

## グループホームのはら重要事項説明書

あなたに対する認知症対応型共同生活介護サービスの提供にあたり、介護保険法に係る厚生労働省令に基づいて、重要事項を下記のとおり説明します。

### 1 事業者の概要

法人名	医療法人社団 光仁会
法人所在地	山口県光市中央3丁目2番26号
法人種別	医療法人
代表者の氏名	理事長 市川 晃
電話番号	0833-72-5700
FAX番号	0833-71-0758

### 2 事業所の概要

事業所の名称	グループホームのはら
事業所の所在地	山口県光市中央3丁目2番13号
介護保険事業所番号	3591000066
事業所の代表者の氏名	市川 晃
電話番号	0833-72-0170
FAX番号	0833-72-5513

### 3 事業所の施設の概要

敷地	767.07 m <sup>2</sup>
建物構造	鉄筋コンクリート造
延床面積	217.82 m <sup>2</sup>
居室(1)～(9)	90.00 m <sup>2</sup>
居間・食堂・台所	66.47 m <sup>2</sup>
脱衣所	5.73 m <sup>2</sup>
浴室	4.30 m <sup>2</sup>
便所	6.87 m <sup>2</sup>
職員室	9.87 m <sup>2</sup>
廊下	20.00 m <sup>2</sup>
その他	14.58 m <sup>2</sup>

#### 4 事業の目的

本事業所は、老人福祉法及び介護保険法の理念に基づき、認知症があつて要介護又は要支援の状態にある者（著しい精神症状や著しい行動異常がある者、急性期状態にある者を除く。）に対して、介護等の生活支援を行い、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出来るようにすることを旨とし、認知症高齢者福祉の増進に寄与することを目的とします。

#### 5 運営の方針

本事業所は、前条の目的達成のため、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、保健医療・福祉関係者や行政機関等との密接な連携に努めます。

本事業所は、明るく家庭的な雰囲気及び健全な環境の下での生活を確保するため、利用者の人格を尊重し、従業者との信頼関係を基調とする適切な処遇について、不断の努力を行います。

#### 6 従業者の職種及び員数

従業者の職種、員数は、次のとおりです。

- |             |                       |
|-------------|-----------------------|
| (1) 管理者     | 1名（常勤・併設事業所と兼務）       |
| (2) 介護支援専門員 | 1名（常勤・管理者と計画作成担当者と兼務） |
| (3) 計画作成担当者 | 1名（常勤・介護職員と兼務）        |
| (4) 介護職員    | 9名（常勤8名 非常勤1名）        |

#### 7 従業者の職務内容

従業者の職務は、次のとおりです。

- (1) 管理者は、事業所の従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行なうとともに、従業者に対する必要な指揮命令を行います。
- (2) 計画作成担当者は、利用者及び家族の相談に応じるとともに適切な「認知症対応型共同生活介護計画」を作成し、関係機関との連絡、調整を行います。
- (3) 介護職員は、認知症対応型共同生活介護計画に基づきサービスの提供を行います。
- (4) 職員は、利用者の健康状態を的確に把握・管理し、利用者の主治医や協力医療機関との連携を行います。

#### 8 営業日及び営業時間

事業所の営業日及び営業時間は次のとおりです。

- (1) 営業日 年中無休
- (2) 営業時間  
24時間

#### 9 利用定員

事業所の登録定員は9人です。

## 1 0 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、光市全域です。

## 1 1 認知症対応型共同生活介護の内容及び利用料

### (1) 介護保険給付対象サービスについて

#### ①日常生活の援助

利用者の心身の状況に応じ、日常生活の支援に係るサービスを提供します。(排泄、入浴、食事、更衣、整容、洗濯、掃除、その他健康管理に関することや手続きの代行)

#### ②機能訓練

日常生活を営むのに必要な能力の減退を防止するために行います。また季節に応じた各種レクリエーションなども行います。

#### ③相談及び援助

利用者又はその家族からの相談に誠意を持って対応し、可能な限り必要な援助を行います。

#### ④介護保険給付対象サービスの利用料は別表の通りです。

### (2) 介護保険給付対象外のサービス利用料は別表の通りです。

### (3) 敷金 200,000円

この敷金は、無利息とし、賃料の延滞等、契約終了時において利用者が事業者に対して負担する債務を控除して返還します。

### (4) 月の途中における入居については日割り計算とします。

### (5) 利用料のお支払いについては、月ごとに発行する請求書に基づき、郵便局かJ Aより口座振替させていただきます。

#### ※医療費について

介護職員は、常日頃から利用者の健康管理に努めておりますが、利用者が病気又は負傷等により検査や治療が必要となった場合は、利用者の主治医又は事業者の協力医療機関による往診や通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担していただくこととなります。

