

グループホーム 共生（ともいき） 重要事項説明書

（介護予防）認知症対応型共同生活介護（宮崎市指定 第 4590100790 号）
グループホーム 共生（ともいき）（以下「事業所」という。）は契約者の方に対して、（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業（以下「事業」という。）を提供致します。施設の概要及び提供されるサービス内容、契約上ご注意頂きたい事を下記のように説明致します。

※当事業所への入居は、介護保険の要介護認定を受けておられる方が入居対象となります。

1. 施設経営法人

| | |
|-------|------------------|
| 法人名 | 社会福祉法人 德榮会 |
| 法人所在地 | 宮崎県日南市大字楠原1840番地 |
| 電話番号 | 0987-21-2080 |
| 代表者氏名 | 理事長 河野 洋徳 |
| 設立年月日 | 平成11年12月1日 |

2. 利用施設

| | |
|--------|------------------|
| 施設の種類 | 認知症対応型共同生活介護 |
| 施設の名称 | グループホーム 共生（ともいき） |
| 施設の所在地 | 宮崎市清武町加納甲1317番地 |
| 電話番号 | 0985-55-6878 |
| 管理者氏名 | 杉尾 祐樹 |
| 開設年月日 | 平成26年4月1日 |
| 入居定員 | 9名 |
| 営業日 | 年中無休 |
| 営業時間 | 24時間 |

3. 事業の目的

社会福祉法人 德榮会が開設する（介護予防）認知症対応型共同生活介護「グループホーム共生（ともいき）」が行う指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業の（以下「事業」という）の適切な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業者が、要支援・要介護者であって認知症の状態にある者に対し適正な指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とします。

4. 事業の運営方針

指定（介護予防）認知症共同生活介護は、利用者の要支援・要介護状態の軽減若しくは悪化の防止の予防に資するよう、日常に必要な援助を妥当適正に行います。

5. 設備の構造及び面積

○木造平屋建て 284,57m² ※スプリンクラー設置

【居室等の概要】

| 居室・設備の種類 | 室 数 | 備 考 |
|----------|-----|-----------------|
| 居室（全室個室） | 9室 | 介護用電動ベッド、可動式タンス |
| 居間・食堂 | 1室 | |
| トイレ | 3か所 | 車椅子対応（1個所） |
| 脱衣所 | 1室 | |
| 浴室 | 2ヶ所 | ユニットバス、機械浴 |

6. 職員の職種、員数及び職務内容

（1）管理者 1名

管理者は、事業所の従業者の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている事業の実施に関し、事業者の従業者に対して遵守すべき事項について指揮・命令を行う。

（2）計画作成担当者 1名

利用者に応じた（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成し、適切に実施されているか評価を行う。

（3）介護従業者

介護職員 介護福祉士を中心に4名以上（常勤職員・非常勤職員）

介護従業者は、事業における日常生活全般の介護サービス提供に当たる。

（4）看護従業者

看護職員 看護師等1名以上（常勤職員・非常勤職員・訪問看護ステーション）

看護職員は、日常的な健康管理（健康上の異常の早期発見、悪化防止）及び医師との連絡調整、入退院の調整・相談及び必要な医療処置等を行いながら、介護サービス提供に当たる。

なお、事業所で配置できない場合は、他の訪問看護との連携によって入居者の健康管理に努める。

連絡先 医療法人社団 晴緑会

みやざき訪問看護ステーション

TEL 0985-32-7070

7. 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、希望により、下記協力医療機関において診察を受ける事が出来ます。但し、下記医療機関での優先的な診察を保証するものではありません。また、下記医療機関での診察を義務づけるものではありません。

(1) 協力医療機関

| | |
|---------|-------------------|
| 医療機関の名称 | ひなた在宅クリニック |
| 所在地 | 宮崎県宮崎市末広 2 丁目 1-3 |

| | |
|---------|---------------|
| 医療機関の名称 | 巴外科内科 |
| 所在地 | 宮崎県宮崎市恒久 5988 |

(2) 協力歯科医療機関

| | |
|---------|---------------------|
| 医療機関の名称 | やまもと歯科 |
| 所在地 | 宮崎県宮崎市清武町池田台北 34-88 |

