

(介護予防)認知症対応型共同生活介護 グループホームみずほの里
重要事項説明書

当事業所(以下「ホーム」という。)は、ご利用者に対して認知症対応型共同生活介護サービス(以下「介護サービス」という。)を提供いたします。ホームの概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次のとおり説明します。

※ 当ホームへの入所は、原則として要介護認定の結果「要支援2または要介護」と認定され、かつ認知症の状態である方が対象となります。

1. 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 瑞幸会
法人所在地	長崎県雲仙市瑞穂町古部乙 1392 番地 1
電話番号	0957-77-4011
代表者氏名	理事長 加藤 寛治
設立年月日	平成 5 年 9 月 9 日(5 高援第 293 号)

2. ご利用施設

施設の種類	認知症対応型共同生活介護
施設の名称	グループホームみずほの里
施設の所在地	長崎県雲仙市瑞穂町古部乙 1392 番地 1
介護保険指定番号	4271401392
電話番号	0957-77-4031
管理者氏名	管理者 平辻 心
開設年月	平成 14 年 7 月 1 日(14 長介第 1044 号)
入所定員	9 名

ホームの目的

要介護状態の認知症のある被保険者(以下、「ご利用者」という。)について、介護サービスに基づき、家庭的な環境の中で、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他日常生活上の支援、機能訓練、健康管理及び療養上の介助を行うことにより、ご利用者がある能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように援助することを目的とします。

ホームの運営方針

当事業所では、要介護者であって認知症の状態にある利用者について、その人格と意思を尊重し、家庭的な環境の下で、常に利用者の立場に立ったサービスの提供を行い、ご利用者がある能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう努めます。

3. 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
居室(1人部屋)	9室	ベッド・洗面台付き
食堂	1室	
居間	1室	
台所	1室	
浴室	1室	一般浴
脱衣室	1室	
洗濯室	1室	
スタッフルーム	1室	

4. 職員の配置、入所者の状況

当ホームでは、ご利用者に対して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配置しています。

【主な職員の配置情況】 ※職員の配置については指定基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤
1 管理者(兼務)	1名	
2 計画作成担当者(兼務)	1名	
3 介護職員 (1名計画作成担当者兼務を含む)	5名	3名

【主な職員の勤務体制】 ※職員の勤務については指定基準を遵守しています。

職種	勤務体制	配置人員
1 管理者	日勤 8:30 ~ 17:30	1名
2 介護職員	日勤 8:30 ~ 17:30	1~2名
	早出 7:00 ~ 16:30	1名
	遅出 9:00 ~ 18:30	1名
	夜勤 16:00 ~ 9:00	1名

【入居者の概要】 (ご利用者の状況) 令和6年4月1日現在

利用者数	総定員 9名中 9名ご利用
要介護度別	要支援2: 0名、要介護1: 2名、要介護2: 1名、 要介護3: 4名、要介護4: 2名、要介護5: 0名

5. 当ホームが提供するサービスと利用料金

当ホームでは、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担頂く場合

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては「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て利用料金が介護保険から給付されます。

【サービスの概要】

① 食事

- ・栄養並びにご利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の残存能力を考慮して自立支援の為、食事作りに加わって頂く機会を多く持ちます。
- ・食事時間は制限いたしません、おおよその目安は、
朝食 7:00～ 昼食 12:00～ 夕食 17:30～ です。

② 入浴

- ・入浴または清拭をケアプランに基づいて行います。

③ 排泄

- ・排泄の自立を促す為、ご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

- ・ご利用者の心身等の回復を図る「生活リハビリ」を中心に機能訓練活動を行います。

⑤ 生活サービス

- ・日常生活上の世話(離床・着替・整容・掃除・洗濯等)を、ご利用者の能力に応じて援助します。

⑥ その他自立への支援

- ・残された能力が最大限発揮できるよう、生活意欲を引き出す為、ご利用者の趣味・嗜好に応じて多様なプログラムを取り入れます。

【サービス利用料金】

介護保険の自己負担額は「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た額によって金額が異なります。また、金額は端数処理をしておりますので請求と若干の相違がございます。

