

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

重要事項説明書

(平成27年3月27日指定 介護保険事業者番号：1691700148)

当事業所はご契約者に対して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サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次のとおり説明します。

1. 事業の目的と運営方針

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、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、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することを目的とします。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業者

- | | |
|-----------|---------------------|
| (1) 法人名 | 東京堂 株式会社 |
| (2) 法人所在地 | 富山県下新川郡入善町入膳 7791-7 |
| (3) 電話番号 | 0765-32-4870 |
| (4) 設立年月日 | 昭和44年6月10日 |

3. 事業所の概要

- | | |
|---------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 指定認知症対応型共同生活介護事業所
指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
平成27年3月27日指定
介護保険事業者番号 1691700148 |
| (2) 事業所の名称 | 共生型グループホーム 華のれん |
| (3) 事業所の所在地 | 富山県下新川郡入善町入膳 4716 番地 5 |
| (4) 電話番号 | 0765-32-3007 |
| (5) 代表者 | 石丸 真弓 |
| (6) 開設年月 | 平成27年4月1日 |
| (7) 居室・設備等の概要 | |

○居室

利用者の居室は、個室（定員1名）となっています。ただし利用者の処遇上必要と認められる場合は、定員2名とすることができます。

○食堂

利用者の使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者が使用できるテーブル・椅子などの備品類を備えます。

○その他の設備

設備としてその他に、居間、台所、浴室等の設備を設けています。

居室	5室	面積 9.72㎡
居間	4室	面積 10.74㎡
食堂	1室	面積 12.4㎡
台所	1室	面積 12.4㎡
浴室	1室	面積 5.1㎡

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定認知症対応型共同生活介護事業所に必置が義務付けられている施設・設備です。

(8) 事業所の従業者体制

職 種	業務内容	常勤		非常勤		合計
		専従	兼務	専従	兼務	
代表者	従業員の管理		1名			1名
管理者	業務の管理		1名			1名
計画作成担当者 (介護支援専門員)	介護計画の作成・相談				1名	1名
介護員	利用者の介護	5名		2名	3名	10名
看護師	利用者の健康管理・処置	1名		1名		2名

(9) 事業所の勤務体制

早出	7:00～16:00	※7:00～19:00は、職員を常勤換算で3名以上配置いたします。 ※19:00～翌8:00まで夜間設定とします。
日勤	8:00～17:00	
遅出	12:00～21:00	
夜勤	21:00～7:00	

(10) 入居定員 9名

4. サービスの内容

- ① 認知症対応型共同生活介護計画・介護予防認知症対応型共同生活介護計画の立案
- ② 食事 ③ 入浴 ④ 排泄 ⑤ 介護 ⑥ 相談援助サービス
- ⑦ 行政手続代行 ⑧ その他

※これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

5. 協力医療機関等

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ病状の急変等備えて以下の医

療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

協力医療機関	あさひ総合病院	
	所在地	富山県下新川郡朝日町泊477番地
	TEL	0765-83-1138
	坂東病院	
	所在地	富山県下新川郡朝日町道下900番地
	TEL	0765-83-2299
協力歯科医療機関	野田歯科医院	
	所在地	富山県下新川郡入善町入膳3699番地1
	TEL	0765-72-0262
バックアップ施設	いっこく	
	所在地	富山県下新川郡入善町入膳2942-11
	TEL	0765-32-4864

《緊急時の連絡先》

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

6. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護が法廷代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

◆介護報酬告示額

※ 1割負担の方の料金で記載しています。(2割負担の方は2倍となります)

※ 1月当たりの基本報酬に0.1%を乗じた額が令和3年9月30日まで上乗せとなります。(厚生労働省告示第73号 附則第12条)

(1) 基本料金

認知症対応型共同生活介護費・予防介護認知症対応型共同生活介護費(1日につき)

介護度	単位数(日)	利用者負担金額(円)
要支援2	761	761円
要介護1	765	765円
要介護2	801	801円
要介護3	824	824円
要介護4	841	841円
要介護5	859	859円

(2) 加算額等

- ・入所日から起算して30日以内の期間については、初期加算として下記のとおり加算分の自己負担が必要となります。30日を超える入院をされた後に再び利用を開始した場合も同様です。

- ・入院後3カ月以内に退院が見込まれる入居者については、退院後の再入居の受け

入れ体制が整った場合に1月に6日を限度として246円/日が自己負担となります。

加算等	単位数(日)	利用者負担金額(日)
医療連携加算	57単位	57円
初期加算 ※入居後30日間に限る	30単位	30円
夜間支援体制加算(Ⅰ)	50単位	50円
若年性認知症受入加算	120単位	120円
入退院支援加算	246単位	246円
退去時情報提供加算	250単位	250円
介護職員処遇改善加算(Ⅱ) ※支給限度額の対象外	1ヶ月の所定単位数×178/1000 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) ※支給限度額の対象外	

