

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービス

重要事項説明書（短期利用共同生活介護兼用）

〔平成28年1月1日〕

1. 事業主体の概要
2. グループホームの概要
3. 職員体制
4. 介護職員の勤務体制
5. 利用者の状況
6. サービス及び利用料金等
7. 協力医療機関
8. 協力歯科医療機関
9. 苦情相談機関
10. 事故発生への対応
11. 契約の終了
12. 秘密保守
13. 損害賠償
14. 身体拘束の禁止
15. ホームの利用に当たっての留意事項

〔社会福祉法人大内さつき会 グループホーム たいよう〕

1. 事業主体の概要

事業主体名	社会福祉法人大内さつき会
法人の種類	社会福祉法人
代表者	理事長 鈴木 文 登
所在地	秋田県由利本荘市岩谷町字ハケノ下80番地2
基本金	13,406,000円
法人の理念	<p>1. 基本的な人権の尊重 利用者の意思及び人格を尊重し、公平・公正な施設運営に努める。</p> <p>2. 健全育成のための援助と支援の実現 施設サービス計画に基づいた居宅における生活への復帰を念頭において介護サービスを行う。</p> <p>3. 社会的自立の援助 社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行う。</p> <p>4. 地域福祉との連携 地域や家庭との結びつき、市町村をはじめとする各関係機関と密接な連携に努める。</p>
他の介護保険関連の事業	<p>第一種社会福祉事業</p> <p>(1) 特別養護老人ホームおおうち (定員50名)</p> <p>(2) 軽費老人ホームケアハウスみらい (定員15名)</p> <p>第二種社会福祉事業</p> <p>(1) 指定短期入所生活介護事業 (定員20名)</p> <p>(2) 指定認知症対応型共同生活介護事業 (1ユニット 9名)</p> <p>(3) 指定通所介護兼介護予防事業所 (定員20名)</p>
他の介護保険以外の事業	

2. グループホームの概要

ホームの名称	グループホーム たいよう
ホームの目的	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、排泄等の日常生活上の世話及び心身の機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して、安心と尊厳のある生活を営むことができるよう支援することを目的とする。
ホームの運営方針	主役である、利用者本人の希望・主観・自己決定の権利を尊重して、残存能力をフルに活用した、穏やかな生活の支援に努めます。
ホームの責任者	千葉 みちる
開設年月日	平成16年12月1日
保険事業者指定番号	0572510667
所在地 電話番号・FAX番号	秋田県由利本荘市岩谷町字ハケノ下80番地2 TEL 0184-65-2933 FAX 0184-65-2934
交通の便	JR岩谷駅よりタクシーで5分 羽後交通バス(JA秋田しんせい大内支店バス停下車) 徒歩5分
建物・敷地の概要	木造平屋建 延床面積275.31㎡(83.4坪) 敷地4,714㎡
居室等の概要	居室9室 10.57㎡ (3.2坪) (各室ベット設置) 食堂兼居間 1カ所 58.39㎡ 浴室 1カ所 4.09㎡ 脱衣所 1カ所 5.46㎡ 洗濯コーナー 1カ所 8.19㎡ 便所 2カ所 9.76㎡ 冷暖房エアコン完備 (廊下、食堂・プレーコーナー床暖)
緊急対応方法	利用者の心身の状態に異変その他の緊急事態が生じたときは、主治医又は協力医療機関と連絡をとり適切な処置を講じます。
防犯・防災・避難設備の概要	防犯：玄関、廊下にビデオカメラ設置注視しています。 防災：スプリンクラー・火災報知器・粉末消火器・誘導灯・常夜灯 避難：非常口と玄関、台所出入り口から避難できます。
損害賠償責任保険	加入先：あいおいニッセイ同和損保

3. 職員体制

職員の職種	常勤	非常勤	計	備考
管理者	1名		1名	計画作成担当者、介護職員と兼務
計画作成担当者	(1)名		(1)名	管理者、介護職員と兼務
介護職員	8(1)名	1名	9(1)名	管理者、計画作成担当者と兼務

4. 介護職員の勤務体制

昼間体制	早出 1人			7時00分 ~ 16時00分	
	3~4人	うち 日勤 1~2人		8時45分 ~ 17時45分	
		遅出 1人		10時00分 ~ 19時00分	
夜間体制	1人	宿直・夜勤の別	夜勤	16時00分 ~ 0時00分	
	1人	宿直・夜勤の別	夜勤	0時00分 ~ 8時00分	

