

重要事項説明書

(指定認知症対応型共同生活介護・指定介護予防認知症対応型共同生活介護)

1、 事業所の概要

事業所名	グループホーム亀山
所在地	〒710-0024 倉敷市亀山 773-1
介護保険事業所番号	3390201949
管理者・連絡先	桐野 悠真 TEL (086) 429-3333 FAX (086) 420-1070

2、 事業所の介護サービスの方針

運営方針

- ① 指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護（以下「介護サービス」という）の従事者は、要介護又は要支援 2 の状態であって認知症の状態にある者（著しい精神状態や著しい行動異常があるもの、急性期状態にある者を除く）に対して、共同生活住居において、利用者が自立した日常生活を営むことが出来るよう、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う。
- ② 介護サービスの実施にあたっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市区町村とも連携をとり、総合的な介護サービスの提供に努める。

介護サービスの内容

認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画（以下「介護計画」という）に基づいて状況にあった援助、自立支援を行う

- ・食 事：職員と一緒に調理し、自分たちの作った食事を皆でいただきます。
食事時間 朝食－8時 昼食－12時 夕食－18時
- ・入 浴：夕食後に入浴。（最低1週間に2回以上）
- ・排 泄：本人の排泄パターンに応じた援助を行います。
- ・整容・着脱：適切で清潔な身なりを整えるよう援助します。
- ・健康管理：1年に1回健康診断を行います。
- ・機能訓練：レクリエーション、クラブ活動等、IADLに対する援助
- ・その他：相談援助 行政手続代行

3、 事業所の職員体制と勤務体制等

ユニット

職種	配置	職務内容
管理者	常勤 1	事業所の従業者の管理及び業務の管理
計画作成担当者	各ユニット 1 名 (内 1 名以上 介護支援専門員)	適切なサービス提供されるよう介護計画を作成するとともに、他施設・病院等との連絡・調整を看護師と協力して行う
介護従業者	15 名以上 (内常勤 3 名以上)	介護計画に基づき、利用者に対し必要な介護及び支援を行う。 *夜間・深夜時間帯は、常時 3 名配置
看護師	1 名以上 (非常勤)	日常的な健康管理、通常時及び特に状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡調整を行う。 利用者及びその家族に対し看取りについて説明し適切な助言を行う。 *携帯電話等により 24 時間連絡が可能な体制である。

早 出	7 : 00 ~ 16 : 00
日 勤	8 : 30 ~ 17 : 30
遅 出	12 : 00 ~ 21 : 00
(土・日)	10 : 00 ~ 19 : 00
夜 勤	16 : 30 ~ 翌 8 : 30

4、 相談窓口、苦情対応

- ・ 介護サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所窓口	電 話	(086) 429-3333
	ファックス	(086) 420-1070
	苦情受付時間	8 : 30 ~ 17 : 30
	相談・苦情受付担当者	東 恵子

- ※ 苦情を受け付けた場合は苦情解決責任者へ内容の報告をし、事実確認をします。内容によっては利用者、ご家族と面談をし、詳細な聞き取りをいたします。その後苦情解決へ向けて事業所内で対応を検討し、速やかに解決を図るよう努めます。

- ・ 公共機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

市役所・介護保険課	(086) 426 - 3343 8 : 30~17 : 15 (土日祝除く)
岡山県国民健康保険 団体連合会	(086) 223 - 8811 8 : 30~17 : 15 (土日祝除く)

5、 事故発生時の対応

介護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、速やかに市町村、ご家族に連絡を行います。

又、事故状況の記録等から事故再発防止措置を講じます。

6、 緊急時の対応

利用者に病状の急変、その他緊急事態があった場合は、かかりつけの医師などに連絡するなど必要な措置を講じ、ご家族の方（連絡先）に速やかに連絡いたします。

医療機関受診に関しては基本的にご家族でお願いいたします。

当事業所の協力医療機関は下記の通りです。

- ・ 協力医療機関

- ・ 名 称 医療法人天和会 松田病院
住 所 倉敷市鶴形 1 丁目 3 番 10 号 TEL 422-3550

- ・ 協力歯科医療機関

- ・ 名 称 山内歯科
住 所 倉敷市有城 593 TEL 441-1240

* 重度化した場合に、対応にかかる指針を別紙にて同意書を元に対応いたします。

7、 非常災害対策

- ・ 防火設備 スプリンクラー、自家発電、通報装置、消火器
- ・ 防災訓練 年 2 回以上行います

8、 守秘義務

当事業所に従事する者は、在職中及び退職後も介護サービスの提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。

この守秘義務は契約終了後も同様です。

ただし、介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供などについては、必要がある場合に限り予め文書による同意を得た上で利用者及び家族の個人情報を用います。この内容は、利用終了後も同様の扱いとします。

9、 身体拘束の廃止について

- ・ 利用者の生命又は身体を保護する為に緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動制限を行いません。緊急やむを得ず、利用者の行動を制限する場合には家族に説明し、同意を得たときのみ行います。同意を得たときは、その様態・時間・利用者の心身の状況又は、行動の制限がやむを得ないと判断した理由を記録します。
- ・ 高齢者虐待に対して、従業者は高齢者虐待を発見し易い立場にあることを自覚し、高齢者虐待防止に対応するため介護技術・専門知識の習得を行い早期発見に努めます。又、高齢者虐待を発見した場合は迅速に対応すると共に市町村高齢者虐待窓口への通報を行います。