8. 事業の内容

要介護者であって、認知症の状態にある者を対象に共同生活をおくる住居を準備し、利用者3人に1人以上の介護職員は配置（夜間は当直）し、共同生活の介護サービスを提供します。

【サービスの概要】

① 食事

- ・栄養並びに契約者の方の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・契約者の方の残存能力を考慮して自立支援の為、食事作りを手伝って頂く機会を多くもつようにします。
- ・食事時間の制限はありませんが、おおよその目安は

朝食：8時～9時　　昼食：12時～13時　　夕食：18時～19時　　となっています。
(外出、外泊される場合は、朝食：前日の19:00まで、昼食、夕食：2時間前までにご連絡をお願い致します。)

② 排泄

- ・契約者の方の状況に応じて、適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。

③ 入浴

- ・週3回以上の入浴または清拭を行います。
- ・寝たきり等で、座位保持を一時的にとる事が困難な方には機械浴を使用しての入浴が可能です。

④ 生活サービス

- ・日常生活上のお世話（離床・更衣・整容・掃除・洗濯等）を契約者の方の残存機能を活かしながら援助を行います。

⑤ 健康管理

- ・緊急時必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎを行います。
- ・入居者の方が、外部の医療機関に通院する場合は、その介添えに可能な限り対応を行います。

⑥ 相談援助

- ・契約者の方及びその御家族、代理人の方からの相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。

（相談窓口：管理者）

⑦ その他自立への支援

- ・契約者の方の力が最大限発揮でき、生活意欲が引き出せるよう契約者の方の趣味・嗜好に応じた多様なプログラムを取り入れます。

8. 非常災害対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

- （1）防火管理者は事業所管理者をあて、火元責任者には事業所介護職員をあてる。
- （2）始業時・終業時には、火元危険防止の為、自主点検を行う。
- （3）非常用災害の設備点検は契約保守業者に依頼する。点検の際は、防火管理者が立ち会う。
- （4）非常災害用設備は常に有効に保持するように努める。
- （5）火災発生や地震等の災害が発生した場合は、被害を最小限にとどめる為、自衛消防団を編成し任務の遂行にあたるものとする。
- （6）防火管理者は、従業者に対して防火教育、消防訓練を実施する。
 - ①防火教育及び基礎訓練（消火・通報・避難）・・・年2回以上
 - ②利用者を含めた総合訓練・・・年2回以上
 - ③非常災害用設備の使用方法の徹底・・・年2回以上

9. 苦情処理

本事業所は、提供したサービスに係る契約者及びその家族・代理人からの苦情に迅速かつ適切に対応する為、苦情を受ける為の窓口の設備、担当者の配備、事実関係の調査の実施、改善処置、利用者及びその家族・代理人に対する説明、記録の整備等必要な措置を講じるものとします。

- (1) 本事業所は、提供したサービスに関し、市町村が行う文書、その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問、若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村からの指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は、助言に従って必要な改善を行うものとする。
- (2) 本事業所は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告するものとする。
- (3) 本事業所は、提供した指定サービスに係る、利用者からの苦情に関してからの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告するものとする。
- (4) 本事業所は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告するものとする

○苦情受付窓口（担当者）～管理者 杉尾 祐樹

| | |
|-------------------------|--|
| 宮崎市役所 福祉部介護保険課 | 所在地 宮崎市橘通1-1-1 電話番号 0985-21-1777 受付時間 8:30~17:15 |
| 国民健康保険団体連合会 介護保険事務局 | 所在地 宮崎市下原231-1 電話番号 0985-35-5111 受付時間 8:30~17:15 |
| 宮崎県社会福祉協議会 | 所在地 宮崎市原町2番22号 電話番号 0985-22-3145 |
| 第3者委員 堀内ミサ子 川野 雄司 | 住 所 宮崎県日南市大字酒谷乙5056 電話番号 0987-25-1110 住 所 宮崎県小林市細野1892番地5 電話番号 0984-23-0158 |

10. 事故発生時等における対応

事業の提供を行っているときに利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医や協力医療機関等に連絡する等の必要な措置を講じます。

