

# (介護予防) 認知症対応型共同生活介護

## 照陽園グループホーム重要事項説明書

契約者様

あなた様に対する認知症対応型共同生活介護サービス及び介護予防認知症対応型共同生活介護提供にあたり、当事業所があなた様に説明すべき事項は次の通りです。

### 1 運営主体の名称

事業所の名称	社会福祉法人宮田福社会
法人所在地	〒823-0004 福岡県宮若市磯光 2159-1
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 永田長子
電話番号	0949-32-9482

### 2. ご利用のホーム

ホームの名称	照陽園グループホーム
事業者指定年月日	平成 27 年 10 月 1 日
指定番号	4075500431
所在地	〒823-0004 福岡県宮若市磯光 2159-1
管理者名	井上 邦子
電話番号	0949-32-5100
ファクシミリ	0949-32-5111

### 3. 事業の目的と運営方針

認知症によって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、地域住民との交流をしながら家庭的な環境の基で入浴、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。 又、関係市町村、地域の保険・医療・福祉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。

### 4 ホームの概要

敷地面積	4 1 0 8 m <sup>2</sup>
建物構造	鉄筋コンクリート造り平屋建
延床面積	7 6 8 . m <sup>2</sup>
利用定員	1 8 人 (2ユニット)
短期利用共同生活介護	各ユニット 各1名 (空室利用)

(1) 部屋

部屋の種類	室数	面積	1部屋の面積外
洋室	18室	768 m <sup>2</sup>	16, 94 m <sup>2</sup> トイレ・押入・ ベット・枕元灯・洗 面台整備

(2) 主な設備等

部屋の種類	数	面積
D K	2	21.10
談話室	2	25.64
浴室及び脱衣室	2	31.92
トイレ	22	44.00
食堂兼談話室	2	121.66

5 職員体制 (令和3年4月1日現在)

従業員の職種	資格	人数	勤務体制計
管理者	介護支援専門員、介護福祉士	1名	日勤 (8:00~17:00)
計画作成担当者	介護支援専門員、介護福祉士	1名	早出 (7:00~16:00)
看護職員	看護師	1名	日勤 (8:00~17:00)
栄養士	管理栄養士、	1名	原則として職員1名あたり入居者 3名のお世話をいたします
介護職員	1. 2級ヘルパー 介護福祉士	9名 4名	遅出 (10:00~19:00) (17:00~10:00) 夜勤 職員1名あたり9名のお世話をいた します

6. サービスの概要

種類	内 容
サービス 介護保険給付サ	食事、排泄、入浴、着替え、整容等の介助等日常生活上のお世話をいたします。又、日常生活の中で機能訓練、健康管理、相談、援助等のサービスを提供いたします。
サービス 介護保険給付外サ	以下の項目のサービスは介護保険対象外となり、個人の利用に応じて実費負担となります。 (1) 理美容 (2) 個人の希望による新聞、雑誌等の講読 (3) 紙おむつ等排泄用品の使用 (4) その他個人の希望による物品

## 7. 利用料金

当施設が提供したサービスの利用料は、厚生大臣が定める基準によるものとし法定代理受領サービスであるときは、介護負担割合証に記載された割合（1割、2割、3割）の額とする。但し、厚生大臣が定める基準が変更した場合は、それに準ずる「(介護予防) 認知症対応型共同生活介護」介護保険給付対象費(1割負担の場合)

	要支援 2	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
介護費用 1 日自己負担額	749 円	753 円	788 円	812 円	828 円	845 円
医療連携体制加算 I -ハ	/					
認知症専門ケア加算 (I)	3 円 (1 日) * 認知症自立度Ⅲ以上の方が対象					
栄養管理体制加算	30 円(1 月)					
サービス体制強化加算 (Ⅲ)	6 円 (1 日)					
口腔衛生管理体制加算	30 円(1 月)					
看取り加算	死亡日以前 31~45 日以下			72 円		
	死亡日以前 4~30 日以下			144 円		
	死亡日以前 2 日又は 3 日			680 円		
	死亡日			1,280 円		
介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	1 月につき + 所定単位×178/1000					
初期加算	30 円(1 日) 入所日から 30 日以内、又入院後の再入所も同様					
入退院支援	246 円(1 日) 1 月に 6 日を限度					