5. 利用者の状況 (平成27年12月31現在)

利用者数	1ユニット 定員9名					
要介護度別	要支援2 : 0人	要介護1 : 4人	要介護2 : 2人	要介護3 : 2人	要介護4 : 1人	要介護5 : 0人

6. サービス及び利用料等

(1) サービス種類

保険給付サービス	<p>食事、排泄、入浴(清拭)・着替えの介助等日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談、援助等</p> <p>上記については、包括的に提供され、下記の表による要介護度に応じて定められた金額(省令により変動あり)が自己負担となります。</p>
保険対象外サービス	<p>理容代 [実費]</p> <p>おむつ代 [個人で準備も可]</p> <p>医療費 [診療・薬代等]</p> <p>個人で使用する日用品費、買い物などにかかる費用</p> <p>洗濯代 下着、普段着等の小物はホームで洗濯する。 ただし、クリーニング店等に依頼するものについては実費</p> <p>※ 料金の改定は理由を付けて事前に連絡されます。</p>

(2) 自己負担金

①指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護

「指定認知症」及び「予防認知症」に係る利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該「指定認知症」及び「予防認知症」が法定代理受領サービスであるときは、保険者が交付する負担割合証による負担割合とする。

【施設利用料】（厚生労働大臣が定める基準額）

1日あたりの自己負担額

要支援2	755円	要介護3	818円
要介護1	759円	要介護4	835円
要介護2	795円	要介護5	852円

【初期加算】（厚生労働大臣が定める基準額）

入所時及び1か月以上の長期入院を要し、退院した場合、30日に限り、上記料金に30円の加算となります。

【サービス提供体制強化加算Ⅱ】（厚生労働大臣が定める基準額）

1日当たり6円の加算となります。

【介護職員処遇改善加算】（厚生労働大臣が定める基準額）

施設利用料と上記加算金額の合計額の8.3%

【その他の利用料】

家賃（月額）25,000円 水道光熱費（月額）5,000円
食費（日額）1,000円

※月の途中の入退所については、日割り計算とする。

入院期間中でも、利用料の家賃相当は負担するものとする。

ただし、短期利用共同生活介護の利用があった場合は、日割り(歴日)計算とする。

②指定（介護予防）認知症対応型短期利用生活介護（利用日数は30日間が限度）

短期利用共同生活介護に係る利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該短期利用共同生活介護が法定代理受領サービスであるときは、保険者が交付する負担割合証による負担割合とする。

【施設利用料】（厚生労働大臣が定める基準額）			
1日あたりの自己負担額			
要支援2	783円	要介護3	847円
要介護1	787円	要介護4	863円
要介護2	823円	要介護5	880円
【サービス提供体制強化加算Ⅱ】（厚生労働大臣が定める基準額）			
1日当たり6円の加算となります。			
【介護職員処遇改善加算】（厚生労働大臣が定める基準額）			
施設利用料と上記加算金額の合計額の8.3%			
【その他の利用料】			
家賃（日額）	833円	水道光熱費（日額）	166円
食費（日額）	1,000円		

(3) その他

個人消耗品の費用	<input type="radio"/> おむつ代（持参のない場合） 円 <input type="radio"/> 個人で使用した消耗品等は実費精算で自己負担となります。
----------	--

(4) 支払方法（契約書第8条3項4項）

<p>料金・費用は毎月10日まで前月の利用料等を請求いたしますので、請求日の月の25日まで以下の方法でお支払いください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 当施設窓口での現金支払い。 <input type="radio"/> 金融機関への振込支払い（振り込み手数料はお客様がお支払いください。） JA秋田しんせい大内支店 [口座番号] 3554352 羽後信用金庫大内支店 [口座番号] 0104407 <input type="radio"/> 当施設に預り金管理を委任された方は所定の通帳より引落としとさせていただきます。 <input type="radio"/> 利用者の指定する金融機関口座より自動引落の手続きもできます。 （町内の3金融機関 JA・信用金庫・郵便局）

7. 協力医療機関

協力医療機関名	由利組合総合病院	電話番号	0184-27-1200
診療科	内科、消化器科、精神科、外科、整形外科、耳鼻咽喉科等22科		
所在地	由利本荘市川口字家後38	救急指定	あり

