

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活

グループホーム きびてらす

重要事項説明書

あなたに対する施設サービス提供にあたり、当施設があなたに説明すべき事項は次の通りです。

1. 事業者

| | |
|----------|-------------------|
| 事業者の名称 | 株式会社 SCS |
| 会社の種類 | 株式会社 |
| 代表者名 | 代表取締役 長瀬 康生 |
| 所在地 | 岡山県岡山市北区平野 1005-9 |
| 電話番号 | (086) 293-7733 |
| ファクシミリ番号 | (086) 293-7722 |

2. 事業所

| | |
|----------|------------------|
| 事業所の名称 | グループホーム きびてらす |
| 施設の所在地 | 岡山県岡山市北区白石 548-3 |
| 事業者番号 | 岡山市 3370108031 |
| 事業所の責任者 | 管理者 鳥井 祐一 |
| 電話番号 | (086) 255-6361 |
| ファクシミリ番号 | (086) 255-6361 |

3. 事業の目的と運営の方針

| | |
|---------|---|
| 目的・運営方針 | 認知症である利用者が共同生活住居にて、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、要支援者においては、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、生活機能の維持または向上を目指します。要介護者においては、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、および機能訓練を行い個々の有する能力に応じて自立した日常生活を送ることを目指します。いずれにおいても、住み慣れた環境で生活を継続できることを目標とした施設サービス計画を立案し、サービスの提供に努めるものと致します。 |
|---------|---|

4. 事業所の概要

| | | |
|-----|---------|---|
| 建 物 | 構 造 | 鉄骨 一部2×4 造 |
| | 延 床 面 積 | 270.0 m ² |
| | 利 用 定 員 | 9 名（全室個室：居室面積 8.27 m ² ～10.60 m ² ） |

(1) 主な設備

| 居室・設備の種類 | 室 数 | 備 考 |
|---------------|-----|------------------|
| ホール兼食堂 | 1 室 | |
| 浴室 | 1 室 | |
| 脱衣室兼ランドリースペース | 1 室 | |
| トイレ | 2 室 | |
| 事務所 | 1 室 | |
| 相談室 | 1 室 | 面談・相談・会議等に使用します。 |
| 備品庫他 | 5 室 | |

5. 職員体制

当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。
また、職務内容は次のとおりとする。

〈職員の配置については、お客様の利用推移にあわせ必要数を随時増員することによって指定基準を遵守いたします〉

| 職種 | 配置人数 | 備考 |
|------------|------|--|
| 1. 管理者 | 1 | 介護職員兼務 認知症対応型共同生活介護の管理を行う。 |
| 2. 計画作成担当者 | 1 | 介護職員兼務 認知症対応型共同生活介護計画の作成を行う。 |
| 3. 介護職員 | 5 | 専従 認知症対応型共同生活介護を提供する。 なお、夜勤時間帯は、常勤を1名配置する。 |

6. 職員の主な勤務体制

| 勤 務 種 類 | 勤 務 時 間 |
|---------|--------------|
| 早 出 | 7:00～16:00 |
| 日 勤 | 9:00～18:00 |
| 遅 出 | 10:30～19:30 |
| 夜 勤 | 16:00～翌10:00 |

7. サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

| 種 類 | 内 容 |
|-----------------|---|
| 食 事 | ・利用者の身体状況に配慮した、バラエティーに富んだ食事を提供いたします。 (食事時間) 朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～ |
| 排 泄 | ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 入 浴 | ・本人の希望により、入浴又は清拭を行います。安全に配慮して介助、見守りを行います。 |
| 離床、着替え 整 容 等 | ・寝たきりの防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。 ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・個別サービス計画に沿って介護、支援等を行います。 |
| 健 康 管 理 | ・協力医療機関と連携をとり、往診・受診等の対応、日々の状態観察を行います。 ・緊急時には、医師に連絡する等必要な措置を講ずる他、契約書別紙に記載された緊急連絡先に速やかに連絡します。 |
| 相 談 及 び 援 助 | ・当事業者では、利用者及びご家族からの相談に応じます。 窓口担当者 柳田 由美子 (計画作成担当者) 責任者 鳥井 祐一 (管理者) |
| 洗 濯 | ・事業所内にて洗濯を行います。クリーニングが必要な場合は実費をいただきます。 |
| レクリエーション | ・ご利用者の希望によりレクリエーションに参加して頂くことができます。 |

(2) サービス等利用料

別表のとおり

- ①保険給付サービス利用の料金
- ②その他の料金 (介護保険給付外サービス)
- ③サービス費に関する概要

保険者より発行される介護保険負担割合証により、指定された割合の自己負担となります。

8. ご利用料金のお支払いについて

(1) 入所利用料金お支払い方法

金融機関からの引き落としをお願い致します。

利用開始時にお手続きをしていただきます。ご希望の金融機関をご指名ください。

事情等により、お引き落とし手続きが行えない場合のみ、指定口座へお振込み下さい。

その場合の振込手数料は自己負担となります。

(2) 利用料金のお支払い時期

当月ご利用いただいた料金は、毎月末日締めとし、翌月 20 日頃に請求書を送付させていただきます。引き落としは送付日後の 27 日となります。(※27 日が金融機関休日の場合は翌営業日)

