

グループホームわきあいあい苑

重要事項説明書

(指定認知症対応型共同生活介護事業)
(指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業)

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 和木三志会 |
| (2) 法人所在地 | 山口県玖珂郡和木町瀬田4丁目1番1号 |
| (3) 電話番号 | 0827-54-0345 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 木村 俊之 |
| (5) 設立年月日 | 平成11年4月1日 |

2. 事業の目的と運営方針

(1) 目的

この事業所が行う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の事業は、要介護者（要支援2、要介護1～5）であって認知症の状態にあるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、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ことにより、利用者が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支援することを目的とする。

(2) 運営の方針

- ①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は、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行う。
- ②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は、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行う。
- ③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は、認知症対応型共同生活介護介護計画、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行う。
- ④共同生活住居における介護従業者は、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の提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- ⑤年に1回以上、自己評価及び外部評価を実施し、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の質の改善を図るものとする。

⑥ 2ヶ月に1回以上、運営推進会議を開催し、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設ける。

3. 事業所およびご利用住居

名 称	グループホームわきあいあい苑			
指定番号	3597200017			
所在地	山口県玖珂郡和木町瀬田4丁目1-1			
連絡先	電 話	0827-54-0345		
	F A X	0827-52-0055		
建 物	居室数	9室	定員	9名
	延床面積	216.80㎡		
利用居室	居室①	居室④	居室⑦	
	居室②	居室⑤	居室⑧	
	居室③	居室⑥	居室⑨	
共用施設	台所、食堂、居間、洗面所、トイレ、浴室			

4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉

	常 勤	非常勤
管 理 者 (兼務)	1名	名
介 護 職 員	6名	1名
計画作成担当者 (兼務)	1名	名

5. 職員の勤務体制

	勤 務 時 間	員 数
日勤	8:30 ~ 17:30	1名
早出	7:00 ~ 16:00	1名
遅出	10:00 ~ 19:00	1名
夜勤	15:30 ~ 0:00	1名
明け	0:00 ~ 10:00	1名

6. 休業日

休業日	なし
-----	----

7. サービス内容

(1) 介護保険給付対象サービス

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。 ・食材費は給付対象外です。 ・食事は離床して食堂で摂取して頂く様に配慮します。 ・食事時間 <ul style="list-style-type: none"> 朝食 7：30～ 8：15 昼食 12：00～12：45 夕食 17：30～18：15
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じ適切な排せつの介助と、排せつの自立の援助を行います。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じ、適切な入浴の介助と、入浴の自立の援助を行います。 ・週2回以上の入浴又は清拭を行います。
日常生活	<ul style="list-style-type: none"> ・離床 寝たきり防止のため離床に配慮します。 ・着替え 着替えのお手伝いをします。 ・整容 身の回りのお手伝いをします。 ・寝具整頓 ・シーツ交換 ・健康管理 ・洗濯 ・居室内清掃 ・役所手続の代行
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・離床援助 ・屋外散歩同行 ・家事共同作業等により生活機能の維持・改善に努めます。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じ、適切な医師の往診又は医療機関へ相談し対応をします。 ・感染症の発生及び蔓延を防ぐために必要な措置を実施します。
相談・援助	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。

利用料（基本部分）

	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 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
自己負担 1 割／日	761 円	765 円	801 円	824 円	841 円	859 円
31 日間	23,591 円	23,715 円	24,831 円	25,544 円	26,071 円	26,629 円
自己負担 2 割／日	1,522 円	1,530 円	1,602 円	1,648 円	1,682 円	1,718 円
の場合 31 日間	47,182 円	47,430 円	49,662 円	51,088 円	52,142 円	53,258 円

利用料（加算部分）

	利用料	自己負担 1 割	自己負担 2 割	自己負担 3 割
初期加算	300 円	30 円/日	60 円/日	90 円/日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	180 円	18 円/日	36 円/日	54 円/日
科学的介護推進体制加算	400 円/月	40 円/月	80 円/月	120 円/月
口腔栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	200 円/6 月	20 円/6 月	40 円/6 月	60 円/6 月
入院時費用（6 日まで）	2,460 円	246 円/日	492 円/日	738 円/日
介護職員等处遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数×17.8%×自己負担割合			

（2）介護保険給付対象外サービス

種 類	内 容
食材料費	これらは介護保険給付の対象外ですので実費をお支払い下さい。 ・ 1,300 円（日額）
理美容費	・ 理美容のご利用が出来ます。 2,000 円（1 回）
教養娯楽費	・ 日常生活上の、介護保険給付対象外に於ける教養及び娯楽等に関する費用として、お預かりしている小口資金より実費充当させていただきます。 ご利用明細と共にお預かり残高を 3 ヶ月ごとにご報告致します。 （残金等はその都度管理者又は事務所の方へお尋ね下さい）
光熱水費	・ 光熱水費をお支払い下さい。 10,000 円（月）
居室の利用	・ 居室の利用も保険給付の対象外ですので実費ご利用料金をお支払い下さい。 40,000 円（月）

8. 入居にあたっての留意事項

面 会	<ul style="list-style-type: none"> ・来訪者は面会の都度、職員に届け出て面会簿の記載をして下さい。 ・宿泊を希望される場合は必ず、管理者にご相談ください。 (原則として、ご家族等の宿泊は禁止しております。)
外 出	<ul style="list-style-type: none"> ・外出・外泊をされる場合は、所定の様式（外出・外泊届）を提出して下さい。
居室の利用 迷惑行為等	<ul style="list-style-type: none"> ・設備、備品等は本来の使用方法に従って大切にご利用下さい。 これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償して頂く事があります。 ・騒音・雑音等の他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 ・承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。