8. 協力歯科医療機関

名称	鈴木歯科医院	電話番号	0184-65-2685
住所	秋田県由利本荘市大内三川字白山田87		

9. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	受付窓口にご意見箱設置 担当者 千葉みちる(管理者) 電話0184-65-2933
外部苦情申立て機関	秋田県運営適正化委員会(秋田県社会福祉会館2階) [電話018-864-2726 FAX018-864-2742] 由利本荘市大内総合支所福祉保健課 [電話0184-65-2806 FAX0184-65-2610] 本荘由利広域市町村圏組合(本荘由利広域行政センター内) [電話0184-24-3347 FAX0184-24-3359] 秋田県国民健康保険団体連合会介護保険課 [電話018-862-3850 FAX018-883-1551]

10. 事故発生時の対応

利用者の心身に異変その他緊急の事態が生じたときには、速やかに主治医あるいは協力医療機関に連絡し措置を講じ、家族、市、支援事業者、担当介護支援専門員等への連絡を徹底いたします。

11. 契約の終了 [契約書第13条、第14条、第15条]

I. 認知症対応型共同生活介護の利用者

- (1) 利用者の都合でサービスを終了する場合
 - ①文書で30日の予告期間をもってお申し出くだされば解約できます。
- (2) 当事業所の都合でサービスを終了する場合
 - ①正当な理由がなく、利用料を3か月以上延滞したとき。
 - ②利用者が医師の診断による、感染症疾患または、入院加療や継続的な治療が必要な状態となり、サービスの提供が困難になったとき。
 - ③利用者がサービス事業者や従業員、または当施設の他の利用者に対し著しい不信行為や迷惑行為があったとき。
 - ④利用者又は家族等が故意に法令、契約条項に重大な違反をし改善の見込みがないとき
- (3) 自動的に終了する場合
 - ①利用者が他の介護保険施設に入所したとき。
 - ②利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)または要支援1と認定されたとき。
 - ③利用者がお亡くなりになられたとき。

II. 短期利用共同生活介護の利用者

- ①契約期間終了日
- ②利用者が医師の診断による、感染症疾患または、入院加療や継続的な治療が必要な状態となり、サービスの提供が困難になったとき。
- ③利用者がサービス事業者や従業員、または当施設の他の利用者に対し著しい不信行為や迷惑行為があったとき。
- ④利用者又は家族等が故意に法令、契約条項に重大な違反をし改善の見込みがないとき
- ⑤利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)または要支援1と認定されたとき。
- ⑥利用者がお亡くなりになられたとき。

12. 秘密保守 [契約書第18条]

- (1) 保守義務
 - 当事業所がサービス提供をするうえで知り得た利用者に関する情報を正当な理由なく第三者には漏らしません
 - 利用者から同意を得ない限り、サービス担当者会議等において個人情報を用いませぬ。

13. 損害賠償 [契約書 第17条]

- (1) サービス利用に当たって不可抗力により生じた損害、事故の補償については、入居者・事業者双方で協議させていただきます。
- (2) 事業所内の設備、器具は本来の用途に従って利用いただきこれに反した利用により破損が生じた場合は、賠償していただくものとする。

14. 身体拘束の禁止

原則として利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及び家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

15. ホーム利用に当たっての留意事項は下記のとおりとする。

- ◎ 面会は 午前9時から午後9時まで。
- ◎ 消灯時間は 入居者の判断によります。
- ◎ 外出・外泊は 事前に届け出をし、管理者の許可を得ること。
- ◎ 飲酒は 職員の指示に従うこと。
- ◎ 喫煙は 所定の場所とし、居室内では禁止します。
- ◎ 火気の取扱いは 火災防止のため禁止します。
- ◎ 設備・備品の利用は 整理整頓をし、大切に使用すること。
- ◎ 所持品・備品の持ち込みは その都度、管理者の許可を得ること。
- ◎ 金銭・貴重品の管理は 高額の現金、貴重品は持ち込みを禁止します。
- ◎ 外泊時等の施設外での受診は 受診した場合は必ず施設に連絡をとること。
- ◎ 宗教活動は 禁止します。
- ◎ ペットの持ち込みは 禁止します。
- ◎ 利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の営利活動」は禁止します。
- ◎ 他利用者への迷惑行為は、禁止します。

大内さつき会グループホームたいよう

重要事項説明確認書

認知症対応型共同生活介護サービス提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

平成 年 月 日

指定認知症対応型共同生活介護事業所
グループホームたいよう

説明者職名 _____ 氏 名 _____ ㊟

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、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 _____

利用者氏名 _____ ㊟

署名代行者住所 _____

署名代行者氏名 _____ ㊟

利用者との関係 [_____]