

認知症対応型共同生活介護

グループホーム やかた

重要事項説明書

1 指定認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム やかたの概要

(1) 事業所の概要

施設名	グループホーム やかた
所在地	釜石市大町第3地割第9番地16号
電話番号	0193-31-3301
FAX番号	0193-31-3302
事業所番号	指定事業所番号 (0391100062)

(2) 当施設の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	介護支援専門員	1名		あり	1名	介護従業者及び業務の管理
計画作成 担当者	介護支援専門員	1名		あり	1名	認知症対応型共同生活介護 計画の作成 入浴・排せつ・食事等生活全般に 係わる援助
看護従事者	看護師		1名	なし	1名	看護業務
介護従事者		15名		あり	15名	入浴・排せつ・食事等 生活全般に係わる援助
合計		16名	1名	—	17名	—

(3) 当事業所の設備の概要

定員	9人 (全室1人部屋)	居室面積	7.43㎡
居間兼食堂	36.02㎡	浴室	8.7㎡

2 当施設の特徴等

(1) 運営の方針

- ア 利用者様の認知症の残存能力を維持、緩和、改善するために、レクリエーションや家事を積極的に行い自立支援します。
- イ スタッフが充分関わり、利用者様の不安を取り除き、生きがいをもっていただけるよう援助します。
- ウ 利用者様の趣味・嗜好を把握し、好みや主体的決定を尊重します。
- エ 苦情に対する問題解決には積極的に取り組みます。

(2) サービスの利用に当たっての留意事項

- 面会 面会時間 午前9時00分～午後6時00分
(来訪者が宿泊する場合は、必ず許可を得てください)
- 外出・外泊 外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
外泊の際には、必ず行き先と外泊先の電話番号を申し出てください。

3 サービスの内容

サービス	内 容
食 事	朝 午前7時半頃～ 昼 午後12時頃～ 夕 午後5時半頃～
入 浴	週に最低2回入浴していただきます
生活相談	日常生活に関することなどについて相談できます
健康管理	毎日バイタルチェックを行い、日常の健康管理をさせていただきます
介 護	入浴・排せつ・食事等生活全般に係わる援助をさせていただきます
預り金管理	個人の日用品などの支払いは預り金をお預かりして管理します

4 利用料金

(1) 介護保険サービス利用料・・・非課税

ア 認知症対応型共同生活介護利用料（1ヶ月30日あたりの単位の包括費用）

	介護保険の利用者負担額
要介護度1	22,770円
要介護度2	23,850円
要介護度3	24,540円
要介護度4	25,050円
要介護度5	25,560円

2015年4月介護保険法改定により

イ 初期加算 1日あたり30円

入居した日から起算して30日以内の期間については利用者負担があります。

※過去3ヶ月間（ただし日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去1ヶ月間とする。）、同施設に入居していない場合に限り再入居日より30日間算定されます。

ウ 医療連携体制加算 1日あたり39円

看護師を配置し、利用者に対する日常的な健康管理を行い、通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関との連絡・調整、看取りに関する指針の整備を行っていることから利用者負担があります。

エ サービス提供体制加算 1日あたり12円

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であることから利用者負担があります。

オ 介護職員処遇改善加算 所定単位数に8.3%を乗じた単位数

介護職員の処遇改善と更なる資質向上の取り組み、雇用管理の改善、労働環境の改善の取り組みを進めるため利用者負担があります。

カ 若年性認知症利用者受入加算 1日120円

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定め、その者を中心に当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うことから、当該利用者については利用者負担があります。

キ 看取り介護加算

死亡日以前4～30日 = 1日144円

死亡日前日及び前々日 = 1日680円

死亡日 = 1日1,280円

利用者及びその家族等の意向を尊重しつつ、看取りに関する理解の促進を図り、当該事業所における見取り介護の質を向上させるため、見取り介護の体制構築・強化をPDCAサイクルにより推進することを要件として、死亡日以前4日以上30日以下における手厚い見取り介護の実施のため、医師より回復の見込みがないと診断され、下記内容の説明を受け同意している当該利用者については利用者負担があります。

・医師、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同で作成した利用者の介護に係る計画について医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）であること。

・看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求めに応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けているもの（その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。）であること。

(2) 介護保険サービス以外の利用料（月額）・・・消費税は別途かかります。

食費	45,000円	おやつ代込み
部屋代	22,000円	
水道光熱費	18,000円	

(3) その他

ア 医療費、理美容代、おむつ代、日用品代等日常生活においても通常必要となるものにかかる費用であって、利用者が負担することが適当と認められる費用。

イ 電化製品持込料 電化製品（テレビ、電気敷き毛布、電気カーペット等）を持ち込まれる場合、1点に対し1ヶ月税込500円を申し受け致します。退所の場合は1ヶ月単位での計算となります。

5 料金の支払方法

毎月初旬に前月分の請求をいたしますので、前月分の料金を翌月20日までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

お支払い方法は、原則銀行振込または口座自動引落としとさせていただきます。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当施設の職員がお伺いいたします。居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

ア お客様のご都合でサービスを終了する場合

退所を希望する日の1週間前までにお申し出ください。

イ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が他の介護保険施設に入所した場合。
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当または要支援と認定された場合。※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
- ・お客様が亡くなられた場合。

ウ その他

- ・お客様やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、サービス契約終了の30日前に文書で通知し、退所していただく場合があります。
- ・お客様が病院又は診療所に入院し、明らかに3週間以内に退院できる見込みがない場合又は入院後3週間経過しても退院できないことが明らかになった場合。

7 サービス内容に関する苦情

(1) 当施設のお客様相談・苦情窓口

担当者 松田 宇善

電話 0193-31-3301

受付日 年中（ただし、12月29日～1月3日を除く）

受付時間 午前9時00分～午後5時00分

(2) 苦情処理

事業者は、利用者からの相談・苦情等に対し、迅速に対応します。

(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村等に相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

担当：釜石市地域包括支援センター 電話 0193-22-2620

岩手県国保連合会 介護保険課 分室 電話 019-604-6700

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医				
	医師名		電話番号	
ご家族	氏名			
	電話番号1		電話番号2	

9 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

10 非常災害対策

防災時の対応	1、災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講ずる。また、管理者は日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとる。 2、非常災害に備えて、消防計画を作成し、年1回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。
防災設備	誘導灯、消火器、防災用カーテン
防火責任者	松田 宇善

11 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でお客様又はご家族の個人情報を用います。

平成 年 月 日

認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所 所在地 釜石市大町第3地割第9番地16号
名称 グループホーム やかた

説明者氏名 _____ 印

私は、本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印