

認知症対応型共同生活介護

グループホーム三城

重要事項説明書

(株)アイデイ・インターナショナル
代表取締役 岩田 一隆

当事業所はご契約者様に対して認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

*当事業所への入所は、原則として要介護認定の結果「要支援2」以上と認定された方が対象となります。また、認知症の診断をお持ちの方がご利用できます。

☆ ★ 目 次 ★ ☆

1. 施設経営法人
2. 事業所の概要
3. 居室の概要
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
6. 身元保証人
7. 苦情の受付について
8. 事業所利用の留意事項
9. 損害賠償
10. 非常災害対策

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|---------------------|
| (1) 法人名 | 株式会社 アイデイ・インターナショナル |
| (2) 法人所在地 | 岐阜県大垣市東町4丁目44-1 |
| (3) 電話番号 | 0584-82-1508 |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 岩田 一隆 |
| (5) 設立年月日 | 昭和63年8月6日 |

2. 事業者の概要

- | | |
|------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 認知症対応型共同生活介護事業所 平成17年12月1日 大垣市 2172101202 号 |
| (2) 事業所の特徴 | 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）は少人数の生活の場で、できるだけ家庭に近い環境の中で共同生活を送っていただきます。日常生活では利用者とスタッフが一緒に炊事、洗濯、掃除等とできる限り共同で行うことで、日頃忘れかけていることを再び呼び戻すことに努めると共に精神安定の確保に努めます。利用者一人ひとりに適したサービスの提供が出来るよう個別援助計画を作成し、利用者が安定した生活が送れるように側面的援助を行います。 |
| (3) 事業所の名称 | グループホーム三城 |
| (4) 事業所長 | 渡辺 弘美子 |
| (5) 運営方針 | 多様な生活空間を確保した新しい居住環境を重視し、明るく家庭的な雰囲気の中で仲間意識を育て、質の高い生活支援を継続することを方針とします。 |
| (6) 開設年月日 | 平成17年12月1日 |
| (7) 入所定員 | 18名 |
| (8) 施設理念 | ありのままの自分でいたい あふれる笑顔の中で暮らしたい 地域での役割を持ち、共に生活したい |

3. 居室の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。利用者の心身の状態や居室の空き状況を考慮し、居室を決めさせていただきます。また、入居後、利用者の心身の状況等や施設の状況により居室を変更する場合があります。なお間取り、日当たり等が各居室によって異なりますが、特別な理由がない限り居室の希望及び変更には応じられません。

| 居室・設備の種類 | 室数 | 備考 |
|----------|-----|----------------|
| 居室 | 18室 | 全室個室 |
| 食堂兼居間 | 2箇所 | 高齢者用システムキッチン設置 |
| 浴室 | 2箇所 | 一般浴槽 |

*居室に関する特記事項 トイレの場所：居室外

4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して認知症対応型共同生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を必要数配置しています。

<主な職員の配置状況>

| 職 種 | 常勤換算 | 指定基準 |
|---------|-------|---------------|
| 事業所長 | 1名 | |
| 管理者 | 2名 | 2名 |
| 計画作成担当者 | 2名 | 2名 |
| 介護支援専門員 | 1名 | 1名 |
| 介護職員 | 12名以上 | 日勤帯6名以上、夜勤帯2名 |

<主な職員の勤務体制>

| 職 種 | 勤務体制 | | |
|------|------|-------------|----|
| 介護職員 | 早番 | 7:00～16:00 | 2名 |
| | 日勤 | 8:30～17:30 | 2名 |
| | パート | 9:00～15:00 | 2名 |
| | 遅番 | 12:00～21:00 | 2名 |
| | 夜勤 | 21:00～7:00 | 2名 |

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) <サービスの概要>

① 食事

- ・当事業所では管理栄養士が立てた献立表により、栄養並びに利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・利用者の自立支援のため離床し食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

