

グループホームわらべ 重要事項説明書
「指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業」

1. 事業所の概要

事業所名	グループホームわらべ
所在地	三重県尾鷲市大字南浦 4689-1
電話番号	0597-25-2502
FAX 番号	0597-25-2501
介護保険事業所番号	2471000253

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	社会福祉法人長茂会が開設する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業グループホームわらべ（以下「事業所」という。）が行う指定（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。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員が要介護状態等にあるものに対して適正な指定（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。）を提供することを目的とします。
運営の方針	事業所は、要介護者等であって認知症の状態にある人について、共同生活住居において、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ことにより、ご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努めます。

3. 居室の概要

居室の概要（2ユニット 18名）

居室・設備の種類	室数	備考
食堂	2個所	
居間	2箇所	
トイレ	4個所	バリアフリー2箇所
浴室	2個所	
1人部屋	18室	

※上記は、厚労省が定める基準により、事業所に必置が義務づけられている設備です。

※居室の変更：ご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により事業所でその可否を決定します。またご利用者の心身の状態により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者及び身元保証人等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員体制と職務内容等

(1) 職種と職務内容

職種	職務内容
管理者	職員と業務の管理、基準遵守のための指揮命令、利用申込みの調整、サービス実施状況の把握等
計画作成担当者	介護計画の作成
介護職員	日常生活全般にわたる介護サービスの提供
看護師	健康管理、診察補助、服薬管理

(2) ユニット毎の職員体制

	ユニット1F				ユニット2F			
	常勤		非常勤		常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
管理者		1			1			
計画作成担当者		1					1	
介護職員	4	2			6			
看護師			2				2	

(3) 勤務体制

勤務	勤務時間	備考
早番	7：00～16：00	日中は、ご利用者18名に対し6名の職員体制を原則としています
日勤	8：30～17：30	
	9：30～18：30	
夜勤	16：00～翌9：00	

5. 利用定員

18人 (各ユニット 9人)

6. サービスの内容

種類	内容
食事	ご利用者の身体状況、嗜好、栄養バランス等を考慮しながら、相談のうえ提供します。 食事時間 朝食 7：30～ 昼食 12：00～ 夕食 18：00～

排泄	ご利用者の状態に応じ、適切な排泄の介助と排泄の自立の援助を行います。
入浴	ご利用者の状態に応じ、入浴又は清拭を行います。
その他の日常生活上の世話	寝たきり防止のため離床の配慮、着替え・整容等のお手伝い、寝具・シーツの交換、洗濯、健康管理、医療機関への通院、居室内的清掃、生活相談、レクリエーション、行政手続きの代行、地域行事等への参加など生活全般のお手伝いをします。
機能訓練	離床援助、散歩の同行、共同で行う家事など生活機能の維持・改善に努めます。
相談援助	ご利用者及び身元保証人等からの相談を受け、必要で可能な援助を行います。
健康管理	健康管理や診察補助、服薬管理を行います。

7. 利用料金

介護保険個人負担分は1割ですが、65歳以上の第一号被保険者のうち一定以上の所得のある方は2割負担または3割負担となります。ただし、基本料金、その他費用、介護保険の給付の限度額を超えた部分にかかるサービス、または保険対象外のサービスについては全額自己負担になります。

$$(基本料金 + 加算料金) \times 1/10 = \text{ご利用者負担額}$$

$$(基本料金 + 加算料金) \times 2/10 = \text{ご利用者負担額}$$

$$(基本料金 + 加算料金) \times 3/10 = \text{ご利用者負担額}$$

【介護保険基本料金】

利用料金（1日）	利用者負担額			
	(左の1割)	(左の2割)	(左の3割)	
要支援2	7,490円	749円	1,498円	2,247円
要介護1	7,530円	753円	1,506円	2,259円
要介護2	7,880円	788円	1,576円	2,364円
要介護3	8,120円	812円	1,624円	2,436円
要介護4	8,280円	828円	1,656円	2,484円
要介護5	8,450円	845円	1,690円	2,535円

