

# 認知症対応型共同生活介護

## グループホーム東福原の家 重要事項説明書

令和6年10月1日 現在

利用者である\_\_\_\_\_様に認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始にあたり、当事業所が説明すべき重要事項は次の通りです。

### 1. 事業者の概要

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| (1) 法人名       | (株) あかり         |
| (2) 法人所在地     | 西伯郡伯耆町大殿 1089-8 |
| (3) 電話番号      | 0859-68-6060    |
| (4) 代表者氏名     | 富田 孝子           |
| (5) 事業所の名称    | グループホーム東福原の家    |
| (6) 所在地       | 米子市東福原7丁目10番地35 |
| (7) 介護保険事業所番号 | 3170201184      |
| (8) 電話番号      | 0859-38-0050    |

### 2. 事業の目的と運営方針

#### (事業の目的)

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支援することを目的とする。

#### (運営の方針)

本事業所において提供する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例、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。

- 2 利用者的人格を尊重し、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。
- 3 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。
- 4 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。

### 3. 施設の概要

建物	構造	木造瓦葺平家建
	建物の面積	341.2 m <sup>2</sup>
	利用定員	9名

#### 1 居室

居室の種類	部屋数	1部屋の面積
1人部屋	9室	16.5 m <sup>2</sup>

#### 2 主な設備

ダイルーム	1室	
居室	9室	
浴室（脱衣室）	1室	普通浴槽
トイレ	10ヶ所	各室、共同トイレ
事務所	1室	
台所	1室	
相談室	1室	

#### 4. 職員体制（主たる職員）

管理者	1名
計画作成担当者	1名
介護職員	4名
看護職	1名

#### 5. 職員の勤務体制

日勤	8:30 ~ 17:30
遅番	9:30 ~ 18:30
夜勤	16:00 ~ 9:00

## 6. 介護の内容

- ①入浴、排泄、食事、着替え等の介助
- ②日常生活上の支援
- ③日常生活の中での機能訓練
- ④相談、援助

※当事業所は利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限しません。

## 7. 介護計画の作成

- 1 指定認知症対応型共同生活介護サービスの開始に際し、利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境を踏まえて、個別に指定認知症共同生活介護計画（以下介護計画）を作成する。
- 2 介護計画の作成、変更には、利用者及び家族に対し、該当計画の内容を説明し、同意を得る。
- 3 利用者に対し、介護計画に基づいて各種サービスを提供するとともに、常に、その実施状況について評価を行う。

## 8. 利用料金（1ヶ月30日とした場合）

基本料金（内訳）	1日あたり	1ヶ月	内容
家賃	1,333円	40,000円	
食費（3食）	1,600円	54,000円	朝食（370円）昼食（480円） 夕食（600円） おやつ代（150円）
施設利用費	800円	24,000円	電気代、水道代、冷暖房費 ケーブルTV、石鹸、シャンプー、 リンス、洗濯石鹸、消毒剤など
合計	3,733円	118,000円	

※外泊の際は、食費のみ実際の食数除外計算として計算します。

## 介護保険自己負担

要介護度	1日あたり	1ヶ月（30日）
要介護度1	765円	22,950円
要介護度2	801円	24,030円
要介護度3	824円	24,720円
要介護度4	841円	25,230円
要介護度5	859円	25,770円

- ※初期加算 30単位/日
- ・入居されてから1ヶ月(30日)
  - ・医療機関に1ヶ月以上入院した後、退院して再入居されてから1ヶ月(30日)

※医療連携体制加算(Ⅰ)イ 57単位/日 (Ⅰ)ロ 47単位/日 (Ⅰ)ハ 37単位/日

※認知症協力医療機関連携加算 100単位/月

※サービス提供体制加算 6単位/日

※介護職員処遇改善加算 4.5%

※介護職員等ベースアップ等支援加算 2.3%

※介護保険2割負担の方は自己負担額が2倍になります。

※介護保険3割負担の方は自己負担額が3倍になります。

### \*その他の費用

夏冬季加算冷暖房費	¥5000	7月～9月、12月～2月
中海TV（ケーブル）	有料チャンネル実費	基本料金施設利用費に含む
理容サービス	実費	移動理美車（当施設内）
オムツ等介護用品	実費	施設で準備した場合は、費用を別途請求いたします。
医療費健康診断書	実費	
日常生活用品	実費	居室内で使用されるトイレトーパー等。

