

グループホーム

重要事項説明書

甲(利用者)

乙(事業者) 社会福祉法人 野のはな

重要事項説明書

(認知症対応型共同生活介護サービス・介護予防認知症対応型共同生活介護サービス)
介護サービス提供開始にあたり、介護保険法に基づいて、説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 野のはな
事業者の所在地	大阪府阪南市和泉鳥取 950 番 7
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 西尾 京子
電話番号	072-471-8880

2 利用施設

施設の名称	グループホーム 野のはな
施設の所在地	大阪府阪南市和泉鳥取 950 番 7
施設長名	山岡 美樹
電話番号	072-471-8880
FAX番号	072-471-0158
指定番号	2779500475
通常の事業の実施区域	阪南市

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	認知症状を伴う要介護状態の高齢者に対し、個室の生活起居を提供して、適切な認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護を提供する。
事業の方針	認知症状によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境の下で、心身の特性に留意して認知症状の緩和や悪化防止を図り、尊厳ある日常生活を営むことが出来るように、入浴、食事、排泄等の日常生活場面での世話や機能訓練等の介護その他の必要な援助を行なう。

4 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地	320.53 m ²	
建物	構造	鉄筋コンクリート造 3 階建 (耐火建築)
	延べ床面積	251.55 m ²
	利用定員	9 名

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積
食堂	1 室	23.38 m ²
居室	9 室	10.76～12.00 m ²
浴室	1 室	4.90 m ²
便所	3カ所	

5 職員体制 (主たる職員)

従業者の職種	区分				保有資格
	常勤		非常勤		
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者		1			介護福祉士
介護職員	4	2	2		介護福祉士3名 ヘルパー2級5名
計画作成担当者		1			介護専門職員1名

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	早出 (7:00～16:00) 日勤 (9:00～18:00) 遅出 (12:00～21:00) 常勤で勤務	4 週 8 休
介護職員	早出 (7:00～16:00) 日勤 (9:00～18:00) 遅出 (12:00～21:00) 原則として職員 1 名あたり入所者 3 名のお世話をします。 夜間は宿直 (21:00～7:00)	原則 4 週 8 休
計画作成担当者	週 3 日 (火・木曜日) 9:00～18:00 勤務	

7 営業日

営業日	年中無休
-----	------

8 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種類	内容	利用料
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。(ただし、食材料費は給付対象外です。) ・食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるように配慮します。 (食事時間) 朝食 7:00～8:00 昼食 12:00～13:00 夕食 18:00～19:00	原則として「9 認知症対応型共同生活介護の料金」の利用料金の1割が利用者の負担額となります。利用者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額となります。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。
排せつの介助	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、1日5回の交換を行うとともに、必要な場合はこれを超えて交換を行います。 	サービス提供証明書及び領収証は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・週2回の入浴または清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は機械を用いた入浴も可能です。 	
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考えて、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。 	
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 ・入所者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 	
相談および援助	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、入所者およびその家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口)管理者	

(2)介護保険給付外サービス

種 類	内 容
おむつの提供	・利用者の希望に応じて提供します。
行政手続きの代行	・市町村での書類の申請交付、申請手続き等を代わって行います。
食材の提供	・新鮮で安価な食材を提供します。
理美容サービス	・2ヶ月 1 回 カミヤ美容の出張による美容サービスを利用いただけます。
暮らしの助け合い	・別紙参照(平日 9 時～17 時 1,200 円/時間 ・ 土日、祝日と平日時間外 1,500 円/時間)

9 認知症対応型共同生活介護の料金

家賃	30,000/月	30日当たりの介護保険料の自己負担額	
食事代	45,000/月		
水光熱費	20,000/月	要介護1	24,397円
計	95,000/月	要介護2	25,553円
		要介護3	26,314円
1ヶ月に満たない場合は		要介護4	26,831円
日割り計算とします。		要介護5	27,378円
サービス提供体制加算Ⅱ (30日当たり)	180円		
退居時相談援助加算 (1回限り)	406円		
初期加算(入居から30日以内)	930円		
看取り介護加算 (死亡日以前4日以上30日以下)	1日につき80円		
(死亡日以前2日又は3日)	1日につき680円		
(死亡日)	1,280円		
入居の保証金は金 21 万円とし、返還額は下記のとおりとする。			
入居期間 1 年以内の退去	入居期間 2 年以内の退去	入居期間 2 年超	
14 万円	7 万円	なし	

加 算	利用料	利用者負担額	算 定 回 数 等
認知症対応型処遇改善加算Ⅰ	所定単位数 の 39/1000	左記の 1 割	1 月につき
認知症対応型処遇改善加算Ⅱ	処遇改善加算 (Ⅰ) で算定 した 90/100	左記の 1 割	1 月につき
認知症対応型処遇改善加算Ⅲ	処遇改善加算 (Ⅰ) で算定 した 80/100	左記の 1 割	1 月につき

10 利用料等の支払い

毎月末日までに次のとおり請求書をお届けします。 家賃・食事代・水光熱費(翌月分) 介護保険料の自己負担分(前月分) おむつ代等の消耗品と暮らしの助け合いの利用料(前月21日～当月20日分)
利用者控と内容を照合のうえ、請求月の末日までに利用者指定口座からの自動引落でお支払いいただきます。