【(介護予防) 短期利用認知症対応型共同生活介護 (II)・基本料金】

	利用料金 (1 日)	利用者負担額		
		(左の 1 割)	(左の 2 割)	(左の 3 割)
要支援 2	7, 760 円	776 円	1, 552 円	2, 319 円
要介護 1	7, 800 円	780 円	1, 560 円	2, 340 円
要介護 2	8, 160 円	816 円	1, 632 円	2, 448 円
要介護 3	8, 400 円	840 円	1, 680 円	2, 520 円
要介護 4	8, 570 円	857 円	1, 714 円	2, 571 円
要介護 5	8, 730 円	873 円	1, 746 円	2, 619 円

※各共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室や短期利用者専用の居室等を利用し、短期間の共同生活介護サービスを提供します。このサービスについては、地域における認知症ケアの拠点として様々な機能を促進する観点から、短期利用認知症共同生活介護について、ご利用者の状況や身元保証人等の事情により介護支援専門員が緊急に利用の必要性を認めた場合など一定の条件下において、7日以内を原則とし(利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内)定員を超えて受け入れができます。空床利用においては30日間以内の利用期間を定めます。

【介護保険加算料金】

	利用料金	利用者負担額		
		(左の 1 割)	(左の 2 割)	(左の 3 割)
サービス提供体制強化加算 (III)	60 円	6 円	12 円	18 円
医療連携体制加算 I ハ (要介護のみ算定)	370 円	37 円	74 円	111 円
認知症専門ケア加算 (I)	30 円	3 円	6 円	9 円
※初期加算	300 円	30 円	60 円	90 円
※入院時費用	2, 460 円	246 円	492 円	738 円
介護職員等処遇改善加算 (II)	基本料金及び各種加算より算定した単位数(利用者負担額)に1000分の178に相当する金額(区分支給限度基準額の算定対象外)			

※「初期加算」は、入居された日から起算して30日目までの加算です。また、30日を超える病院又は診療所への入院後、再入居した場合も算定されます。

※「入院時費用」は、入院後3か月以内に退院が見込まれるご利用者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合に、ひと月に6日を限度として算定できる加算です。

【その他の費用】

家賃	800円 / 日
水道光熱費	400円 / 日
食費	1,200円 / 日
その他共通経費	350円 / 日
理美容代	実費
おむつ代	実費
特別食費	ご利用者のご希望により特別な食事を提供した場合の費用です。
その他	上記以外のものについてはご相談に応じます。また建物・備品などに損害を与えた場合、原状回復又は損害を賠償していただきます。

【請求とお支払いの方法】

請求	<p>①利用料その他の費用は、月ごとに請求します。</p> <p>②請求書は、毎月ごとの金額を明らかにした明細書を添えて、利用月の翌月15日までに身元保証人にお届けします。</p>
支払い	<p>①請求月の末日までに下記のいずれかの方法でお支払いください。</p> <p>ア 窓口での現金支払い イ 当事業所指定の口座に振り込み 百五銀行 尾鷲支店 普通預金 404964 社会福祉法人長茂会 グループホームわらべ 理事長 世古 祐臣</p> <p>②お支払いが1か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 10日以内にお支払いいただけない場合には、契約を解除させていただいたうえで、未払い分をお支払いいただくことになります。</p>

8. サービスの利用方法等

利用申込み	<p>①電話または来所のうえお申込みください。</p> <p>②居宅介護支援事業所に居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員(ケアマネジャー)にご相談ください。</p> <p>本書によりサービス提供に関する重要事項をご説明し、同意を得たうえで、契約を締結します。</p>
サービスの終了	<p>①ご利用者のご都合でサービスを終了する場合には、サービス終了を希望する日をお申し出ください。</p> <p>②人員不足等やむを得ない事情によりサービスを終了させていただく場合がございますが、その場合は事前に文書で通知いたします。</p> <p>③自動終了 次の場合は、双方の通知がなくても自動的に終了になります。 ア ご利用者が介護保険施設等に入所した場合</p>

