

重要事項説明書 (利用の手引き)

グループホームわがの里

指定介護予防認知症対応型共同生活介護

事業者】

〒024-0073

岩手県北上市下江釣子10地割74番地3

社会福祉法人和江会

理事長 菊池 隆浩

☎ 0197-73-8701 FAX 0197-73-8702

令和7年5月1日 現在

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て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・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 事業者の内容

(1)	事業所名称	グループホームわがの里
	介護保険指定番号	0390600062
	所在地	岩手県北上市下江釣子11地割2番地17
	管理者の氏名	藤田 徹
	電話番号	0197-73-8701 FAX 0197-73-8702
	開設年月日	平成21年5月1日
	入所定員	9名
	サービス提供地域	北上市（※ その他の地域にお住まいの方もご相談下さい。）

(2) 事業所の職員体制

職名	業務内容	人員
管理者	業務及び職員の管理	1名
計画作成担当者	介護計画の作成	1名(兼務)
介護職員	利用者の介護	7名以上

(3) 設備の概要

○ 居室

利用者の居室は、原則個室(定員1名)とし、ベッド・ロッカー等を備品として備えます。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・いす・箸や食器類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ます。

3 サービスの内容

- (1) 介護計画の立案 (2) 食事 (3) 入浴 (4) 排泄 (5) 介護
(6) 健康管理(医療連携) (7) 相談援助サービス (8) 行政手続代行 (9) その他

※ これら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。

4 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようしております。

訪問看護ステーション

- ・名称 たいわ訪問看護ステーション
- ・住所 北上市北鬼柳 20-81-1

協力医療機関

- ・名称 北上済生会病院
- ・住所 北上市花園町 1-6-8

協力歯科診療所

- ・名称 むらさきの歯科医院
- ・住所 北上市村崎野 16-166-3

◇ 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いたします。

5 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護予防認知症対応型共同生活介護が法定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。

(1) 基本料金

① 施設利用料

(単位:円)

介護報酬告示額 (1)	自己負担割合	1 割	2 割	3 割
	サービスの利用料金(基本)	要支援 2		
		7,610		
	サービス提供体制加算 I	220		
	合 計	7,830		
(2)	介護保険からの給付額	7,047	6,264	5,481
自己負担額 (1 日)	介護保険自己負担額 (3)	783	1,566	2,349
	食材料費 (4)	1,100	1,100	1,100
	光熱水費 (5)	700	700	700
	居室料 (6)	1,000	1,000	1,000
	自己負担額合計 (3)+(4)+(5)+(6)	3,583	4,366	5,149
1 ヶ月利用料金(30 日)		107,490	130,980	154,470

※ 生活保護者には、家賃の減免があります。

② 加算額等

- ・ 初期加算 入所後 30 日以内 1 日につき 30 円
- ・ 日常生活自立度 ランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する利用者
認知症専門ケア加算(Ⅰ) 1 日につき 3 円
- ・ 口腔衛生管理体制加算 30 円/月
- ・ 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 10 円/月
- ・ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 自己負担額(基本料金+加算)×18.6%

(2) その他の費用

- ① 理容料 調髪、顔剃 2,500円 顔剃のみ 500円
- ② 金銭等貴重品管理費 1日当たり 30円 (月額 900円)
- ③ 寝具一式リース代 1日当たり 93円 (月額 2,790円)
- ④ その他 個別の日用品、紙おむつ買い物サービスの費用などは自己負担になります。

6 サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 利用者は、管理者その他の職員による指導又は指示に従うとともに、事業所内における共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めること。
- (2) 利用者は、外出を希望する場合は、所定の手続きにより管理者に届け出ること。
- (3) 利用者は、事業所の整理、整頓その他環境衛生を保持するため、事業所に協力すること。
- (4) 利用者は、事業所が定める遵守事項に従うこと。

7 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消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回利用者及び職員等の訓練を行います。

8 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、その他必要な場合は、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。

9 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。

10 守秘義務に関する対策

事業者及び職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、職員との雇用契約の内容としています。

11 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、職員教育を行います。

12 身体拘束廃止及び高齢者虐待防止推進

- ・ 当施設は、サービス提供にあたり、原則として身体拘束は行いません。ただし、利用者様または他の利用者様の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合は、三要件（切迫性、非代替性、一時性）を満たしていることを確認し、慎重に検討を行います。
- ・ 身体拘束適正化指針及び高齢者虐待防止推進内容を含む利用者様の権利擁護規程を定める他、利用者様の権利擁護を組織的に推進するための委員会活動や定期的な研修を実施し、これらを実施するための担当者を設置しています。
- ・ 虐待と疑われる事案が発生した場合は、虐待防止のための指針に則り、発生状況の把握と対応を行い、行政機関への通報や警察への通報等必要な措置を講ずると共に、関係機関との連携を図り再発防止に努めるものといたします。

13 感染症対策

- ・ 感染症または食中毒の予防及びまん延防止のための指針を定める他、感染対策を組織的に運営するための委員会活動や定期的な研修及び発生時の訓練（シミュレーション）を実施します。
- ・ 感染症や食中毒が疑われる事案が発生した場合は、感染対策マニュアルに則り、発生状況の把握と対応を行い、行政機関等へ報告すると共に、関係機関との連携を図り感染拡大防止や食中毒まん延防止に努めるものいたします。

14 苦情相談窓口

サービスに関する相談や苦情等については、次の窓口で対応します。

(1) 当施設利用の相談・苦情窓口

窓口担当者 伊藤美智子
ご利用時間 月～土曜日 午前8時30分～午後5時30分
ご利用方法 TEL 0197-73-8701

(2) 当施設以外に、公的機関の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

北上市介護保険担当窓口 TEL 0197-64-2111
岩手県国民健康保険団体連合会 TEL 019-623-4321
岩手県福祉サービス運営適正化委員会 TEL 019-637-8871

(3) 苦情解決委員(第三者)

高田 聖宜 TEL 0197-73-5042
藤枝 剛 TEL 0197-73-5627
三田 長義 TEL 0197-64-1154

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

15 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、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の伏況等をと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 年 月 日

指定介護認知症対応型共同生活介護サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

事業者

〈住 所〉 北上市下江釣子 1 0 地割 7 4 番地 3

〈事業者名〉 社会福祉法人和江会

〈指定番号 0 3 9 0 6 0 0 0 6 2〉

〈代表者名〉 理事長 菊 池 隆 浩 印

事業所名 グループホームわがの里

管理者名 所 長 藤 田 徹

説 明 者 _____ 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

〈利用者〉

住 所 北上市 _____

氏 名 _____ 印

〈身元引受人(家族)〉

住 所 北上市 _____

氏 名 _____ 印

利用者との続柄 ()

〈代理人〉

住 所 北上市 _____

氏 名 _____ 印

利用者との続柄 ()