

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）

グループホーム我が家

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、厚労省令に基づき、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	グループホーム我が家
運営主体	株式会社オージェックス
代表者名	代表取締役 大谷勇人
事業所の所在地	岡山市北区富田273番地9
電話番号	086-235-3880
指定事業所番号	3390103202

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	事業所の従業員の管理及び業務の統括に関すること
計画作成担当者	非常勤 1名	事業の計画作成に関すること

介護職員	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こと
	非常勤 名	

(勤務体制)

区分	勤務時間	区分	勤務時間
日勤	8:30～17:30	夜勤	16:00～10:00
早出	7:30～16:30	⑥	9:00～16:00
遅出	9:30～18:30		

※ 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、10:00～17:00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下さい。

☆ むやみに他の利用者の居室に立ち入らないでください。

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。

(1)介護保険給付対象サービス

利用料金の大部分(通常9割)が、介護保険から給付されるサービス

種類	内容
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。)
入浴	週2回です。体調により清拭に変更する場合があります。
排泄	利用者の能力に合わせた排泄援助
機能訓練	利用者の状況、希望に応じたの日常生活上必要な機能の回復、減退予防訓練
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。

§ 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(1割・2割・3割等)に応じて、利用者負担金をお支払い下さい。

※ 岡山市地域区分7級地の為、基本の単位数に10.14を掛けた金額になります。

【基本】(日額)

要介護度	自己負担 (単位数)	自己負担30日 (単位数)	1割	2割	3割
支援2	761	22830	2283	4566	6849
介護1	765	22950	2295	4590	6885
介護2	801	24030	2403	4806	7209
介護3	824	24720	2472	4944	7416
介護4	841	25230	2523	5046	7569
介護5	859	25770	2577	5154	7731

【加算】(日額)

加算の種類	基本利用料
初期加算(入所後30日)	300円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1ヶ月の利用料金の11.1%
介護職員特定処遇改善加算(Ⅱ)	1ヶ月の利用料金の2.3%

償還払いについて

要介護認定を受けていない場合等、一旦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、サービス利用料金の9割が払い戻されます。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。(30日換算)

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 1,400円
敷金	家賃の2ヵ月分、入居時に必要(退居時の原状回復費に充当)	76,000円
家賃	個室	1月 38,000円
共益・管理費	電気、水道料等を含む	1月 30,000円
その他 必要となる諸経費実費	医療費やおやつ代、特に希望されるお菓子、電話代、理美容代等	実費

※ 尚、入院中の家賃及び共益費については部屋の確保のために必要になりますのでご了承ください。

食事代の 内訳	朝食	昼食	夕食	おやつ
	350円	500円	500円	50円

※ 食事代については、急な入院の場合、キャンセルの手続きに1週間程度かかる為、その分の食事代は発生しますのでご了承下さい。

(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口座振替・振込・現金での集金をさせていただきます。

7. 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。

- お預かりするもの 健康保険証等
- 保管管理者 管理者

ご希望により、各種支払い・必要な諸手続きの代行も行ないます。

※ 出入金などの記録は、いつでもご覧いただけます。

8. 利用定員

8人

9. 居室の概要

個室 8室

10. 虐待防止のための処置に関する事項

- (1)虐待の防止に関する責任者の選定
- (2)成年後見人制度の利用支援
- (3)苦情解決体制の整備
- (4)従業者に対する虐待防止に関する研修の実施

11. 身体拘束などの禁止及び緊急やむを得ず身体的拘束等を行なう場合の手続き

(1)当事業所は、利用者又は他利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除いて身体拘束は行わないものとする。その場合も速やかに解除を努めるとともに理由を利用者本人に説明して、理由及び一連の経過を利用者代理人に報告する。