	<p>イ ご利用者の要介護認定区分等が「非該当（自立）」若しくは「要支援1」となった場合</p> <p>ウ ご利用者が亡くなられた場合</p> <p>④その他</p> <p>ア 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、ご利用者の個人情報をみだりに漏洩した場合、ご利用者及び身元保証人等に対し、社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業所が破産した場合、ご利用者は解約を通知することによって、即座にサービスを終了できます。</p> <p>イ サービス料金の支払いが1か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、支払いをいただけない場合、当事業所が文書で解約を通知することによって、サービスを終了させていただく場合があります。</p> <p>ウ ご利用者及び身元保証人等が、当事業所やその職員に対して契約を継続しがたい程の背信行為を行った場合には、当事業所は事前に解約を通知することによって、サービスを終了させていただく場合があります。</p> <p>エ ご利用者又はその関係者が反社会的勢力に該当した場合、サービスを終了させていただきます。</p>
--	--

9. 身体拘束の制限

原則として、ご利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には、ご利用者及び身元保証人等に十分な説明をし、同意を得るとともに、その様態及び時間、その際のご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。

10. 虐待防止

事業者は、ご利用者の人権の擁護及び虐待の防止のため、責任者の設置その他必要な体制の整備を行うとともに、職員に対する研修の実施その他必要な措置を講じます。

11. 緊急時の対応

サービスの提供中にご利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは速やかに主治医あるいは協力医療機関に連絡し、適切な措置を講ずるものとします。

12. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、身元保証人、市町村等へ連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置に関して記録し、事故の場合には損害賠償を速やかに行います。

13. 個人情報及び守秘義務

- (1) 事業者及びサービス従事者又は従事者であった者は、サービスを提供するうえで知り得たご利用者及び身元保証人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、ご利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等にご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) 上記にかかわらず、ご利用者に係る他の介護サービス事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、ご利用者及び身元保証人等の個人情報を用いることができるものとします。

14. 運営推進会議

ご利用者及び市町村職員並び地域住民の代表等に対し、提供するサービス内容等を明らかにするとともに地域との連携を保ち、提供するサービスの質の確保及び向上を図るために運営推進会議を設置し、2か月に1回開催します。

15. 協力医療機関

- (1) 協力医療機関

医療機関の名称	尾鷲総合病院
所在地	三重県尾鷲市上野町5番25号
診療科	内科・外科・整形外科・皮膚科等

- (2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	ひがし歯科医院
所在地	三重県尾鷲市中央町9-63
医療機関の名称	あおい歯科クリニック
所在地	三重県尾鷲市南陽町10-6

16. 第三者評価

第三者評価の実施の有無：有（外部評価）

実施した直近の年月日：

実施した評価機関の名称：

評価結果の開示状況：

※外部評価のほか、公認会計士による会計監査並びに法人理事による内部監査を毎年度実施しています。

17. 苦情の受付について

- (1) 当事業所における苦情の受付について

当事業所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）

[職名] 管理者

[氏名] 塩崎 明香
○受付時間 9:00 ~ 17:00 (緊急の場合はこの限りではない)
電話 0597-25-2502
FAX 0597-25-2501

また、苦情受付ボックスを事務所玄関に設置しています。

(2) その他介護サービス苦情相談窓口

三重県国民健康保険団体連合会 保険介護福祉課介護障害福祉係	電話番号 059-222-4165
紀北町役場福祉保健課 高齢者・障害者福祉係	電話番号 0597-46-3122
尾鷲市役所市長部局福祉保健課 高齢者福祉係	電話番号 0597-23-8201

令和 年 月 日

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

グループホームわらべ

説明者職名

氏 名

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、(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。

ご利用者住所

氏 名

身元保証人住所

氏 名

ご利用者との続柄