

「グループホーム大道」重要事項説明書

「指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護」「指定(予防)短期利用共同生活介護」

共同生活介護サービスを提供するに先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

1. 事業者

名 称	NPO法人 安暖手			
所 在 地	山鹿市方保田828番地2			
法 人 種 別	特定非営利活動法人			
代 表 者	代表理事 松本浩子			
連 絡 先	電 話	0 9 6 8 - 4 6 - 6 5 5 3	F A X	0 9 6 8 - 4 6 - 6 5 5 3

2. 事業の目的と運営方針

事 業 目 的	要介護者（要支援2・要介護1～5）であって認知症の状態にある者に、家庭的な環境の下で入浴・排泄・食事など、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。
運 営 方 針	<ol style="list-style-type: none"> <li>1、利用者の認知症の症状や進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行う。</li> <li>2、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行う。</li> <li>3、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行う。</li> <li>4、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法などについて、理解しやすいように説明を行う。</li> <li>5、当該利用者又は他の利用者など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き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。</li> <li>6、提供する介護の質の評価を行い、常にその改善を図る。</li> <li>7、正当な理由なく指定認知症対応型共同生活介護の提供を拒まない。</li> <li>8、地域住民又はその自発的な活動等連携及び協力を行うなどの地域との交流に努める。</li> <li>9、概ね2ヶ月に1回開催する運営会議において利用者に関する課題や状況等を委員の方々に報告するとともに、地域に根ざした事業所として利用者が安心して地域で暮らすことができる運営に努める。</li> </ol>

3. 事業所

名 称	グループホーム 大道					
指 定 番 号	4390810077					
所 在 地	山鹿市方保田828-2					
敷 地	1322.34㎡					
建 物	住居数	9	総戸数	1	総定員	9
	延床面積	346.55㎡				

#### 4. ご利用住居

名 称	グループホーム 大道			
所在地	山鹿市方保田828-2			
管理者	氏 名	松本浩子		
	保有資格	介護福祉士・介護支援専門員	兼 務	有
連絡先	電 話	0968-46-6553	F A X	0968-46-6553
敷 地	1322.34㎡			
建 物	構 造	木 造		
	延床面積	342.82㎡		
	居室数	9		
	入居定員	9		
利用居室	号室 9.93㎡ (定員 1名)			
共用施設	食堂・居間・談話室・風呂・トイレ・広縁・和室			

#### 5. 職員体制

	常 勤		非 常 勤		常勤換算
	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
管 理 者		1			7.9
計画作成担当者		1			
看 護 師					
介護従事者	5	1	4		

#### 6. 職員の勤務体制

	勤 務 時 間
早出	8:00~17:00
日勤	8:30~17:30 ・ 9:00~18:00
遅出	11:30~20:30
夜勤	16:00~ 9:00

#### 7. 休業日

休 業 日	な し
-------	-----

## 8. サービス内容

### (1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容	利 用 料
食 事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮した食事を提供します。</li> <li>・ 食材費は給付対象外です。</li> <li>・ 食事は離床して食堂でとっていただくよう配慮します。</li> <li>・ 食事時間（個人のペースに合わせ対応します。） <ul style="list-style-type: none"> <li>朝食 7：00～</li> <li>昼食 12：00～</li> <li>夕食 18：00～</li> <li>おやつ 10：00～</li> <li>15：00～</li> <li>19：00～</li> </ul> </li> </ul>	介護保険負担割合証に記載されている利用者負担の割合に応じ算出します。  利用料（1日当たり） 下記単価  <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入居日から30日以内の期間は、1日につき30円を加算します。</li> <li>・ 下記は1割負担を記載しています。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要支援2 761円</li> <li>短期利用 789円</li> <li>・ 要介護1 765円</li> <li>短期利用 793円</li> <li>・ 要介護2 801円</li> <li>短期利用 829円</li> <li>・ 要介護3 824円</li> <li>短期利用 854円</li> <li>・ 要介護4 841円</li> <li>短期利用 870円</li> <li>・ 要介護5 859円</li> <li>短期利用 887円</li> <li>・ 医療連携体制加算 37円</li> <li>・ 介護職員処遇改善加算 18.6%</li> <li>・ 認知症専門ケア加算 3円</li> <li>・ サービス提供体制強化加算Ⅰ～Ⅲ 22～6円</li> <li>・ 退居時相談援助加算 400円/月</li> <li>・ 看取り介護加算 72円/日                (死亡日以前31日以上45日以下) 144円/日                (死亡日以前4日以上30日以下) 680円/日                (死亡日以前2日又は3日) 1280円/日                (死亡日)                ・ 若年性認知症利用者 受入加算1                ※介護保険改定に伴い自己負担額の変動がある場合場あります                ※加算の変更がある場合があります             </li> </ul> </li> </ul>
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の状況に応じ、適切な排泄の介助と排泄の自立の援助を行います。</li> </ul>	
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入浴又は利用者の身体の状態にあわせ、清拭を行います。</li> </ul>	
日常生活上のお世話	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 離床 寝たきり防止のため離床に配慮します。</li> <li>・ 着替え 着替えのお手伝いをします。</li> <li>・ 整容 身の回りのお手伝いをします。</li> <li>・ 寝具消毒</li> <li>・ シーツ交換</li> <li>・ 健康管理</li> <li>・ 洗濯</li> <li>・ 居室内清掃</li> <li>・ 役所手続きの代行</li> </ul>	
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 離床援助、菜園・家事共同作業、屋外散歩等により、生活機能の維持・改善に努めます。</li> </ul>	
医師の往診の手配等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の往診の手配その他療養上の世話をします。</li> </ul>	
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。</li> </ul>	