#### ※居宅療養管理指導について

「居宅療養管理指導」とは、介護保険制度において要支援・要介護の認定を受けられた方で、通院が困難な方のご自宅(居宅)を訪問し、継続的な医学管理に基づいて医師が行うものです。従来の医療保険での往診・訪問診療に加えて、次の事を行います。

### (1) 介護支援専門員(ケアマネージャー)へ、居宅サービス計画の作成等に必要な情報を提供します。

### (2) 要介護者または家族の方へ、居宅サービス利用上の留意事項や介護方法の指導・助言等を行います。

### (3) その他、療養上必要な事項についての指導・助言等を行います。

## 1 2 苦情申し立て窓口

当施設に相談窓口を設置しております。遠慮なくお申し出下さい

- |                  |                |
|------------------|----------------|
| ① 窓口担当者 管理者 播元好枝 | 電話0833-72-0170 |
| ② 光市高齢者支援課介護保険係  | 電話0833-74-3003 |
| ③ 山口県国民健康保険団体連合会 | 電話083-995-1010 |
| ④ 山口県長寿社会課 介護保険班 | 電話083-933-2774 |

## 1 3 事故発生時の対応

- (1) 事故が発生した場合は、光市高齢者支援課、利用者の家族に連絡を行うとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
- (2) 前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、書面で光市高齢者支援課に報告します。
- (3) 利用者に対する補償すべき事故が発生した場合は、介護事業者賠償責任補償制度により、速やかに損害賠償を行います。

## 1 4. 高齢者虐待防止の為の取り組み

事業者は、入所者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者
-------------

主任・播元 好枝
----------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者が入所者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (4) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (5) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (6) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (7) サービス提供中に、当該施設従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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、これを市町村に通報します。

## 1 5 協力医療機関

認知症対応型共同生活介護の提供を行なっているときに利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医や下記の協力医療機関等に連絡する等の必要な措置を講じます。

医療機関の名称	市川医院
診療科目	胃腸科 内科 循環器科 リハビリテーション科 外科
院長名	市川晃
所在地	光市中央3丁目2番26号
電話番号	0833-72-5700

## 1 6 協力歯科医療機関

医療機関の名称	みなみ歯科医院
診療科目	歯科
院長名	南 典文
所在地	光市中央1丁目1-5
電話番号	0833-72-8888

## 1 7 協力介護老人福祉施設

施設の名称	光富士白苑
-------	-------

## 1 8 協力介護老人保健施設

施設の名称	しまた川苑
-------	-------

## 1 9 その他協力機関

光市立光総合病院

## 2 0 非常災害時の対策

火災・災害時の対応	別途定める「グループホームのはら消防計画」にのっとり対応します。
近隣との協力関係	光井連合自治会と非常時の相互の応援を約束しています。
平常時の訓練	「グループホームのはら消防計画」にのっとり年2回以上、夜間及び昼間を想定した避難訓練を利用者も参加して実施します。
災害設備	スプリンクラー、誘導灯、消火器、火災報知機、火災通報装置

## 2 1 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

訪問・面会	面会時間 9:00~18:00 来訪者は必ず面会簿に記帳してください。
外出・外泊	外出の際には、必ず行き先と帰設日時・同伴者を事務所に申し出てください。
部屋・設備・器具の利用	施設内の部屋や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、弁償していただくことがあります。
所持品の管理	所持品には必ず記名をお願いします。
現金等の管理	現金は部屋内に持ち込まないようお願いします。事務所にてお預かりします。
動物の飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
喫煙・飲酒	全館禁煙です。飲酒はできません。