タクシー代	実費	
クリーニング代	実費	通常の洗濯は施設で行います。

※利用料金のお支払いは、前月分を翌月 10 日ごろまでに請求させていただきます。 当月末までに指定の口座に御振込下さい。

## 9. 苦情・相談について

### (1) グループホーム東福原の家 ご利用者相談・苦情担当

担当者 小笹由里 Tel 38-0050

ご利用時間 毎日 午前9時～午後5時

\*お急ぎになる場合はこの限りではございません。

### (2) 関係機関における苦情の受付

#### ①米子市役所長寿社会課

電話 0859-24-5131

#### ②鳥取県国民健康保険連合会 介護保険課 介護サービス苦情相談窓口

電話 0857-20-2100

#### ③鳥取県福祉サービス運営適正化委員会（鳥取県社会福祉協議会）

電話 0857-59-6335

## 10. 入退居について

### (1) 入居の手続き

重要事項説明後、契約を締結いたします。

### (2) 退居の手続き

事前に退居届を提出いただきます。原則1ヶ月前までに退居届の提出をお願いします。

### (3) 退居となる場合

①入居者及び家族が退居を申し出たとき。本人が死亡したとき。

②要介護認定により、要支援または非該当と判断されたとき。

③暴力行為や自傷行為により共同生活が困難となった場合。

④3ヶ月以上の入院が必要な場合。

⑤継続的に医学的治療を必要とする場合。

⑥共同生活の趣旨に反し、医療行為を除く自己都合による不在が月あたり5日を超えた場合。

⑦家族の連絡、協力が得られない場合。

⑧他の施設への入居が決まり、その施設の受け入れが可能となったとき。

⑨ 3か月以上の滞納がある場合。

### 1 1. 利用にあたっての留意事項

- (1) 居室は心身の状態に応じて決めさせていただきます。やむを得ず病状その他の事情により居室を変更する場合がありますのでご了承下さい。
- (2) 入居の際には、協力医療機関の主治医に変更して頂きます。
- (3) 衣類、寝具、その他の生活に必要な品物は、個人で用意して頂きます。
- (4) 現金等の管理は行いません。
- (5) 介護保険証、健康保険証、医療受給者証、身障手帳などをお持ちの方ご用意ください。
- (6) 外出、外泊は事前にお申し出下さい。
- (7) 居室内の設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
- (8) 施設内は禁煙です。飲酒もできません。
- (9) 火気の取り扱いは、原則として全面禁止です。
- (10) 施設内へのペットの出入りは飼い主の責任において事前に許可を得てください。
- (11) 施設内で他の利用者に対する営利行為、宗教の勧誘および政治活動はご遠慮下さい。

### 1 2. 通院等について

- (1) 受診の際は、協力医療機関の主治医にて行います。
- (2) 定期の通院の付き添いは基本的には行いませんが、ご相談に応じます。
- (3) 入院につきましては、ご家族の希望をふまえ協力医の指示を受けて対処いたします。
- (4) 入院の期間は、その日数分の家賃を支払っていただくことにより、居室を利用していただけます。(3ヶ月以内)
- (5) 入院時費用として、1ヶ月 246 単位×6 日まで算定させていただきます。
- (6) 1ヶ月以上入院した後、退院して再入居する場合も初期加算を算定させていただきます。

協力医療機関	
(内科) 加藤クリニック	米子市皆生3丁目6-32 35-7000

(歯科) いえはら歯科	米子市河崎 5 7 5 - 1 2 9 - 6 5 9 9
----------------	----------------------------------

### 1 3. 緊急時の対応について

入居者の主治医及び家族等に連絡し、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。

### 1 4. 事故発生時の対応及び賠償責任

- (1) 事業者はサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の該当市町村及び関係各機関並びに利用者の家族又は利用者の保証人に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者はサービスの提供により利用者への賠償すべき事故が発生した場合には、天災変地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意をもって損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、利用者の側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることが出来ます。
- (3) 事業者は、万一の事故の発生に備えて、賠償責任保険に加入しております。

### 1 5. 非常災害時の対策について

- (1) 別途定める「グループホーム東福原の家 消防計画」にのっとり対応を行います。
- (2) 災害等により救援が必要になった場合には、速やかに警察、消防、行政、ご家族へ連絡し避難誘導など必要な対処をいたします。

### 1 6. 秘密保持

- 1 事業者及びその従業者は、正当な理由がない限り、利用者に対する介護サービスの提供にあたって知り得た利用者またはその家族の秘密を漏らしません。
- 2 事業者は、事業者の従業員が退職後在籍中業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を正当な理由なく漏らすことがないように必要な措置を講じます。
- 3 事業者は、利用者から予め文章で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。
- 4 事業者は、家族から予め文章で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。
- 5 利用者は、利用者の個人情報の開示を請求する事が出来ます。

## 1 7. 身体拘束等の適正化

1. 新設【身体拘束廃止未実施減算】において、算定要件等を満たし身体拘束の適正化に努めます。
2. 以下の算定要件等に違反した場合には減算いたします。

要介護 1・・・76 単位を減算

要介護 2・・・80 単位を減算

要介護 3・・・82 単位を減算

要介護 4・・・84 単位を減算

要介護 5・・・85 単位を減算

### 算定要件等

- ①身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむ得ない理由を記録すること。
- ②身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(運営推進会議を活用)を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。
- ③身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ④介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

本重要事項を証するため、利用者及び事業所は署名又は記名のうえ、本重要事項を2通作成し、それぞれ1通ずつ保有します。



令和 年 月 日

《利用者》 私は、重要事項の内容について説明を受け、その内容を理解し同意します。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( )

《署名代行者》 下記の理由により、利用者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。

＜署名代行理由： \_\_\_\_\_＞

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

利用者との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 ( )

《身元引受人》 私は、重要事項について説明を受け、身元引受人の責任について理解しました。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

利用者との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 ( )

《 後見人等 》 私は、重要事項について説明を受け、身元引受人の責任について理解しました。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

利用者との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 (      )

《 事業所 》 事業所は、利用者の申込みを受け、重要事項に定める義務を誠実に履行します。

所在地      〒683-0802  
                 鳥取県米子市東福原7丁目10番地35  
名 称      グループホーム東福原の家

説明者      役職      氏名  
                 施設長   小笹由里      印