(2)前項の身体拘束等を行なう場合には、利用者本人の心身状態等緊急やむを得ない理由を記録する。

(3)身体拘束廃止委員会を設置して推進体制の確立、職員その他関係者の意識啓発等によりケアマネジメントが確実にこなえるようより良いケアの実現に取り組むものとする。

<三つの要件をすべて満たすことが必要>

◆切迫性 利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

◆非代替性 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと

◆一時性 身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

3つの要件をすべて満たす状態であることを「身体拘束廃止委員会」等のチームで検討、確認し記録しておく

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
川村医院	岡山市北区奥田2-8-3	086-223-6322
おかやまもも訪問歯科	岡山市中区倉田508-21	086-238-8341

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。

退去については1ヶ月前までに申し出が必要です。

その場合、申し出があった月に次月の末で終了とさせていただきます。

○施設から退居をお願いする主な場合

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

14. 衛生管理

認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護を提供するために必要な設備、備品等を清潔に保持し、常に衛生管理に留意します。従業員は、感染症などに関する知識の習得に努めます。

15. 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。

○苦情があつ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。

○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 小坂 美佐江 (連絡先) 086-235-3880

※公的機関においても、苦情申し出ができます。

・岡山市介護保険課 (連絡先) 086-803-1240

・岡山県国民健康保険団体連合会 (連絡先) 086-223-8811

・事業者指導課 (連絡先) 086-212-1014

16. 自主評価・外部評価

当事業所は「岡山県認知症対応型共同生活介護サービス自主評価実施要領」に基づき、毎年1回自主評価を行ない、その結果を岡山市に報告するとともに事情所内において公開しております。

○当事業所は、「岡山県認知症対応型共同生活介護サービス自主評価実施要領」に基づき、平成30年10月に外部評価を受け、その結果を「福祉保健医療情報ネットワークシステム」に掲載するとともに、事業所内において公開しております。なお、平成30年度から毎年1回外部評価を受け、その結果を前項のとおり掲載・公開しております。

17. 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。

18. 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、必要に応じて、損害賠償等適切な対応を行ないます。尚、職員研修等で検証し、再発防止に努めます。

19. 緊急時の対応

緊急時には管理者に連絡するとともに、協力医療機関と連携し、主治医の指示に従い適切に対応する。

20. 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時に、利用者に対する事業提供の継続的な実施及び非常時の体制で早期の業務再開を図るために、次の措置を講じます

(1) 業務継続計画を策定します。

(2) 従業者に対する業務継続計画の周知、定期的な研修及び訓練を実施します。

(3) 定期的な業務継続計画の見直し及び変更を行います。

21. 成年後見制度の利用支援について

認知症などにより判断が十分ではない方へは、不利益を被らないように成年後見制度の利用をご提案します。

22. 非常災害時対策

災害時の対応	別途定める「消防計画」により対応します。
平常時の訓練	「消防計画」にのっとり、日中・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 誘導等 消火器 ガス漏れ報知機

23. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
-------	--

外出・外泊	外出・外泊の際には、行き先と帰宅時間を職員に申し出て下さい。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、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、賠償していただく場合がございます。
喫煙・飲酒	原則として、当事業所内での喫煙、飲酒はお断りしております。
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ください。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。
所持品の管理	貴重品の紛失の責任は負いかねますので、ご家族で管理をお願いします。

現金等の管理	紛失の責任は負えませんので、ご家族で管理いただくか必要な方は申し出いただければ、事務室にて管理させていただきます。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動は、ご遠慮下さい。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

24. 利用契約に定めのない事項

この説明書に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令の定めるところにより、利用者と当事業が誠意を持って協議して定めることとします。

附則 この規定は平成 30年 4月 1日から施行します。

平成 30年10月1日改正
令和 元年6月1日改正
令和 1年10月1日改正
令和 3年4月1日改正
令和 3年11月10日改正
令和 4年1月17日改正
令和 4年7月1日改正
令和 5年12月1日改正
令和 6年4月1日改正

認知症対応型共同生活介護及び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ないました。

グループホーム我が家

職名 _____ 氏名 _____ (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、認知症対応型共同生活介護及び介護予防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)

代筆者住所 〒 _____

代筆者氏名 _____ ⑩ (続柄) _____