食事時間 朝食 7:30 昼食 12:00 夕食 17:00

② 入浴

- ・入浴又は清拭を週3回以上行います。

③ 排泄

- ・排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④ 機能訓練

- ・利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

(2) <介護保険給付対象利用料金（1日あたり）>

下記の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額（7割～9割）を除いた金額をお支払いください。（サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります）

(単位：円)

| | 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要介護度とサービス料金 | 7,490 | 7,530 | 7,880 | 8,120 | 8,280 | 8,450 |
| ②サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 220 | 220 | 220 | 220 | 220 | 220 |
| ③合計 | 7,710 | 7,750 | 8,100 | 8,340 | 8,500 | 8,670 |
| ④うち、介護保険から給付される金額 | 6,939 | 6,975 | 7,290 | 7,506 | 7,650 | 7,803 |
| ⑤サービス利用に係る自己負担額(③-④) | 771 | 775 | 810 | 834 | 850 | 867 |

※介護職員等処遇改善加算Ⅰとして③×11.1%が加算されます。

※介護職員等ベースアップ等支援加算として③×2.3%が加算されます。

※介護職員等特定処遇改善加算Ⅰとして③×3.1%が加算されます。

※地域区分が7級地のため③×10.14が加算されます。

※科学的介護推進体制加算は実施した場合のみ40単位/月が加算されます。

※入居した日から起算して30日以内の期間は1日につき30単位加算(900円/30日)を請求いたします。また、医療機関に1ヵ月以上入院した後に、再入居された場合も同様の請求になります。

※入居中に入院され、3ヵ月以内に退院が見込まれる方については、再入居の受け入れ体制を整えている場合、1日につき246単位(1月に6日を限度とする)を算定いたします。

※退所時病院等へ情報提供した場合は250単位/回を算定致します。

※生産性向上推進体制加算Ⅱとして10単位/月が加算されます。

※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、利用者の負担額を変更します。

※⑤サービス利用に係る自己負担額が2割の方は⑤×2、3割の方は⑤×3の料金になります。

(3) <介護保険給付対象外利用料金(1日あたり)>

下記の料金表によって、ご利用者に係る基本料金の合計金額をお支払い下さい。(円)

| 内 訳 | 利用料金 | 内 容 |
|-------------|-------|---------------|
| 居住費(光熱水費含む) | 1,930 | 家賃・電気・水道・ガス代等 |
| 朝食 | 350 | 食費 |
| 昼食 | 500 | 食費・おやつ |
| 夕食 | 500 | 食費 |
| 住居管理費 | 350 | 建物・居室の修繕清掃等 |
| 自己負担合計額 | 3,630 | |

(4) <その他のサービス>

① 特別な食事(酒類を含みます。)

利用者や契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。(要した費用の実費)

② 理美容サービス

近隣美容室をご利用いただきます。(実費)

③ 貴重品の管理

契約者・利用者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。

詳細は以下のとおりです。

管理する金銭の形態・・・預貯金通帳・現金

お預かりする物・・・預貯金通帳、現金、各保険証、印鑑、貴金属等

保管管理者 …… 事業所長

出納方法 …… 手続きは以下のとおりです。

- ・ 預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を介護職員通じて保管管理者へ提出していただきます。
- ・ 保管管理者は上記届出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。
- ・ 保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しを契約者または利用者へ4ヶ月毎に残高を書面にて交付します。

④ レクリエーション・クラブ活動

契約者や利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。(材料代等の実費をいただきます)

⑤ 複写物の交付

契約者や利用者はサービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。(1枚につき20円)

⑥ おむつ代

リハビリパンツ1袋 1,500円～ パット1袋 700円～
オムツ1袋 1,300円～

⑦ クリーニング代

特別な衣類のクリーニング代はクリーニング業者の請求額を請求します。(実費)

⑧ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活用品の購入代金等、利用者の日常生活に要する費用で、利用者に負担していただくことが適当であるものにかかる費用を負担していただきます。