◆その他の費用(令和5年3月1日より)

家賃	75,000円(1ヶ月あたり)
光熱水費	15,500円(1ヶ月あたり)
食材費	51,000円(1ヶ月あたり)
ベッド、マットレスリース代	2,200円(1ヶ月あたり)
テレビ、車椅子、歩行器、センサーマット	当施設規定リース代(1ヶ月あたり)
おむつ代、理美容代、日用品等個人で使用するもの	実費
病院付添代	1,500円(1回あたり)

◆人員配置基準を満たした場合に加算

加算	単位数(日)	利用者負担金額(日)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位	22円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位	18円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	12単位	12円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	6単位	6円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6単位	6円

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)(2)の利用料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、当該月の27日までに指定する方法(銀行口座振込または自動口座引き落とし)によりお支払い下さい。入所時と退所時の1ヵ月に満たないサービスについては、日割り計算にてご請求いたします。

7. サービス利用に当たっての留意事項

来訪・面会	面会時間は特別な場合を除き 8:30～19:30 とします。必ずその都度職員に届け出てください。宿泊をされる場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。
医療機関への受診	医療機関への外来は原則として家族の方をお願い致します。ただし、緊急時等はこの限りではありません。
居室・設備器具の利用	ホーム内の居室や設備、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等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙	ホーム内及び敷地内では禁煙とします。
飲酒	飲酒は利用者、家族、主治医と相談したうえ適量を決められた場所でのみ可能です。
金銭管理	基本的には入居者自身で行っていただきますが、必要に応じて個々の能力に応じた方法で行えるよう支援します。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教活動 政治活動	ホーム内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	許可なくホーム内へペットを持ちこみ飼育することは禁止します。
食事	施設外からの持ち込みは原則禁止します。持ち込む場合は職員に申し出てください。

サービスの方針

- ①利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ②利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
- ③利用者及びその家族にサービス内容等の説明し、利用者及びその家族の同意を持ってサービスを提供します。
- ④施設サービス計画書に基づいてサービスを提供し、常にそのサービスの質の管理、評価改善を行います。

8. 非常災害対策

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防災計画に基づき、年2回利用者及び従業者等の訓練を行います。

9. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

10. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への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ついて記録し賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

1.1. 守秘義務に関する対策

- (1) 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族、利用者代理人等に関する秘密、個人情報については、利用者または第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- (2) 退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。
- (3) 個人情報利用同意書により利用者又は利用者代理人の同意を得た場合は、緊急時等で情報の提供が必要な場合、関係者の間で情報を共有することとします。

1.2. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

1.3. 身体拘束の禁止

原則として、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をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、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について記録します。

1.4. 虐待防止

利用者等の人権の擁護・虐待の防止のため、従業者教育を行います。

1.5. 苦情相談窓口

- (1) 当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

苦情受付窓口	
解決責任者	石丸 真弓
当法人第三者委員	内島雄二, 玉池弦, 米原恵
受付時間	毎週月曜日～金曜日 08:30～17:30

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

入善町役場 保険福祉課	所在地	下新川郡入善町入膳 3 2 5 5
	電話番号	0 7 6 5 - 7 2 - 1 1 0 0
黒部市役所 介護保険担当課	所在地	黒部市三日市 1 3 0 1
	電話番号	0 7 6 5 - 5 4 - 2 1 1 1
朝日町役場 介護保険担当課	所在地	朝日町道下 1 1 3 3
	電話番号	0 7 6 5 - 8 3 - 1 1 0 0
新川地域介護保険・ケー ブルテレビ事業組合	所在地	黒部市北新 1 9 9
	電話番号	0 7 6 5 - 5 7 - 3 3 0 3
富山県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地	富山市安住町 5 - 2 1
	電話番号	0 7 6 - 4 3 2 - 3 2 8 0
富山県国民健康保険 団体連合会	所在地	富山市下野字豆田 9 9 5 - 3
	電話番号	0 7 6 - 4 3 1 - 9 8 2 7

16. 運営推進会議の設置

当事業所では、認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

<運営推進会議>

構成：利用者、利用者家族、地域住民の代表者、入善町役場職員又は地域包括支援センター職員、当該事業について知見を有する者。

開催：隔月で開催

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

※利用者様、利用者ご家族様については持ちまわりで参加をお願いします。

17. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご利用者様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和3年4月1日改定

令和5年3月1日改定

令和6年4月1日改定

令和6年6月1日改定

令和 年 月 日

指定認知症対応型共同生活介護サービス・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。

共生型グループホーム 華のれん

説明者 職名 代表者

氏名 石丸 真弓 印

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、指定認知症対応型共同生活介護サービス・指定予防介護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

利用者代理人 住所

氏名 印

続柄