

重 要 事 項 説 明 書

(認知症対応型共同生活介護事業及び

介護予防認知症対応型共同生活介護事業)

医療法法人 幸明会

グループホーム ほたる

重 要 事 項 説 明 書

(認知症対応型共同生活介護事業及び 介護予防認知症対応型共同生活介護事業)

貴殿が利用しようと考えている認知症対応型共同生活介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいて頂きたい内容を説明いたします。

引き続き実際に契約を結ぶときには、本書の内容の説明を受けたことを証するため、本書の最終面に記名押印をお願いします。

1. 実施主体

名 称	医療法人 幸明会			
所 在 地	福岡県みやま市瀬高町長田 1 6 0 4			
法人種別	医療法人			
代表者名	理事長 三根 浩一郎			
連 絡 先	電 話	0944-62-4161	F A X	0944-62-4163

2. 事業所

名 称	グループホーム ほたる					
指定番号	4098700083					
所 在 地	福岡県みやま市瀬高町坂田 5 5					
連 絡 先	電 話	0944-67-7360		F A X	0944-67-7361	
敷 地	1447.0 m ²					
建 物	住 居 数	9 部屋	総戸数	1 戸	総定員	9 名
	延床面積	260.02 m ²				
	職 員 数	8 名				

3. 事業の目的と運営方針

事業目的	医療法人 幸明会が設置するグループホーム ほたる（以下「事業所」という。）が行う指定認知症対応型共同生活介護事業及び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の人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の管理者、計画作成担当者、介護職員等（以下「従業者」という。）が要介護状態（指定介護予防認知症対応型共同生活介護にあつては要支援状態）にある利用者に対し、適切な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を提供する事を目的とする。
運営方針	1. 指定認知症対応型共同生活介護の提供にあたっては、認知症（介護保険法第8条第16項に規定する認知症をいう。以下同じ。）によって自立した生活が困難になった要介護状態の利用者（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。以下同じ。）に対して、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、心身の特性を踏まえ、利用者様と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、食事、入浴、排泄等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練等必要な援助を行う。 2. 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供にあたっては、認知症によって、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、心身の特性を踏まえ、利用者様と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、食事、入浴、排泄等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練等必要な援助を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持及び向上を目指す。

	3. 事業の実施にあたっては、利用者様の認知症状の緩和や悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行う。 4. 事業の実施にあたっては、利用者様一人一人の人格を尊重し、利用者様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。 5. 事業の実施にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者様又は家族に対し、サービスの提供等について、理解しやすいように説明を行う。 6. 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 7. 前各項のほか、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」及び「指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」に定める内容を厳守し、事業を実施する。
--	---

4. ご利用住居

名 称	グループホーム ほたる			
所 在 地	福岡県みやま市瀬高町坂田 5 5			
管 理 者	氏 名	河野 直美		
	保有資格	介護福祉士	兼 務	
連 絡 先	電 話	0944-67-7360	F A X	0944-67-7361
敷 地	1447.0 m ²			
建 物	構 造	木造平屋造り		
	延床面積	260.02 m ²		
	居 室 数	9 部屋		
	入居定員	9 名		
利用居室	101 号室～109 号室 各部屋個室			
共用施設	台所・食堂・居間・洗面所・トイレ・浴室			

5. 職員体制

管 理 者	常勤・兼務 1 名
計画作成担当者	常勤・兼務 1 名
介 護	常勤 6 名
	常勤・兼務 2 名

6. 利用定員

9 名

7. サービスの内容

入居者様の状況に合わせながらできるだけ一緒に作業します。

種 類	内 容
食 事	入居者様の身体状況、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 8 : 0 0 ～ 昼食 1 2 : 0 0 ～ 夕食 1 7 : 3 0 ～
排 泄	入居者様の状況に応じ、適切な排泄の介助と排泄の自立の援助を行います。
入 浴	入居者様の状況に応じ、入浴又は清拭を行います。
その他 日常生活上の 世話	寝たきり防止のため離床に配慮、着替え・整容などのお手伝い、 寝具・シーツの交換、洗濯、健康管理、協力医療機関への通院、居室内の清掃、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	利用者様やご家族からの相談を受け、必要で可能な援助を行います。