【入所料金(日額)】(例:1割負担の方の場合)

	施設入所サービス費
要支援2	761円
要介護1	765円
要介護2	801円
要介護3	824円
要介護4	841円
要介護5	859円

【加算料金(日額)】(例:1割負担の方の場合)

加算要件によって、上記の料金に別途加算される場合がございます。

加算項目	1割負担	備考
初期加算(入所30日間)	30円	1日あたり
医療連携体制加算(Ⅰ)イ	57円	1日あたり

医療連携体制加算(Ⅰ)ロ	47円	1日あたり
医療連携体制加算(Ⅰ)ハ	37円	1日あたり
医療連携体制加算(Ⅱ)	5円	1日あたり
科学的介護推進体制加算	40円	1日あたり
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22円	1日あたり
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18円	1日あたり
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6円	1日あたり
初期加算(入所後30日間)	30円	1日あたり
若年性認知症利用者受入加算	120円	1日あたり
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100円	1月あたり
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200円	1月あたり
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90円	1月あたり
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110円	1月あたり
協力医療機関連携加算	100円	1月あたり
退居時情報提供加算	250円	1回あたり
高齢者施設等感染症対策向上加算	10円	1月あたり
新興感染症等施設療養費	240円	1日あたり
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	150円	1月あたり
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	120円	1月あたり
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100円	1月あたり
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10円	1月あたり
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	月所定単位数の18.6%	
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	月所定単位数の17.8%	
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	月所定単位数の15.5%	
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	月所定単位数の12.5%	

※新型コロナウイルス感染症に対応する為、特例的な評価がある場合もございます。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

【基本料金】

	日額	月額
① 室料	500円	15,000円
② 水道光熱費	180円	5,400円
③ 食材費	1,200円	36,000円
合計	1,880円	56,400円

※①～③の月額は1ヵ月30日として計算しています。

【基本料金以外必要と思われる費用】

・おむつ、特別な行事、飲食また入退所時の荷物搬送代等、日常生活において利用者に必要な費用は実費負担となります。

【施設サービス(無料)】

・理美容代金においては、当ホームに理容免許所持者在職(介護職員)である為、簡単な散髪等は無料となります。

【日常生活上必要となる諸費用実費】

・日常生活品の購入代金等、日常生活に要する費用でご利用者に負担頂くことが適当であるものに係る費用を負担頂きます。

○電化製品持込使用費用(電気代)

利用料金(電気代)：テレビ1日あたり 50 円、電気ポット1日あたり 50 円

電気毛布・電気湯たんぽ類1日あたり 50 円

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書第7条参照)

前記(1)・(2)の料金・費用は、1ヵ月毎に計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。お支払い後領収書を発行いたします。

(1ヵ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

(1) 窓口で現金支払

(2) 下記指定口座への振込み

十八親和銀行吾妻支店 普通預金 1160928

認知症高齢者 グループホームみずほの里 管理者 平辻 心

6. 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、ご利用者の希望により下記協力医療機関において診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を義務づ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	よこた医院
所在地	長崎県雲仙市瑞穂町西郷辛 1172

(2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	ねぎ歯科医院
所在地	長崎県雲仙市瑞穂町西郷辛 1041-1

7. 入院に係る取り扱い

入居サービスを受けている場合において、ご利用者が病院または診療所に入院された場合はサービスを一旦中止した翌日から介護サービス費、室料、水道光熱費、食材費は算定されません。

8. 非常災害対策

非常災害に関する具体的(消防、風水害、地震等)計画を作成し、防火管理者または、火気・

消防・設備点検等についての責任者を定めておくとともに、非常災害発生に備え、自衛消防組織を編成しています。なお、防火管理者は従業者に対して防火教育・消防訓練を実施しています。

- ① 防火教育及び基礎訓練(通報・消火) 年1回以上
- ② 利用者を含めた総合訓練 年2回以上
- ③ 非常災害用設備の使用方法的徹底 随時

9. 苦情の受付について(契約書第22条参照)