(2) 介護保険給付外費用

種 類	内 容
これらは介護保険給付の対象外です。実費をお支払いください。	
入居一時金	・ 12万円 * 入居期間が1ヶ月未満での退去の場合は50%返却、1ヶ月以上6ヶ月未満の場合は25%返却、6ヶ月以上の場合は返還は致しません。 * 短期利用の場合は徴収しません。
居室料	・ 1ヶ月 40,000円(入居時日割り計算にて徴収・退去時全額徴収いたします) ・ 短期利用の場合 1日:1,500円
食料費	・ 別表に定めた額をお支払いください。
水道光熱費	・ 別表に定めた額をお支払いください。・ 短期利用の場合:1日432円
共益費	・ 別表に定めた額をお支払いください。・ 短期利用の場合:1日360円
おむつ代	・ 別表に定めた額を、使用された数だけお支払いください。
理美容代	・ 実費をお支払いください。
娯楽費	・ 実費をお支払いください。
車代	・ 病院受診でご家族の同行が無理な場合、車代として1時間500円をいただきます。
その他	・ ドライクリーニング代・インフルエンザ予防接種代・行事にかかわる費用……など必要時、実費をお支払いください。

9、入居にあたっての留意事項

面 会	・ 来訪者は、面会の都度職員に届け出てください。 ・ 宿泊される時は必ず申し出てください。
外 出 泊	・ 外出・外泊前に必ず行き先と帰着予定日時を届け出てください。 ・ 帰着予定日時が変更になる場合は、必ずご連絡ください。
住居・居室の利用	・ この共同生活住居内の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。
迷惑行為	・ 承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。
喫 煙	・ 決められた場所で行ってください。
飲 酒	・ 入居時又は職員にご相談ください。
ペットの持ち込み	・ 入居時又は職員にご相談ください。
そ の 他	・ 行事等へご家族の参加をお願いします。 ・ ご要望、不明・不安な点、又お気づきになられた事があつたら遠慮な申し出下さい。

10、事故発生時の対応

指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護・短期利用共同生活介護の提供中に、事故が発生した場合は、利用者に対し必要な対処を行うとともに、家族、市町村、当該利用者にかかわる居宅介護支援事業者、主治医等に連絡を、迅速に対応します。

### 1 1、協力医療機関

名 称	山鹿中央病院
所 在 地	山鹿市山鹿 1 0 0 0
電 話 番 号	0 9 6 8 - 4 3 - 6 6 1 1
診 療 科	内科・皮膚科
協力関係の概要	当該事業所と診療所とにおいて入所者の医療の確保に努めます。

名 称	山鹿回生病院
所 在 地	山鹿市古閑 1 5 0 0 - 1
電 話 番 号	0 9 6 8 - 4 4 - 2 2 1 1
診 療 科	精神科
協力関係の概要	当該事業所と診療所とにおいて入所者の医療の確保に努めます。

名 称	大坂総合歯科
所 在 地	山鹿市熊入町 2 6 3 - 1
電 話 番 号	0 9 6 8 - 4 2 - 8 2 4 1
診 療 科	歯科
協力関係の概要	当該事業所と診療所とにおいて入所者の歯科医療の確保に努めます。

### 1 2、連携施設

名 称	介護老人福祉施設 チブサン荘
所 在 地	山鹿市鍋田 1 8 8 8 - 1
電 話 番 号	0 9 6 8 - 4 3 - 6 7 1 1

名 称	介護老人保健施設 太陽
所 在 地	山鹿市鹿本町津袋 6 5 4 - 1
電 話 番 号	0 9 6 8 - 4 6 - 6 1 1 1

### 1 3、非常災害時の対策

消 防 計 画	別に定めます。 防火管理者：松本 浩子						
避 難 訓 練	年 2 回、火災・地震等を想定した訓練を行います。						
防 火 設 備	スプリンクラー設置：あり 煙探知機：各居室 自動火災報知機：あり カーテンは防炎加工のものを使用。 <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td>消火器：あり</td> <td>誘導灯：あり</td> </tr> <tr> <td>ガス漏れ警報器：あり</td> <td></td> </tr> <tr> <td>火災通報装置：あり</td> <td></td> </tr> </table>	消火器：あり	誘導灯：あり	ガス漏れ警報器：あり		火災通報装置：あり	
消火器：あり	誘導灯：あり						
ガス漏れ警報器：あり							
火災通報装置：あり							

\* 自主点検表に基づき毎日点検を実施。

#### 14、個人情報利用について

サービス担当者会議等において、課題分析情報を通じて利用者の有する問題点や、解決すべき課題等の個人情報を、介護支援専門員や、他のサービスの担当者と共有することがあります。  
\*別紙、個人情報保護に関する指針に記載しています。

#### 15、医療連携体制に係る指針について

環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続してグループホームで生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれるように別紙にて指針を定めます。

#### 16、個人情報保護法について

利用者の方々に安心して介護サービスを受けていただく為に、利用者の個人情報の保護とお取り扱いについて、別紙にて指針を定め個人情報を厳重に管理します。

#### 17、苦情申立

当該事業 相談室	担当者 松本 浩子      伊東 智美
	ご利用時間 毎日 8:30～17:30
	ご利用方法 電話 0968-46-6553
	FAX 0968-46-6553
山鹿市役所長寿支援課	電話 0968-43-1180
国民健康保険団体連合会	電話 096-365-0811

私は、書面に基づいてグループホーム大道の職員（職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ ）から

1、重要事項の説明を受け、この内容でサービスを受けることを同意します。

1、医療連携体制に係る指針の説明を受け、この内容でサービスを受けることを同意します。

1、個人情報保護法について説明を受け、この内容に同意します。

年 月 日

利用者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

利用者の家族等

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_