お振込みの場合は、月末までにお支払い下さい。

9. 預かり金について

当事業所では、個人の通帳・宝飾品等の貴重品については管理いたしておりません。また、現金支出の「立て替え」も行っておりません。

個人的な支出（嗜好品等の購入など個人的な買い物、受診時に関わる現金負担になる費用など）のための「預かり金(限度額 50,000 円)」をお願いいたしております。別途、預かり金規定にて実施いたします。

10. 虐待の防止について

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次にあげるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 管理者 鳥井 祐一

(2) 成年後見制度を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 職員に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

11. 身体拘束について

当事業所は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得たうえで次に上げることに留意して、必要の範囲内で行うことがあります。その場合、身体拘束を行った日時、理由及び様子についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 緊急性 直ちに身体拘束を行わなければ利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合

(2) 非代替性 身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することが出来ない場合

(3) 一時的 利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解く

12. 緊急時の対応について

サービス利用中に、利用者には病状の急変その他緊急に対応が必要となった場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、緊急連絡先への連絡を行います。

13. 事故発生時の対応および損害賠償について

(1) 当事業所は、利用者に対する介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかに保険者、利用者の後見人、家族、身元引受人等関係者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

- (2) 前項の場合において事業者の責任により、賠償すべき事故が発生した場合は、すみやかに利用者の損害を賠償します。
- (3) 事故の事例検討など、原因と対策をあげ、事故発生の防止に積極的に取り組みます。

1 4. 非常災害対策

- (1) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (2) 定期的に避難訓練を実施いたします。

1 5. 秘密保持

サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様とします。

1 6. 苦情等申立先

| | |
|-------------|---|
| 当 事 業 所 | 担当者 鳥井 祐一 (管理者) ご利用時間 毎日午前9時～午後6時 ご利用方法 電話 (086) 255-6361、面接 苦情受付担当者は受理した苦情を苦情解決責任者に報告し、解決を話し合います。 苦情解決責任者は、十分検討のうえ、苦情申し出人との話し合いによる解決に努めます。 |
| 苦 情 申 立 機 関 | 岡山市事業者指導課 電話 (086) 212-1012～1015 国民健康保険団体連合会 電話 (086) 223-8811 岡山県社会福祉協議会 電話 (086) 226-3511 |

1 7. 協力医療機関

| | |
|---------------|--------------------------------------|
| 医 療 機 関 の 名 称 | 三浦内科医院 内科・消化器内科 |
| 所 在 地 | 岡山市北区伊福町 2 丁目 27-30 TEL 086-252-6783 |

1 8. 協力歯科医療機関

| | |
|---------------|----------------------------------|
| 医 療 機 関 の 名 称 | マエダデンタルクリニック |
| 所 在 地 | 岡山市北区津島南 1-1-21 TEL 086-214-0505 |

1 9. ご利用の際の注意事項

| | |
|-------------|--|
| 来 訪 ・ 面 会 | ・原則、ご面会時間は午前9：00～午後6：00までとします。 ・来訪者は、面会簿に記入をお願いします。 |
| 外 出 ・ 外 泊 | ・外出・外泊の際には必ず事前に申し出をしてください。 |
| 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従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。 |
| 喫 煙 | ・原則禁煙です。 |
| 飲 酒 | ・希望者にはご相談に応じてご用意できます。 |
| 迷 惑 行 為 等 | ・騒音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 ・むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようお願いします。 ・自己の利益のために他人の自由を侵害したりする行為はご遠慮下さい。 |
| 所 持 品 の 管 理 | ・貴重品の紛失の責は負えませんので、原則としてご家族の管理とさせていただきます。 |

| | |
|-----------|--|
| 現金等の管理 | ・預かり金規定に沿って対応いたします。 |
| 宗教活動・政治活動 | ・施設内で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。 |
| 動物飼育 | ・施設内へのペットの持ち込み及び飼育はご遠慮下さい。 |
| 入院 | ・当施設入所中における健康管理において、医師により加療が必要と判断された場合は入院加療していただきます。その際には、ご本人並びにご家族と連絡を密にし、ご希望に添えるよう配慮します。 |

附則 令和元年 7 月 1 日より適用
 令和元年 10 月 1 日より適用
 令和 2 年 4 月 1 日より適用
 令和 3 年 4 月 1 日より適用
 令和 4 年 10 月 1 日より適用
 令和 5 年 1 月 24 日より適用
 令和 5 年 4 月 1 日より適用

認知症対応型共同生活の利用にあたり、利用者に対し本書に基づいて重要事項説明をしました。

令和 年 月 日

事業所名称 グループホーム きびてらす

説明者 職 名
氏 名 印

私は、書面にて事業者から上記内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 印

利用者代理人 印

(利用者との続柄)

