

重要事項説明書

認知症対応型共同生活介護（介護予防を含む）

グループホーム阿東園

認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令に基づき、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. ご利用の事業所

事業所の名称	グループホーム阿東園
運営主体	社会福祉法人 友愛会
代表者名	理事長 福江 正治
事業所の所在地	山口市阿東地福下 286 番地 1
電話番号	083-952-5003
指定事業所番号	3578100434

2. 事業の目的と運営の方針

- 1) 利用者が、可能な限り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サービスを提供します。
- 2) 認知症対応型共同生活介護サービスの提供は、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、必要なサービスの提供を行います。
- 3) 市町村、居宅介護支援事業所、他のサービス事業所等関係機関との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3. 利用者・家族の権利と義務

1) 利用者・家族の権利

- ① 独自の生活歴を有する個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を維持すること
- ② 生活やサービスにおいて、十分な情報が提供され、個人の自由や好み、および主体的な決定が尊重されること
- ③ 安心感と自信がもてるように配慮され、安全と衛生が保たれた環境で生活できること
- ④ 自らの能力を最大限に発揮できるように支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受けられること

- ⑤必要に応じて適切な医療を受けることについて援助を受けられること
- ⑥家族や大切な人との通信や交流の自由が保たれ、個人情報を守られること
- ⑦地域社会の一員として生活し、選挙その他一般市民としての行為を行えること
- ⑧暴力や虐待および身体的精神的拘束を受けないこと
- ⑨生活やサービスについて職員に苦情を伝え、解決されない場合には、専門家または第三者機関の支援を受けること

2) 利用者・家族の義務

- ①利用者の能力や健康状態についての情報を正しく事業者を提供すること
- ②他の利用者やその訪問者および事業者の職員の権利を不当に侵害しないこと
- ③特段の事情がない限り、事業者の取り決めやルールおよび事業者またはその協力医師の指示に従うこと
- ④事業者が提供する各種のサービスに意義がある場合に、速やかに事業者に知らせること
- ⑤市町ならびに介護保険法その他省令に基づく当グループホームへの立ち入り調査について、利用者および家族、利用者代理人は協力すること

4. 職員体制

職 種	員数	職 務 内 容
管 理 者	常勤 1名 (介護職員と兼務)	事業所の従業者の管理及び業務の統括に関する事
計画作成担当者	非常勤 1名 (管理職と兼務)	事業の計画作成に関する事
介 護 職 員	常勤 5名 非常勤 5名	利用者に対する入浴、排泄、食事等の介護に関する事
事 務 員	常勤兼務 1名	事業の実施に必要な事務に関する事

(勤務体制)

区 分	勤務時間	員 数
日 勤	09:00～18:00	1名
早 出	07:30～16:30	1名
遅 出	10:30～19:30	1名
夜 勤	16:30～09:30	1名

※日中の時間帯は利用者3人につき1人以上の介護職員が勤務しております。

夜間については1名の職員が勤務しております。

5. 入居にあたっての留意事項

- ☆ 面会時間は原則として、9：00～21：00です。
- ☆ 外泊は自由ですが、体調の関係もありますので事前にご相談の上、所定の用紙に必要事項の記入をお願いします。
- ☆ できるだけ現金の所持はお控え下さい。どうしてもといわれる場合はお小遣い程度をお願いします。
- ☆ 居室の設備、備品等は本来の使用方法に従ってご使用下さい。
- ☆ 騒音・雑音等他の利用者の迷惑になる行為は慎んでください。
- ☆ むやみに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。

6. 実施するサービスと利用料金

◇提供するサービスについて

- ① 利用料金が介護保険から給付されるサービス
- ② 全額自己負担していただくサービス（別記）があります。

7. 外部評価(第三者)の実施について

- ① 当グループホームは、定期的に外部評価(第三者)を受けています。
- ② 評価機関
 - ・ 山口県サ-ビス評価調査機関
 - ・ やまぐち介護サ-ビス評価調査ネットワーク
- ③ 直近の調査年月日
 - ・ 2020年10月15日
- ④ 評価・結果の開示
 - ・ 評価結果については、グループホームにていつでも閲覧できます。
 - ・ やまぐち介護サ-ビス評価結果「ワムネット」でも閲覧できます。