「(介護予防) 認知症対応型共同生活介護」介護保険給付対象費(2割負担の場合)

	要支援 2	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
介護費用 1 日自己負担額	1,498 円	1,506 円	1,576 円	1,624 円	1,656 円	1,690 円
医療連携体制加算 I -ハ		74 円 (1 日)				
認知症専門ケア加算 (I)	6 円 (1 日) * 認知症自立度Ⅲ以上の方が対象					
栄養管理体制加算	60 円 (1 月)					
口腔衛生管理体制加算	60 円 (1 月)					
サービス体制強化加算(Ⅲ)	12 円 (1 日)					
	死亡日以前 31～45 日以下		144 円			
看取り加算	死亡日以前 4～30 日以下		288 円			
	死亡日前 2 日又は 3 日		1,360 円			
	死亡日		2,560 円			
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1 月につき + 所定単位×178/1000					
初期加算	60 円(1 日) 入所日から 30 日以内、又入院後の再入所も同様					
入退院支援	492 円(1 日) 1 月に 6 日を限度					

「(介護予防) 認知症対応型共同生活介護」介護保険給付対象費(3 割負担の場合)

	要支援 2	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
介護費用 1 日自己負担額	2,247 円	2,259 円	2,364 円	2,436 円	2,484 円	2,535 円
医療連携体制加算 I -ハ		111 円 (1 日)				
認知症専門ケア加算 (I)	9 円 (1 日) * 認知症自立度Ⅲ以上の方が対象					
栄養管理体制加算	90 円 (1 月)					
口腔衛生管理体制加算	90 円 (1 月)					
サービス体制強化加算(Ⅲ)	18 円 (1 日)					
	死亡日以前 31～45 日以下		216 円			
看取り加算	死亡日以前 4～30 日以下		432 円			
	死亡日前 2 日又は 3 日		2,040 円			
	死亡日		3,840 円			
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1 月につき + 所定単位×178/1000					
初期加算	90 円(1 日) 入所日から 30 日以内、又入院後の再入所も同様					
入退院支援	738 円(1 日) 1 月に 6 日を限度					

(1) 介護保険給付外費用 (全額自己負担分)

	要支援 2	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
家 賃	月 25,000 円					
食材料費	1,500 円 (1 日)					
水道光熱費	12,000 円(1 月)					
おやつ代	100 円 (1 回 )					
リネン代	60 円 (1 日)					
預り金管理料	別紙のとおり					

\* おむつ代、理美容、教養娯楽費は実費

「 短期利用共同生活介護」介護保険給付対象費 (1 日) (1 割負担の場合)

	要支援 2	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
介護費用 (1 日)	777 円	781 円	817 円	841 円	858 円	874 円
サービス体制強化加算 (1)	6 円					
医療連携体制加算 I -ハ	37 円					
介護職員処遇改善加算(II)	1 月につき + 所定単位×178/1000					

「 短期利用共同生活介護」介護保険給付対象費 (1 日) (2 割負担の場合)

	要支援 2	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
介護費用 (1 日)	1,554 円	1,562 円	1,634 円	1,682 円	1,716 円	1,748 円
サービス体制強化加算 (1)	12 円					
医療連携体制加算 I -ハ	74 円					
介護職員処遇改善加算(II)	1 月につき + 所定単位×178/1000					

「 短期利用共同生活介護」介護保険給付対象費 (1 日) (3 割負担の場合)

	要支援 2	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
介護費用 (1 日)	2,331 円	2,343 円	2,451 円	2,523 円	2,574 円	2622 円
サービス体制強化加算 (1)	18 円					
医療連携体制加算 I -ハ	111 円					
介護職員処遇改善加算(II)	1 月につき + 所定単位×178/1000					

介護保険給付外費用

家賃	日割 (840 円) 月 25,000 円
食材料費	朝 350 円 昼 600 円 夕 550 円
水道光熱費	日割 (400 円) 月 12,000 円
リネン代	1 日 60 円
おやつ代	1 回 100 円