重要事項説明書 料 金 表

①介護サービス利用料

1) 介護保険負担割合1割の方 （個別加算を除く）

（1日あたり）

| 要 介 護 度 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|----------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | | | | |
| 1. 介護報酬基本料金 | 771 円 | 775 円 | 812 円 | 835 円 | 852 円 | 870 円 |
| 2. サービス提供体制加算Ⅲ | 6 円 | | | | | |
| 3. 科学的介護推進体制加算 | 41 円 | | | | | |
| 合計 | 818 円 | 822 円 | 859 円 | 882 円 | 899 円 | 913 円 |
| 4. 口腔衛生管理体制加算 | 31 円／月額 | | | | | |
| 5. 医療連携体制加算Ⅱ | 50 円／月額 | | | | | |

2) 介護保険負担割合2割の方 （個別加算を除く）

（1日あたり）

| 要 介 護 度 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|----------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | | | | | | |
| 1. 介護報酬基本料金 | 1,541 円 | 1,549 円 | 1,622 円 | 1,669 円 | 1,703 円 | 1,740 円 |
| 2. サービス提供体制加算Ⅲ | 12 円 | | | | | |
| 3. 科学的介護推進体制加算 | 81 円 | | | | | |
| 合計 | 1,634 円 | 1,642 円 | 1,715 円 | 1,762 円 | 1,796 円 | 1,833 円 |
| 4. 口腔衛生管理体制加算 | 61 円／月額 | | | | | |
| 5. 医療連携体制加算Ⅱ | 99 円／月額 | | | | | |

3) 介護保険負担割合3割の方 （個別加算を除く）

（1日あたり）

| 要 介 護 度 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|----------------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | | | | | | |
| 1. 介護報酬基本料金 | 2,312 円 | 2,324 円 | 2,434 円 | 2,504 円 | 2,555 円 | 2,610 円 |
| 2. サービス提供体制加算Ⅲ | 18 円 | | | | | |
| 3. 科学的介護推進体制加算 | 122 円 | | | | | |
| 合計 | 2,452 円 | 2,464 円 | 2,574 円 | 2,644 円 | 2,695 円 | 2,750 円 |
| 4. 口腔衛生管理体制加算 | 92 円／月額 | | | | | |
| 5. 医療連携体制加算Ⅱ | 149 円／月額 | | | | | |

4) その他の介護給付サービス加算(個別にかかる加算) 必要な場合は個別に説明を致します。

| 【加算の種類】 | 1 割負担 | 2 割負担 | 3 割負担 |
|--------------------|-------|-------|---------|
| 初期加算 (日) | 31 円 | 61 円 | 92 円 |
| 入院時加算 (日) | 250 円 | 499 円 | 748 円 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (回) | 21 円 | 40 円 | 61 円 |
| 若年性認知症利用者受入加算 (日) | 122 円 | 244 円 | 365 円 |
| 退居時相談援助可算 | 406 円 | 811 円 | 1,217 円 |

保険者より発行される介護保険負担割合証により、負担割合が確定されます。

負担割合、期間等の確認が必要になります。

別途、合計額に介護職員処遇改善加算 11.1%と介護職員特定処遇改善加算 2.3%と介護職員等ベースアップ等支援加算 2.3%が加わります。

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて自己負担額を変更します。計算上、誤差の生じる場合あり。

②その他の介護保険の給付対象とならないサービス

1) サービス利用料に加えてご請求する費用

| 種類 | 利用料金、内容等 | |
|-----------------|---|--|
| 住居費 全9室 | 40,000 円 | 1～8 号室 |
| | 45,000 円 | 9 号室 |
| 食材料費 | 1,500 円 | 日額、3 食とおやつを含みます |
| 光熱水費 | 550 円 | 日額 |
| 持込電気器具 | 100 円 | 日額 対象者のみ |
| 持込暖房器具 | 300 円 | 日額 対象者のみ |
| おむつ代 (持ち込み可) | 施設品価格参考(各1枚) ・紙パッド…20 円～ ・紙パンツ…120 円～ ・テープ止め紙おしめ …110 円～円 | 施設品を使用した場合、費用をご負担いただきます。 (左記、参照、変動あり) |
| レクリエーション費 | 実費相当額 | 各種イベント実施に伴う費用 |

2) 預かり金にて精算対象とする費用

| 種類 | 利用料金、内容等 | |
|-----------------|----------|-------------------------|
| 理・美容代 | 実費 | ご希望に応じて対応いたします。 |
| 医療費 | 実費 | 往診、受診、投薬等の医療費を負担いただきます。 |
| 嗜好品、希望品等その他の購入費 | 実費 | ご希望に合わせ購入いたします。 |
| 個人の都合によりかかる費用 | 実費 | 個人的に使用するタクシー代など |

③その他

当事業所は、「生活保護法指定居宅介護事業者」です。

対象者の利用に関して、住居費を 38,000 円/月額としています。

介護扶助に関しては、担当地域の福祉事務所からの介護券が必要になります。