8. 虐待防止

- ① 当法人「高齢者虐待防止指針」に沿って、虐待防止に取り組みます。
- ② 定期的開催する虐待防止委員会を通じて、介護サ-ビスの点検と虐待に繋がり兼ねない不適切なケアの改善などに取り組みます。
- ③ 虐待の通報などがあつた場合には、虐待解決検討委員会を開催し速やかな解決につなげます。
- ④ 職員は定期的(年二回)に、園内虐待防止研修を受講します。

(1) 介護保険給付対象サービス

利用料金が介護保険から給付されるサービス

種 類	内 容
1. 食 事	利用者と職員との共同調理 (ただし、材料費部分は別途いただきます。)
2. 入 浴	毎日の入浴が可能です。
3. 排 泄	利用者の能力に合わせた排泄援助
4. 機 能 訓 練	利用者の状況、希望に応じての日常生活上必要な機能の回復、減退予防訓練
5. 自立への支援	清潔、整容、更衣、離床への配慮等

利用者と職員との共同生活の中で行います。

当施設の居住費・食費の負担額

負担の軽減は、申請後、決定があった月の初日から対象になります。また、対象者は、世帯の全員(世帯分離している配偶者を含む)が、市町民税非課税世帯であり、かつ預貯金等の資産が、下記表のとおりとなります。

年金収入※80万円以下(第2段階)	単身 650万円、夫婦 1,650万円
年金収入80万円超 120万円以下(第3段階①)	単身 550万円、夫婦 1,550万円
年金収入120万円超(第3段階②)	単身 500万円、夫婦 1,500万円

※公的年金等収入金額(非課税年金を含みます。)+その他の合計所得金額。

[単位:円](1日当たり)

対象者		区分	居住費(多床室)	食 費
生活保護受給者		利用者負担 第1段階	0	300
老齢福祉年金受給者				
市町村民 税非課税 者	年金収入等 80 万円以下	利用者負担 第2段階	370	390
	年金収入 80 万円超120万円以下	利用者負担 第3段階①	370	650
	年金収入等 120 万円超	利用者負担 第3段階②	370	1,360
	上記以外の方	基準費用額	855	1,445

☆実際の負担額は、日額で設定されます。

§ サービス利用料金 §

利用料金は要介護度に応じて決まっています。介護保険負担割合証に記載してある負担割合に応じて、利用者負担金をお支払い下さい。

【基本】(日額)

要介護度	基本利用料	利用者負担金(1割)	利用者負担金(2割)	利用者負担金(3割)
要支援2	7,600円	760円	1,520円	2,280円
要介護1	7,640円	764円	1,528円	2,292円
要介護2	8,000円	800円	1,600円	2,400円
要介護3	8,230円	823円	1,646円	2,469円
要介護4	8,400円	840円	1,680円	2,520円
要介護5	8,580円	858円	1,716円	2,574円

【加算】(日額)

加算の種類	基本利用料	利用者負担金(1割)	利用者負担金(2割)	利用者負担金(3割)
初期加算(入所後30日)	300円	30円	60円	90円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	180円	18円	36円	54円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1ヶ月の利用料金の11.1%	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	1ヶ月の利用料金の3.1%	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割

償還払いについて

要介護認定を受けていない場合等、いったんサービス利用料金を全額お支払いいただく場合があります。その場合は後日、お住まいの市町村で申請していただくと、サービス利用料金が負担割合に応じて払い戻されます。その申請に必要な「サービス提供証明書」を発行します。

(2) 介護保険給付対象とならないサービス

以下のサービスは全額ご利用者の負担となります。

サービス	内 容	料 金
食材料の提供	食事の材料にかかる費用	1日 1,445円 (内 訳) 朝食 385円 昼食 530円 夕食 530円
家 賃	個 室	1日 1,100円
光 熱 水 費	電気、水道料など	1日 400円

その他必要となる諸経費実費	医療費やおむつ代、特に希望されるお菓子、電話代、理美容代など	実 費
---------------	--------------------------------	-----