(1) 当ホームにおける苦情の受付

当ホームにおける苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情処理の体制

苦情受付責任者、苦情受付担当者、第三者委員の設置

- ・苦情受付責任者 管理者 平辻 心
- ・苦情受付担当者 計画作成担当者 出田 達哉
- ・第三者委員 瑞穂町社会福祉協議会 瑞穂デｲｰビスﾝﾀｰ元セﾝﾀｰ長(評議員)
瑞穂町夏峯地区老人会元会長(元評議員)

○受付時間 随時

苦情受付ボックスをロビーに設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

島原地域広域市町村圏組合	所在地 島原市有明町大三東戊 1327 番地 TEL : 0957-61-9101 / FAX : 0957-61-9104 受付 介護保険課
雲仙市役所瑞穂総合支所	所在地 雲仙市瑞穂町西郷辛 1285 番地 TEL : 0957-77-2111 / FAX : 0957-77-2116 受付 地域振興課
長崎県国民健康保険 団体連合会	所在地 長崎市今博多町 8 番地 2 TEL : 095-826-1599 / FAX : 095-826-7325 受付 介護保険課 介護相談担当
長崎県社会福祉協議会	所在地 長崎市茂里町 3 番 24 号(長崎県総合福祉セﾝﾀｰ) TEL : 095-846-8600 / FAX : 095-844-5948 受付 苦情相談室

10. 苦情処理の手順

① 苦情の受付

苦情は、面接電話・書面等により苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、苦情解決責任者・第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

② 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を、苦情解決責任者(苦情申出人が苦情解決責任者への報

告を拒否した場合を除く)に報告します。苦情解決責任者は内容を確認し、苦情申出人に対して、苦情を受けた旨を通知します。

③ 苦情解決の為の話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際苦情申出人は、第三者委員の助言や立ち会いを求めることができます。なお、第三者委員の立ち会いによる話し合いは、次により実施いたします。

- ・第三者委員による苦情内容の確認
- ・第三者委員による解決案の調整、助言
- ・話し合いの結果や改善事項等の確認

④ 「運営適正化委員会」及び「国民健康保険団体連合会」の紹介

事業所内または第三者委員等にて解決できない苦情は、長崎県社会福祉協議会に設置された「運営適正化委員会」に申し立てることができます。

なお、介護保険事業に関する苦情は「長崎県国民健康保険団体連合会」にて受け付けることができます。

11. 事故発生時の対応

① 家族等への連絡

- ・ご利用者の処遇により万一事故が発生した場合は、速やかに当該ご利用者のご家族等に連絡を行うとともに市町村への連絡を行い必要な措置を講じます。
- ・ご利用者の日常生活や処遇上に事故が発生した場合の対応方法については、あらかじめ定めておくこととします。
- ・事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐ為の対策を講ずることとします。

② 採った処置の記録

施設はご利用者の日常生活や処遇上に事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該ご利用者の家族等に対して連絡を行う等の必要な措置を講ずべきこととするとともに、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録は最低 5 年間保存しておくことといたします。

③ 損害賠償

施設内において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害の賠償を行います。守秘義務に違反した場合も同様といたします。ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意または過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合を設けることといたします。

12. 第三者評価の実施状況等に関する項目

- ① 第三者評価実施の有無 有
- ② 実施した直近の年月日 令和5年10月25日
- ③ 実施した評価機関の名称 特定非営利活動法人 ローカルネット日本評価支援機構
- ④ 評価結果の開示状況 ホーム玄関に開示、WAM NET 掲載

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護サービスの提供にあたり、利用申込者に対して本書面に基づき、重要な事項の説明をいたしました。

《事業者》

所在地 : 長崎県雲仙市瑞穂町古部乙 1392 番地 1

事業所名 : グループホームみずほの里

説明者 : _____ (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サービスについての重要事項の説明を受け、その内容について同意いたしました。

《利用者》

住所 : _____

氏名 : _____ (印)

《家族または代理人》

住所 : _____

氏名 : _____ (印) 続柄 ()