- (1) 利用者に対する指定サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じる。
- (2) 本事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して取った処置について記録する。
- (3) 事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止の対策を講じる。
- (4) 本事業所は、利用者に対する指定サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとする。
- (5) 利用者に対する指定サービス提供により、事業者は事故の責めに帰すべからざる事由によって生じた損害については、損害賠償責任を負わないものとする。
- (6) 本事業所は、前項の損害賠償の為に、損害賠償責任保険に加入する。

1.1. 運営推進会議

本事業所が地域に密着し、地域に開かれたものにするために、運営推進会議を設置します。

(1) 事業所は、運営推進会議の設置、運営等に関する事項について、運営推進会議規則を定める

1.2. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

(1) 等事業所は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

重要事項説明書（別表2：介護費）

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の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、法定代理受領サービスであるときは、負担割合証に応じた額とする。

なお、法定代理受領以外の利用料については、介護報酬の告示の額とする。

（1）基本介護費（介護保険自己負担分）

| 介護度 | 介護保険1割負担分 (1日) | 介護保険2割負担分 (1日) | 介護保険3割負担分 (1日) | 月額(30日) |
|------|-------------------|-------------------|-------------------|---------|
| 要支援2 | 749円 | 1498円 | 2247円 | 22,470円 |
| 要介護1 | 753円 | 1506円 | 2259円 | 22,590円 |
| 要介護2 | 788円 | 1576円 | 2364円 | 23,640円 |
| 要介護3 | 812円 | 1624円 | 2436円 | 24,360円 |
| 要介護4 | 828円 | 1656円 | 2484円 | 24,840円 |
| 要介護5 | 845円 | 1690円 | 2535円 | 25,350円 |

※入居後30日間に限り上記金額に1日あたり30円（30日あたり900円）加算となります。

※医療連携体制加算I（ハ）（日37単位）

※サービス提供体制加算III（回/6単位）

※看取り介護加算（死亡日以前・31～45日以下（72単位/日）・4～30日以下（144単位/日）
・2日又は3日（680単位/日）・死亡日（1,280単位/日））

※処遇改善加算 所定単位数に17.8%を乗じた単位数を算定します。

（2）その他の費用

| 項目 | 自己負担（1日） | 自己負担（月額） |
|---------|----------|----------|
| 居室費(増設) | 1,350円 | 40,500円 |
| 居 室 費 | 1,250円 | 37,500円 |
| 水 光 熱 費 | 400円 | 12,000円 |
| 食 材 料 費 | 1,400円 | 42,000円 |

①生活用品費～実費相当分を請求させて頂きます。

②おむつ代～実費相当分を請求させて頂きます。

③理美容代～実費相当分を請求させて頂きます。

④入浴～入浴は原則週3回となっています。

⑤通院介助の費用

- ・協力医療機関「ひなた在宅クリニック」「巴外科内科」「やまもと歯科」や、主治医へ受診される際の付き添い費は発生致しません。
- ・協力医療機関以外の病院受診に関しては、御家族の方や代理人の方に病院受診を依頼する事もございますので、予めご了承下さい。

⑥レクリエーション費～入場料が発生するような施設へ出かけ場合は、実費相当分を請求させて頂きます。

⑦その他の日常生活費

- ・利用者の方のご希望により、身の回り品（歯ブラシ、化粧品、ティッシュ、髭剃り等の個人用の日用品）や車いすや福祉用具の個人的な希望又は選択による物品の購入に関しては、実費を負担個人購入して頂きます。

⑧医療費

- ・全額実費負担して頂きます。

⑨洗濯代

- ・日常的な洗濯に関しては、施設にて対応させて頂きますが、クリーニング等外注物に関しては実費を請求させて頂きます。

令和　年　月　日

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスの提供に際し、料金の説明を行い、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護　　共生（ともいき）

説明者職名

氏　　名　　印

私は、本書面に基づいて料金の説明および重要事項の説明を受け、指定（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同意しました。

契約者住所

氏　　名　　印

代理人住所

氏　　名　　印

家族住所

氏　　名　　印