* 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(5) 利用料金のお支払い方法

- ① 前項(2)から(4)の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、利用明細請求書を翌月の15日までにご指定いただいた住所へ郵送します。(1ヶ月に満たない期間に関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額になります)
- ② 支払方法は、当事業所指定の次の金融機関の預貯金通帳から毎月28日(銀行休業日は翌営業日)に口座自動引落しさせていただきます。(口座自動引落しに必要な手数料は当事業所が負担させていただきます)
- ③ 領収書は次回請求書と併せて送付させていただきます。

指定金融機関 大垣共立銀行 墨俣支店

(6) 利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(ただし下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務付けるものでもありません)

① 協力医療機関

| 医療機関の名称 | 所在地 | 電話番号 |
|---------|-----------------|--------------|
| 大垣市民病院 | 大垣市南瀬町4-86 | 0584-81-3341 |
| 新生病院 | 揖斐郡池田町本郷11551-1 | 0584-45-3161 |
| 岩田医院 | 大垣市墨俣町墨俣1121-1 | 0584-62-5305 |
| 岩田歯科医院 | 安八郡墨俣町墨俣1060 | 0584-62-5400 |

(7) 協力施設

| 施設の名称 | 所在地 | 電話番号 |
|-----------------------|--------------|--------------|
| 特別養護老人ホーム サンヴェール大垣 | 大垣市東町4丁目43-2 | 0584-77-7010 |
| 高齢者福祉施設 サンヴェール花水木 | 大垣市東町4丁目60-1 | 0584-47-8484 |
| 高齢者福祉施設 サンヴェール三城 | 大垣市東町4丁目45-1 | 0584-84-2103 |

6. 身元保証人

事業者は、契約時に利用者に対し身元保証人の指定を求めます。ただし、社会通念 利用者
に身元保証人を立てることができない相当の理由が認められる場合は、その限りではありません。
(契約書参照)

7. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

苦情受付窓口 渡辺 弘美子
電話番号 0584-82-1508
受付日時 月～金 9:00～17:00

(2) その他の苦情受付先機関

- a 大垣市役所 介護保険課
電話番号 0584-81-4111
- b 岐阜県運営適正化委員会（岐阜県社会福祉協議会に設置）
電話番号 058-278-5136
- c 岐阜県国民健康保険団体連合会
電話番号 058-275-9826

8. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安
全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

(1) 持込の制限

利用者が自由に使えるスペースに限りがありますので、職員にご相談ください。また、危
険物の持ち込みはできません。

(2) 面会

- ・面会時間は10:00から16:00までとしますが、ご事情がある方については前もっ
てご相談ください（感染症の流行によっては制限される場合があります）

(3) 外出・外泊

外出・外泊される場合は、事前にお申し出ください。ただし、外泊については最長6日間
でお願いします（感染症の流行によっては制限される場合があります）。

(4) 食事

翌日の食事（朝・昼・夕）3食又はいずれかが不要な場合は、前々日の16時までにお申
し出ください。

(5) 施設・設備の使用上の注意

- ・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ・故意に施設、設備を壊したり汚したりした場合には、利用者、契約者の自己負担により現状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等管理上の必要があるとみとめられる場合には、利用者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。ただし、その場合ご利用者のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。
- ・当事業所の職員や利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(6) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

9. 損害賠償について

事業者は、本契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、利用者に故意または過失が認められる場合には、損害賠償責任を免除又は減じることができるものとします。

10. 非常災害対策

- ・事業者は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する具体的な防災計画を作成します。
- ・事業者は、防災計画に基づき、利用者及び従業者等の避難、救出その他必要な訓練を行います。

令和 年 月 日

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いました。

グループホーム三城

【説明者】

職 名 ホーム長

氏 名 渡辺 弘美子 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、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。

【契約される方】

住 所

電話番号

氏 名 印

(署名代理人)

住 所

電話番号

氏 名 印

【身元保証人になられる方】

住 所

電話番号

氏 名 印

契約者との関係 ()

【連帯保証人になられる方】

住 所

電話番号

氏 名 印

契約者との関係 ()