## 2 2.身体拘束防止への取り組み

利用者に対する身体拘束防止のための必要な措置を次に掲げるとおり行います。

- 1 身体拘束防止についての研修を通じて、身体拘束の身体・精神に与える影響を学び、利用者の人権遵守につなげます。

- 2 生命に危険が及ぶなどの緊急の事情がある場合には身体拘束の必要性を家族に説明し、了承を得たうえで行います。

### 2 3. 業務継続計画の策定

#### (1) 感染症予防及び感染症の発生時の対応（衛生管理を含む）

- ・事業所は、施設における感染症の発生または食中毒の予防及び蔓延の防止のため 必要な措置を講じるとともに、必要に応じて保健所の助言・指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- ・事業所は、感染対策の指針を整備します。
- ・事業所は、感染症発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修、発生時の 訓練を定期的に行います。
- ・事業所は、感染症が流行する時期等を起案して必要に応じてテレビ電話装置等を活用しサービス担当者会議等を行います。
- ・厚生労働大臣が定める感染症または食中毒が疑われる際の対処等に関する手順に 沿った対応を行います。

#### (2) 非常災害対策

事業所に災害に関する担当者（防火管理者）を置き非常災害に関する取組みを行います。

- ・防災の対応：消防計画に基づき速やかに消火活動に努めるとともに、避難、誘導 にあたります。
- ・防災設備：防火管理者を選任し、消火設備、非常放送設備等、必要設備を設け ます。
- ・防災訓練：消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、従業者および利用者、地域住民の参加が得られるように連携に努め、消火通報、避難 訓練を年間計画で実施します。
- ・事業所は、大地震等の自然災害、感染症のまん延等、あらゆる不測の事態が発生 しても事業を継続できるよう計画（BCP）を策定し、研修の実施、訓練を定期的に行い ます。

## 別表

### 介護保険給付対象サービスの利用料

給付内容	区 分	自己負担
認知症対応型共同生活介護	要介護1	765円/日
	要介護2	801円/日
	要介護3	824円/日
	要介護4	841円/日
	要介護5	859円/日
初期加算	30円/日	入居日から30日以内
医療連携体制加算Ⅰハ	37円/日	
医療連携体制加算Ⅱ	3円/日	
サービス提供体制加算Ⅰ	22円/日	
認知症専門ケア加算Ⅰ	3円/日	認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方
生活機能向上連携加算Ⅱ	200円/月	
協力医療機関連携加算Ⅱ	400円/月	
栄養管理体制加算	30円/月	
看取り介護加算	72円/日	死亡日以前31～45日以下
	144円/日	死亡日以前4～30日以下
	680円/日	死亡日前日、前々日
	1,280円/日	死亡日
口腔・栄養スクリーニング加算	20円/回	
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	50円/月	
科学的介護推進体制加算	40円/月	

※介護職員処遇改善加算は上記の所定単位数に11.1%を乗じて算定する。(R6.5.31まで)

※介護職員特定処遇改善加算は上記の所定単位数に3.1%を乗じて算定する。(R6.5.31まで)

※介護職員等ベースアップ等支援加算は上記の所定単位数(介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇加算は除外)に2.3%を乗じて算定する。(R6.5.31まで)

※介護職員等処遇改善加算は上記の所定単位数に18.6%を乗じて算定する。(R6.6.1より)

※利用料は介護報酬の告示上の額とし、法定代理受領サービスであるときは、その介護保険利用者負担の割合に応じて負担するものとします。

### 介護保険給付対象外のサービス利用料

- ①家賃 50,000/月
- ②共益費 20,000/月
- ③食材費 1,950/日
- ④日用品・娯楽教養費 3,000/月

⑤前各号に掲げるもののほか、認知症対応型共同生活介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用であって、利用者が負担することが適切と認められる費用につき、実費をいただきます。

令和 年 月 日

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、事業者は本書面に基づき重要事項の説明を行いました。また、利用者、利用者代理人、身元引受人は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の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  
(本人との関係)  
(代理の理由)

身元引受人 (住所)  
(氏名) 印

事業者 (所在地) 光市中央三丁目2番13号  
(名称) 医療法人社団光仁会 グループホームのはら  
(代表者名) 理事長 市川 晃 印

※ 私と、貴事業所との間の介護保険法に基づく契約書第19条の秘密の保持に関し、貴事業所が私のよりよき介護のためのサービス担当者会議において、私とその家族の個人情報、契約の有効期間中用いることに同意します。

令和 年 月 日

利用者 (住所)  
(氏名) 印

利用者代理人 (住所)  
(氏名) 印  
(本人との関係)  
(代理の理由)