11 苦情・虐待の相談等申立先

当施設利用相談室	窓口担当者 利用時間 利用方法	管理者(山岡 美樹)不在時(理事長 西尾 京子) 毎日 午前9時～午後5時 電話 072-471-8880 FAX 072-471-0158
市町村	市町村名 窓口担当者 利用時間 利用方法	阪南市 保健福祉部介護保険課 平日 午前8時45分～午後5時15分 電話 072-471-5678 住所 阪南市尾崎町35-1
公的団体	団体名 利用時間 利用方法	大阪府国民健康保険団体連合会介護保険課 平日 午前9時～午後5時 電話 06-6949-5418 住所 大阪市中央区常磐町1-3-8中央大通りFNビル
市町村	市町村名 窓口担当者 利用時間 利用方法	

12 協力医療機関・連携施設

医療機関の名称	医療法人交詢医会大阪リハビリテーション病院
院長名	理事長 井川 宣
所在地	大阪府阪南市自然田 940
電話番号	072-473-2000
診療科	内科、外科、リハビリテーション科、整形外科

医療機関の名称	ひとねクリニック
院長名	堅山 仁根
所在地	岸和田市土生町 4 丁目 3 番 1 号 リハーブB1-2F 205
電話番号	072-427-5868

診療科	内科、循環器科
-----	---------

医療機関の名称	まさと歯科医院
院長名	若野 正人
所在地	大阪府阪南市自然田 821 番地の 9
電話番号	072-470-1881
診療科	歯科

連携施設の名称	特別養護老人ホーム玉井泉陽園
施設長	理事長 玉井 丈博
所在地	大阪府阪南市下出 513 の 1
電話番号	072-473-0001

13 緊急時の対応方法

事故発生時や利用者の体調悪化時の緊急時の対応方法		
主治医	利用者の主治医	
	所属医療機関名	
	所在地 電話番号	
家族等	緊急連絡先の家族等	
	住所 電話番号	

14 秘密の保持

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の従業員は、サービス提供を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利用なく、第三者に漏らしません。 この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
従業員に対する秘密の保持について	就業規則にて従業員は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を保持する義務を規定しています。また、その職を辞した後にも秘密の保持の義務があります。

15 個人情報

<p>個人情報の保護について</p>	<p>事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p>
--------------------	---

16 身体的拘束の禁止

<p>身体的拘束の禁止について</p>	<p>事業所は、当該利用者または他の利用者等の生命また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(以下「身体的拘束」という。)を行わない。</p> <p>前項の規定による身体的拘束等は、あらかじめ利用者の家族に説明を行い、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期限内においてのみ行うことができる。</p> <p>前条項の規定による身体的拘束等を行う場合には、その状態および時間、その際の利用者の心身の状態ならびに緊急やむをえない理由を記録する</p>
---------------------	--

17 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介護)計画

<p>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 介護)計画について</p>	<p>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介護)サービスは、利用者一人一人の人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、日常生活を送ることができるよう支援するものです。事業所の管理者は、利用者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、利用者と協議のうえで、居宅サービス計画(介護予防サービス計画)の</p>
---	--

	<p>内容に沿って、認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症共同生活介護）計画を定め、また、その実績状況を評価します。</p> <p>計画の内容及び評価結果等は書面に記載して利用者に説明のうえ交付します。</p>
サービス提供に関する記録について	<p>サービス提供に関する記録は、その完結の日から2年間保管します。また、利用者又は利用者の家族はその記録の閲覧が可能です。複写の交付については、実費を負担いただきます。</p> <p>1枚につき10円</p>

18 事故発生時の対応

利用者に関する事故発生時の対応について	<p>事業所が利用者に対して行う介護保険給付サービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。</p> <p>また、事業所が利用者に対して行った介護保険給付サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。</p>
---------------------	--

19 虐待防止啓発

虐待防止啓発	<p>事業者は、利用者に身体的、精神的苦痛等の虐待を防止するため、責任者を設置し、サービス提供担当者に虐待防止啓発のための定期的な研修の実施をします。</p>
--------	---

20 非常災害時の対策

平常時の訓練等	年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者も参加して実施します。	
防災設備	設備名称	設備名称
	スプリンクラー	防火扉・シャッター
	避難階段	屋内消火栓
	自動火災報知機	非常通報装置
	誘導灯	漏電火災報知機
	ガス漏れ報知機	非常用電源
	カーテン、布団等は防煙性能のあるものを使用しております。	

消防計画等	消防への届出日： 平成 21 年 12 月 1 日 防火管理者： 吉川 卓次
-------	---

21 当施設利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	その都度職員に連絡してください。
外出・外泊	その都度職員に連絡してください。
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したがって利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為は遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

私は、本書面に基づいて乙から上記重要事項の説明を受けたことを確認し、本書2通を作成し、甲乙が記名押印のうえ各1通を保有します。

_____年 _____月 _____日

説明者 _____

利用者(甲)

住所

氏名

私は、利用者の契約の意思を確認し、利用者に代わって署名を行いました。

甲の代理人

住所

氏名

続柄

連帯保証人
身元引受人

住所

氏名

続柄

事業者(乙)

阪南市和泉鳥取950番7
社会福祉法人 野のはな
理事長 西尾 京子