10、介護サービス利用料及び、利用者負担額

ご利用のお申し込みにあたり、ご利用希望者の介護保険証・健康保険証・後期高齢者医療被保険者証を確認させていただきます。また、変更があった場合は速やかに届けていただきます。

<利用料>

1ヶ月30日計算の場合、()内1日当たり

	介護保険 1割負担	管理費	食材料費	家賃	1割負担 合計
要支援2	22,470 (749)	24,420 (814)	36,000 (1,200)	40,200 (1,340)	123,090
要介護1	22,590 (753)	24,420 (814)	36,000 (1,200)	40,200 (1,340)	123,210
要介護2	23,640 (788)	24,420 (814)	36,000 (1,200)	40,200 (1,340)	124,260
要介護3	24,360 (812)	24,420 (814)	36,000 (1,200)	40,200 (1,340)	124,980
要介護4	24,840 (828)	24,420 (814)	36,000 (1,200)	40,200 (1,340)	125,460
要介護5	25,350 (845)	24,420 (814)	36,000 (1,200)	40,200 (1,340)	125,970

* 2割負担・3割負担の方の額は「介護保険負担割合証」の負担額を乗じた額
利用料について

・介護保険負担額について

* 医療連携体制加算（Ⅰ）への強化として1日37円が加算されています。（要支援2を除く）

* 「初期加算」①入居日より、起算して30日以内の期間1日につき30円が加算されます。

* サービス提供体制強化加算（Ⅲ）として1日6円が加算されています。

* 若年性認知症の利用者で利用者ごとに個別の担当者を定めていること等特定の要件を満たした場合、受入加算として1日120円が加算されます。

* 看取り加算として死亡日以前31日以上45日以下1日につき72円、死亡日以前4日以上30日以下1日につき144円、死亡日以前2日又は3日は1日につき680円、死亡日は1日につき1280円を死亡月に加算されます。ただし退居した日の翌日から死亡日までの間は加算されません。（要支援2を除く）

* 栄養管理の体制づくりを行うため栄養管理体制加算として月に30円が加算されます。

* 協力医療機関連携加算として月に100円が加算されます。

* 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）の基準を満たしている場合、介護保険負担総額に対して17.8%分の費用が別途加算されます。

・管理費：水道・ガス・電気、浄化槽、カーテンリース、リースマットモップ、ゴミ処理
エレベーター保守、消火設備、ワックス・窓清掃・共用部分電球等

・食材料費：朝 200円 昼 520円 夕 400円 おやつ 80円

※ 欠食する場合はできるだけ早く申し出て下さい。

・家賃：月の中途における入居または退居については日割計算とします。

その他日常生活に必要な費用について（実費分）

寝具・シーツ使用料 1日 68円

布団一式（掛布団・肌布団・敷布団・ベットパット・枕）

シーツ一式（シーツ・ドローシーツ・包布・中ぐり・枕カバー）

電気料：電気メーターにより算出

オシメ代

パンツ用フィットパット	35円	らくらくパンツM	100円
尿取りパット	29円	らくらくパンツL	113円
いちばんワイドパット	38円	らくらくパンツLL	125円
いちばん高吸収透湿パット	75円	サルバ安心フィットM	129円
夜1枚安心パット多いタイプ	57円	サルバ安心フィットL	141円
フラット	40円	いちばんナイト立体ギャザー	86円

※ 上記の他、日常生活において通常必要とされる費用は実費負担となります。

③ 支払方法について

- ・毎月15日までに、前月分の請求書を作成しますので、その月の20日までにお支払ください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・お支払方法は、原則として金融機関口座自動引き落としにてお願いしております。

1 1、損害賠償

- ① 利用者に対する介護サービスの提供に当たって、賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を行う。
- ② 前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入している保険に加入する。
- ③ グループホーム内の物品が破損した場合、実費負担して頂きます。

1 2、 第三者評価の実施について

- ① 地域に開かれた、より良いグループホーム運営を行うため、施設内に意見箱の設置を行うと共に、第三者による外部評価を行います。
- ② 評価結果は、インターネットの「WAMNET」へ掲載します。玄関前に置いている閲覧のファイルでも確認いただけます。

評価機関	株式会社アウルメディカルサービス
直近の評価日	令和6年2月28日

1 3、当事業所からの退居について

・以下の場合は退居とさせていただきます。

- ① グループホームでの生活が困難になった場合
 - ② 医療機関へ入院となった場合は原則1ヶ月以上の入院加療を要する場合
- *退居時は居室クリーニング費用を実費でいただきます。

1 4、 この重要事項説明書に記載されていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又はご家族と当事業所が誠意をもって協議して定めることとします。

令和 年 月 日

介護サービスの提供にあたり、契約書及び本書面で重要な事項の説明を行いました。

事業者

所在地 倉敷市亀山773-1
名 称 グループホーム亀山
説明者 氏 名

印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護サービスについての重要な事項の説明を受け、介護サービスの利用開始に同意します。

利用者 住所
氏名

印

御家族 住所
氏名

印