所持金等	<ul style="list-style-type: none"> ・原則として、現金等の所持はお控え下さい。 ・日常生活上、必要となる物品等に関しましてはお預かりしている小口現金から実費充当させていただきます。
------	---

9. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 木村医院
所在地	玖珂郡和木町和木3丁目1-12

10. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご利用者に退所していただくこととなります。

<ul style="list-style-type: none"> ①要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援Ⅰと判定された場合 ②事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合 ③施設の滅失や、重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合 ④当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合 ⑤ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。） ⑥事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）
--

(1) ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

--

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご利用者が入院された場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時にご利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ご利用者が連続して3か月以上病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑤ご利用者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

(3) 円滑な退所のための援助

ご利用者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

1 1. 身元引受人

契約締結にあたり、身元引受人のお願いをいたします。ただし身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合、事業者と協議のうえ方法を決定します。

また、身元引受人は次の場合の責任を負います。

- 利用者が疾病等で医療機関に入院される場合、入院手続きが円滑に進むように協力すること。

○契約が終了する場合、事業者と連携して利用者の状態に見合った受け入れ先の確保に努めること。

○利用者が死亡された場合の遺体及び遺留金品の引き受けその他必要な措置をすること。

12. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）管理者 飯塚 里江子
苦情解決責任者 特養施設長 村中 義信

○受付時間 毎週月曜日～金曜日
8:30～17:30

また、苦情受け付けボックスを事務所前に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

和木町役場 保健福祉課	所在地 山口県玖珂郡和木町和木一丁目1-1 電話番号 0827-52-2195 受付時間 月曜～金曜 8:30～17:15
山口県社会福祉協議会 福祉サービス苦情 解決委員会	所在地 山口県山口市大手町9-6 山口県社会福祉会館内 Tel 083(924)2837 受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:15
山口県国民健康保険団体連 合会：介護サービス苦情相 談窓口	所在地 山口県山口市朝田1980-7 電話番号 083-995-1010

(3) 苦情解決第三者委員

○苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を設置しています。

藤本 正明
湯浅 正行
森田 眞須美

〈円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順〉

- ①ご意見・ご相談受付票（苦情受付票）に記載。
- ②苦情についての事実確認を行う。
- ③処理について関係者との連携を行う。
- ④苦情処理方法を記載し、管理者決裁。
- ⑤苦情処理の改善について利用者に確認を行う。
- ⑥対応後の今後の課題について記載。

⑦苦情処理は1日以内に行うことを原則とする。

1 3. 事故発生時の対応について

- (1) 事故発生時には速やかに、応急措置、救急搬送の要請など、ご利用者の生命、身体の安全を最優先に対応いたします。
- (2) 前記の対応後、直ちにご家族に連絡し、その時点で明らかな範囲で事故の状況をご説明し、当面の対応について協議いたします。併せて関係市町村に連絡いたします。
- (3) 事故の経過、原因等を整理分析し、事故再発防止対策を検討いたします。
- (4) 発生した事故の責任が当事業所にある場合は、損害賠償を速やかに行います。

1 4. 守秘義務について

- (1) 事業者、サービス従事者または従業員は、介護福祉施設サービスを提供するうえで知り得た利用者又は契約者等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- (2) 事業者は、利用者に医療上緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- (3) 事業者は、利用者またはその家族に関する個人情報について、利用者の介護に関係した必要な範囲内でのみ、サービス担当者会議等において情報提供できるものとします。

〈個人情報を利用させていただく範囲〉

- ①主治医・薬剤師との連携（病歴等）
- ②施設等への入所あるいは入院が決まった場合の入所、入院先施設（病歴等）
- ③研修会、勉強会の事例検討（ただし、この場合、実名住所等本人を特定できない配慮を行います。）
- ④提供したサービスに関する請求事務など介護保険事務
- ⑤当事業所のサービス維持・改善に関する基礎資料作成
- ⑥当事業所で行われる学生等の実習教育のため
- ⑦国保連合会や保険者からの照会
- ⑧監査機関、サービス評価機関への情報提供
- ⑨損害保険会社への相談・届出
- ⑩その他、特に目的を特定し同意を得て収集した個人情報について、その利用目的に沿う範囲

1 5. 虐待の防止のための措置について

- (1) 高齢者の尊厳の保持・人格の尊重を重視し、権利利益の擁護に資することを目的に、高齢者虐待の防止とともに高齢者虐待の早期発見・早期対応に努め、高齢者虐待に該当する行為については行いません。
- (2) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、研修を年2回以上実施し、介護職員その他の従業者に周知徹底を図り、虐待防止に努めます。
- (3) サービス提供中に、当該従業者又は養護者（入所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入所者を発見した場合は、速やかに、これを市町に通報します。

16. 身体拘束について

- (1) 当該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する行為(以下「身体的拘束等」という。)は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、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を記録します。
- (2) 身体的拘束等の適正化を図るため、指針を整備し、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を3月に1回以上開催するとともに、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施し、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。定期的実施し、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。

17. 非常災害対策について

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、計画に基づき、年2回入所者および従業者等の訓練を行います。

18. 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保等

- (1) 事業所は、業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的開催するものとする。

令和 年 月 日

説明者職名 管理者 飯塚 里江子 印

私は、本書面に基づいて事業所の職員から、上記重要事項の説明を受け、指定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 _____

氏名 _____ 印

身元引受人住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____