おむつ代、理美容、教養娯楽費は実費

## (2) 介護保険給付外費用 (全額自己負担分)

- \* 当事業所の建物賃貸借契約改定による住居費変更又は経済情勢の大幅な変動等で上記の金額が不相応となった場合は、書面による通知後、改訂する場合があります。
- \* これらの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、具体的にご相談下さい。
- \* 利用者及びご家族は、利用者に関するサービス実施記録をいつでも閲覧することが出来ます。

## 8. 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にしています。

協力医療機関	山近医院	TEL 3 2 - 0 1 3 5
	医療法人相生会 宮田病院	TEL 3 2 - 3 0 0 0
協力歯科医療機関	藤田歯科医院 TEL0949-22-1123	

## 9. 緊急時における対応方法

サービス利用中に利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医若しくは協力医療機関に連絡し、適切な処置を行います。

## 10. サービス利用にあつての留意事項

面会・来訪	いつでも面会はできます。(但し、コロナ、インフル等感染状況により制限させていただきます。) * 緊急時以外は、9:00~16:00の間をお願いいたします。 面会の際、食品の差し入れは職員にお伝え下さい。
外出・外泊	身体的問題がないこと、感染対策ができ付添があればいつでも外出・外泊ができます。 * 外出・外泊届を出していただきます。
喫煙	全館禁煙です。
迷惑行為	他の利用者に迷惑になる行為はご遠慮願います。

宗教・政治活動	施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
禁止行為	ア 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為） イ 職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為） ウ 職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いがけ、好意的態度の要求、性的な嫌がらせ行為）
貴重品	基本的には施設側では管理いたしません。
退去時	退去時は、居室の壁の張替え床等のリホーム等の実費を負担していただきます。

#### 1 1. 地域との連携

- ・ 2ヶ月に1回運営推進会議に対し、サービスの活動状況を報告し、運営推進会議における評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言を聞く機会を設置します。
- ・ 前項の報告、評価、要望、助言についての記録を作成するとともに、当該記録の公表を行います。
- ・ 運営に当たっては、地域住民又は、その自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図ります。

#### 1 2. 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防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従業者等の訓練を行います。

#### 1 3. 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ないます。

#### 1 4. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、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。又、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

#### 1 5. 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、従業者教育を行ないます。

#### 1 6. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行ないません。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をさせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

#### 17. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するグループホームの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続の変更を行います。

#### 18. 苦情相談窓口

\* サービスに関する相談苦情については、次の窓口で対応します。

ご相談や苦情などがございましたら、当事業所の窓口までご遠慮なくお申出下さい。

相談窓口	照陽園グループホーム
	TEL 0949-32-5100
	FAX 0949-32-5111
	担当者 井上邦子

\* 当施設以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

宮若市保健福祉課老人担当	所在地 宮若市宮田29-1 電話 0949-32-0515 FAX 0949-32-9430
福岡県介護保険広域連合鞍手支部	所在地 宮若市宮田20-5 電話 0949-34-5046 FAX 0949-34-5047
福岡県国民健康保険団体連合会	所在地 福岡市博多区吉塚本町13-47 電話 092-642-7859 FAX 092-642-7857
福岡県社会福祉協議会 福祉サービス苦情解決相談	所在地 福岡県春日市原町3-1-7 電話 092-915-3511 FAX 092-584-3354

#### 19. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご入所者様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、ご入所者様に故意又は過失が認められた場合には、ご入所様の置かれた心身の状況等を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。

指定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必要な事項を説明し交付しました。

#### 事業者

所在地 福岡県宮若市磯光 2 1 5 9 - 1  
名 称 照陽園グループホーム（指定番号 4 0 7 5 5 0 0 4 3 1）  
管理者 井上 邦子  
説明者 氏 名

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_）から上記重要な事項の説明を受けたことを確認し、同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

利用者の家族 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
続柄 \_\_\_\_\_

身元引受人 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
続柄 \_\_\_\_\_