(3) サービス利用料金のお支払い方法

(1) (2) の料金の合わせた金額を、翌月 20 日にご指定の金融機関の口座から引き落としさせていただきます。

ご利用できる金融機関…山口銀行、郵便局、山口中央農協

9. 貴重品の管理について

ご希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。

- 管理する金銭の形態 施設が指定する金融機関に預け入れている預金
- お預かりするもの 健康保険証、介護保険証 等
- 保管管理者 管理者

ご希望により、各種支払いや、必要な諸手続きの代行もいたします。
 出入金等の記録はいつでもご覧いただけます。

10. 利用定員

9人

11. 居室の概要

個室 9室

12. 協力医療機関について

医療が必要となった場合、下記の医療機関にて入院及び治療が受けられます。

医療機関名	所在地	連絡先
藤原医院	山口市阿東生雲中 188-7	083-954-0331
済生会山口総合病院	山口市緑町 2-11	083-922-2430

当施設は、緊急な場合に備え、利用者及び家族の情報を上記医療機関に提供します。
 ただし、上記医療機関での優先的な治療等を保証するものではありません。また上記医療機関での治療等を義務づけるものでもありません。

13. 施設を退居していただく場合

○契約書では特に契約期間は定めていません。

いつでも契約の解除を申し出てください、施設を退居していただくことができます。

○施設から退居をお願いする主な場合（契約書 第 17 条参照）

①心身の状況等について不実の告知、またはこれを告げず契約を継続し難い事態が

生じた場合

- ②サービス利用料金の支払いが3カ月以上遅延した場合
- ③他の利用者の生命、身体、財産等を傷つけたり、不信行為を行ったりして、継続を持続し難い事態が生じた場合
- ④要介護度が「自立（非該当）」と判断された場合
- ⑤他の介護保険施設に入居される場合
- ⑥入院の必要が生じた場合

14. 苦情等の受付

当施設のサービスについて、不明な点や疑問、苦情がございましたら、担当者をおいておりますのでお気軽にご相談下さい。以下の手順で責任を持って調査、改善させていただきます。

- 苦情があった場合はその状況を速やかに確認し問題点を整理します。
- 内容を確認した上で検討し、具体的な対応をします。（必要に応じて第三者委員の助言、立会を求めます。）
- 対応後、ミーティングを行い再度確認します。
- 記録を台帳化し、再発防止に役立てます。
- 苦情に限らず、利用者や家族からの提案や要望についても同様の対応を行います。

- ・ 苦情受付担当者 大谷 日出夫 (連絡先) 083-952-5003
- ・ 苦情解決責任者 吉松 博文 (連絡先) 083-952-1154
- ・ 第三者委員
田中 一枝 山口市阿東地福下 957 (連絡先) 083-952-0214
三宅 洋子 山口市阿東篠目 559-2 (連絡先) 083-955-0358

※公的機関においても、苦情申し出ができます。

- ・ 山口市健康福祉部介護保険課
山口市亀山町2番1号 (連絡先) 083-934-2795
- ・ 国民健康保険団体連合会
山口市大字朝田字岡の口 1980-7 (連絡先) 083-995-1010

15. 秘密の保持

業務上知り得た利用者またはご家族の情報は、その目的以外には決して用いることはありません。

16. 事故発生時の対応

認知症対応型共同生活介護サービスの提供において、利用者は、万一事故が発生した場合、速やかに関係市町村、家族等に連絡し、必要な対応を行います。

17. 非常災害対策

災害時の対応	別途定める「グループホーム阿東園消防計画」により対応します。
近隣との協力関係	山口市阿東消防署と絶えず連絡を取っております。
平常時の訓練	「グループホーム阿東園消防計画」にのっとり、夜間想定消防訓練を年に2回、利用者の方も参加して実施しております。
防災設備	自動火災報知設備 誘導灯 消火器 ガス漏れ報知器 カーテン等は防災性能のある物を使用しております。
消防計画	消防署への届出日 平成21年7月16日 防火管理者 矢野 初美

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護サービスの提供に際し、本書面に基づく重要事項の説明を行いました。

グループホーム阿東園

職名 _____ 氏名 _____ 印 _____

私は本書面の重要事項の説明を受け、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。また他機関との連携を図る等、正当な理由がある場合、関係医療機関やその他の事業所、サービス担当者会議等に私や家族の情報を提供することに同意します。

住所 _____

契約者氏名 _____ 印 _____

署名代行者氏名 _____ 印（続柄 _____）