8. 利用料金

介護保険を利用する場合は、原則として基本料金の1割です。

(利用者負担割合二割・三割の方は別途計算方法があります。)

ただし、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介護保険対象外のサービスは全額自己負担になります。

【介護保険基本料金】

	(介護予防)認知症対応型 共同生活介護費 I	利用者様負担① (1割)	月額利用者様負担額目安 ①×30日
	(単位)	(円)	(円)
要支援 2	7 6 1	7 6 1	2 2.8 3 0
要介護 1	7 6 5	7 6 5	2 2.9 5 0
要介護 2	8 0 1	8 0 1	2 4.0 3 0
要介護 3	8 2 4	8 2 4	2 4.7 2 0
要介護 4	8 4 1	8 4 1	2 5.2 3 0
要介護 5	8 5 9	8 5 9	2 5.7 7 0

- ※1 医療連携体制加算 (I) ハ 《介護予防除く》 37 単位/日
- ※2 サービス提供体制強化加算 (I) 22 単位/日
- ※3 科学的介護推進体制加算 40 単位/月
- ※4 協力医療機関連携加算 《介護予防除く》 100 単位/月
- ※5 初期加算 (入居後 30 日以内) 30 単位/日
- ※6 若年性認知症利用者受入加算 120 単位/日
- ※7 退居時相談援助加算 400 単位/日
- ※8 看取り介護加算 (死亡日以前 31～45 日以下) 72 単位/日
- (死亡日以前 4～30 日以下) 144 単位/日
- (死亡日以前 2 日又は 3 日) 680 単位/日
- (死亡日) 1,280 単位/日
- ※9 利用者入院期間中の体制 (入院後 3 ヶ月以内に退院が見込まれる入居者) 246 単位/日
(1 月 6 回を限度として)
- ※10 退居時情報提供加算 250 単位/回
- ※11 当事業所は介護職員処遇改善加算(I)に該当する事業所であり、
上表及び※1～7に該当する加算を合計した単位数の 18.6%を加算いたします。

利用者様が要介護認定を受けていない場合や、要介護認定を受けた後に 1 年以上保険料を滞納している等の場合は、基本料金と加算料金の全額を一旦お支払いいただきます。

この場合、利用者様は事業所が発行する「サービス提供証明書」を添えて居住地の市町村に保険給付の申請を行うことになります(償還払い)。

【その他の費用】

日常生活費	家 賃 : 1,200 円/日 水道光熱費 : 400 円/日 食 材 費 : 1,000 円/日(朝: 200 円 昼: 400 円 夜: 400 円) 特 別 食 費: 実 費 利用者様のご希望により特別な食事を提供した場合の費用です。
おむつ代	実 費
理美容代	実 費

【請求とお支払いの方法】

請 求	① 利用料その他の費用は、月ごとに請求いたします。 ② 請求書は、毎月毎の金額を明らかにした明細書を添えて、利用月の翌月 10 日までに利用者様（ご家族）にお届けいたします。
支払い	① 請求月の月末までにお支払い下さい。 ② お支払いを確認しましたら領収書を発行しますので、大切に保管して下さい。（領収書の再発行は致しません。） ③ お支払いが 2 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも係わらず 7 日以内にお支払いいただけない場合には、契約を解約させていただきます。未払い分をお支払いいただくことになります。

9. サービスの利用方法等

利用申込み	電話又は来所のうえお申込み下さい。 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。 本書によりサービス提供に関する重要事項をご説明し、利用者様の同意を得た上で、契約を締結します。
サービス終了	①利用者様のご都合でサービスを終了する場合は、サービスの終了を希望する日の 7 日前までにお申し出ください。 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、その場合は終了 1 ヶ月前までに文書で通知いたします。 ③自動終了 次の場合は、双方の通知がなくとも自動的に終了になります。 ア 利用者様が介護保険施設に入所した場合 イ 利用者様の要介護認定区分が「非該当（自立）」となった場合 ウ 利用者様が亡くなられた場合 ④その他 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、利用者様の個人情報のみだりに漏洩した場合、利用者様やご家族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、利用者様は文書で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。 イ サービス料金のお支払いが 2 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも係わらず 7 日以内にお支払いいただけない場合、当事業所は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了させていただきます。 ウ 利用者様やご家族が、当事業所やその従業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、当事業所は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了させていただきます。

10. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の急変等の緊急事態が発生した場合は、事前の打ち合わせにより、利用者様の主治医、協力医療機関、救急隊、ご家族にご連絡します。

11. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、利用者様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業所等に連絡いたします。

また、当事業所の介護サービス提供中に賠償すべき事故が発生した場合は、すみやかに損害賠償いたします。なお、当事業所は東京海上日動火災保険株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

12. 第三者評価の実施及び開示

当事業所は、第三者評価(外部評価又は、運営推進会議における評価)にて、講評やコメントを頂き改善に取り組んでいます。

尚、調査結果報告書の開示も行っています。

13. 協力医療機関（協力歯科機関）

- ① 住所 : 福岡県みやま市瀬高町長田 1604
名称 : 医療法人 幸明会 船小屋病院
電話 : 0944-62-4161
- ② 住所 : 福岡県みやま市高田町濃施 480-2
名称 : 社会医療法人 弘恵会 ヨコクラ病院
電話 : 0944-22-5811
- ③ 住所 : 福岡県みやま市瀬高町坂田 91-1
名称 : 医療法人 幸明会 陽だまり歯科クリニック
電話 : 0944-64-7070

14. 入居に当たっての留意事項

お持ちいただく者	・介護保険被保険者証 ・後期高齢者医療被保険者証 又は、医療保険被保険者証 ・日常生活用品 *高額金品、ペット等の持ち込みはご遠慮ください。
面 会	時 間 : 午前 9 : 0 0 ~ 午後 7 : 0 0
外 出	・外出を希望される場合は、職員にお声掛けください。
居室の利用	・設備、備品は本来の用途に従って使用して下さい。これに反した利用により破損した場合、弁済していただくことがあります。 ・喫煙は所定の場所をお願いします。
身体的拘束	利用者様ご自身又は、他の利用者様等の生命・身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束は行いません。やむを得ず身体的拘束を行う場合には、事前にご家族に連絡し了承を得るものとし、併せて下記について記録します。 ①やむを得ず身体的拘束を行う理由 ②身体的拘束の方法・内容 ③身体的拘束の開始日時、終了予定日時、終了日時 ④身体的拘束を行っている間の利用者様の様子 ⑤身体的拘束に代わる方法について検討した処遇会議等の結果

15. 非常災害対策

防火設備	・スプリンクラー ・自動火災報知機 ・消防通報設備 ・消火器 ・警報設備 ・避難誘導等 ・懐中電灯 ・ラジオ
避難訓練	・防火教育及び基本訓練…年2回 ・利用者を含めた総合訓練…年1回 ・非常災害用設備の使用方法…随時

16. 虐待の防止等のための措置

当事業所は、利用者様の人権の擁護、虐待の発生またはその再発を防止するため、以下に掲げる事項を実施します。

- ① 虐待対策のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図る。
- ② 虐待を防止するための定期的な研修。
- ③ 従事者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整備し、従事者が利用者様等の権利擁護に取り組める環境の整備に努める。
- ④ 虐待などの発見時における行政及び、関係機関への通報。

17. サービス内容等に関する苦情・相談について

サービス内容等に苦情・相談がある場合は、下記へご連絡ください。

① 【グループホーム ほたる】

担当：家村 尚美

TEL：0944-67-7360

FAX：0944-67-7361

受付時間：午前9時30分～午後5時30分

② 【福岡県国民健康保険団体連合会】

担 当 部 署：介護保険課 介護保険係

電 話 番 号：092-642-7859

③ 【みやま市介護支援課】

担 当 部 署：介護支援課 介護保険係

電 話 番 号：0944-64-1555

事業者は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護サービスの内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 : 福岡県みやま市瀬高町坂田 5 5
事業所名 : グループホーム ほたる (印)
管 理 者 : 河野 直美

説明者 氏 名 : (印)

私は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護サービスの内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 :

氏 名 : (印)

代理人 住 所 :

氏 名 : (印)

続 柄 :