に連絡し対応を検討するとともに、すべての処理結果を台帳に保管し、再発を防ぐために役立てます。

グループホーム 希望の里	窓口担当者	寺山幸司
	連絡先	083-986-3186
	第三者委員	亀山靖爾 ・ 光永倫紀

利用者に該当する保険者と山口県国民健康保険団体連合会の連絡先

- ・ 山口市介護保険課 083-934-2795
- ・ 山口市川東地域包括支援センター 083-986-2077
- ・ 県国民健康保険団体連合会（国保連）
介護サービス苦情相談窓口 083-995-1010 （山口市朝田 1980-7）

1 3、秘密の保持

業務上知り得た利用者又はご家族の情報は、その目的以外には決して用いません。

14、事故発生時の対応

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供において、利用者に、万一事故が発生した場合、速やかに関係市町村、家族等に連絡し、必要な対応を行います。

15、身体の拘束について

利用者や他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急のやむを得ない場合を除き、身体的拘束その他行動の制限は行いません。又、やむを得ない場合については、事前又は事後速やかに身元引受人に対して、利用者に対する行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について説明します。

16、運営推進会議

運営推進会議において、活動状況を報告し評価を受け、必要な要望、助言等を聞き、会議内容を記録し公表します。ご家族の出席をさせていただきます。

17、情報の開示

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供において、常に自己評価を行うとともに、定期的に外部評価を受け、結果を公表します。

18、提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価を実施しております、

実施した直近の年月日	実施した評価機関の名称	評価結果の開示状況
令和5年9月	一般社団法人 広島県シルバーサービス振興会	玄関先に保管し 閲覧可能

19、非常災害時の通報及び連絡体制

非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、非常災害に関する具体的な通報・連絡体制の周知を図ります。

20、非常災害時の対策

- ①火災発生時 発見者は初期消火にあたるとともに、火災を最小限に食い止めるよう手段をとります。また、速やかに関係機関へ通報の上、安全を確保しながら避難誘導を行います。誘導中に体調不良や負傷した場合は適切に処置を行うとともに状況の把握に努めます。
- ②停電対策 日頃から懐中電灯、電池等点火物の位置を把握しておき、直ぐに使用できるようにしておきます。
- ③地震対策 安全を確保しながら揺れが収まるまで待機し、避難が必要なときは、利用者の安全を確認しながら避難口より効率よく避難します。負傷者がいた場合はけがの程度を確認し、早急に対応します。なお、火災発生の有無を確認し、発見されれば初期消火を行うとともに、全体の状況把握に努めます。
- ④風水害の場合 テレビ・ラジオ・インターネット等で情報を入手し必要な備えを行います。職員や利用者へ定期的に情報を伝えることにより、不安になることがないよう支援します。緊急避難の際には、利用者の身体状況に応じて、冷静な対応が取れるよう、あらかじめ決められた避難方法を確認します。

本契約を証するため、本書を2通作成し、記名捺印の上甲乙各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

〔利用者 甲〕

私は、契約の締結にあたり、乙から認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスに関する個人情報使用同意書・重要事項説明書の説明に同意し、本契約を申し込みます。

住 所

氏 名

(代筆)

印

第一身元引受人

住 所

氏 名

印

電 話

第二身元引受人

住 所

氏 名

印

電 話

〔事業者 乙〕

当事業所は、甲の申込を受け、本契約に定める義務を誠実に履行します。

住 所

山口市鑄銭司12361番地3

名 称

社会福祉法人 相清福祉会

グループホーム 希望の里

代 表 者

理 事 長 相 川 文 仁

印

電 話

083-986-3186

当事業所は、認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始にあたり、個人情報使用同意書及び重要事項説明書に基づき説明しました。

事業者名称 グループホーム 希望の里

説明者氏名

印