

指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護利用重要事項説明書

グループホーム王喜の郷ライム

指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービスの提供にあたり、平成24年条例第72号第129条(準用第10条)及び平成24年条例第73号第87条(準用第12条)にもとづいて説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者の内容

事業所名称	社会福祉法人 緑樹会
主たる事務所の所在地	山口県下関市王喜本町6-1-12
代表者	理事長 末谷千秋
連絡先	電話:083-283-2834 FAX:083-283-2060
Eメールアドレス	oukinosato@violet.plala.or.jp
ホームページ	http://www.ryokujukai.jp

2. 事業の目的と方針

事業の目的	認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送って頂けるように、介護計画に基づいた適正な認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とします。
運営の方針	家庭的な環境の中で、認知症の状態にある要介護者及び要支援者の意思や人格、心身の特性を踏まえつつ、ご利用者がそれぞれの役割をもって共同生活において可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援します。

3. 事業所概要

名称	グループホーム王喜の郷ライム
事業所の種類	(介護予防)認知症対応型共同生活介護
利用定員	18名(1ユニットあたり9名まで)
指定番号	3590104232 指定年月日:令和5年9月1日
開設年月日	令和5年9月1日
所在地	山口県下関市王喜本町4-1-6
管理者	下森 真理子
連絡先	電話:083-250-6666 FAX:083-250-6777

4. 居室・設備の概要

敷地面積	972.30 m ²	
建物	構造	木造平屋
	延べ床面積	504.52m ²
居室	居室数	18室(全て1人部屋となります)
	居室面積	9.66m ²
共用設備	食堂・居間、廊下、台所、浴室(個人浴槽と特殊浴槽)・脱衣室、洗濯室、便所、相談室	

5. 事業所の職員体制

	常勤		非常勤		職務内容
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者		1			職員の管理、業務の管理等を行う。
計画作成担当者		1	1		グループホームご利用者のアセスメント、介護計画の作成を行う。
介護職員	10人以上	0以上	0以上		ご利用者に介護計画に基づき介護を行う。
看護師		1以上			ご利用者の日常的な健康管理及び緊急時の対応、主治医との連絡業務を行う。

6. 休業日

休業	年中無休
----	------

7. サービスの内容及び利用料

サービス内容	①入浴、排泄、食事、着替え等の介護 ②日常生活上の世話 ③日常生活の中での機能訓練 ④相談、援助
利用料	<1>介護保険一部負担金 要支援2 749単位/日 要介護1 753単位/日 要介護2 788単位/日 要介護3 812単位/日 要介護4 828単位/日 要介護5 845単位/日 ・その他加算 口腔衛生管理加算 30円/月 口腔・栄養スクリーニング 20単位/6月に1回を限度 栄養管理体制加算 30単位/月 科学的介護推進体制加算:40単位(1月につき) 初期加算 : 30単位/日 ※入居された日から30日間加算されます 退居時相談援助加算 400単位 ※入居期間1ヶ月以上の利用者が退去後、居宅サービスまたは地域密着型サービスを利用するとなった際、本人及び家族に対し退去後の生活について相談に応じた場合に、利用者1人につき1回を限度として加算します。 退居時情報提供加算 250単位/回 ※入所者等が医療機関へ退所した場合、医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定する。 入退院支援加算 246単位 ※入院後3ヶ月以内退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受入体制を整えてい居る場合には、1月に6日を限度として算定します。 看取り介護加算 死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日 死亡日の前日及び前々日 680単位/日 死亡日 1,280単位/日 ※入居者本人及び家族の意向を尊重しつつ看取りの体制を構築し、看取りに向けた手厚い介護の実施を行い、医師が医学的見地に基づき「回復の見込みがない」と診断した入居者に算定をします。 医療連携体制加算Ⅰイ 57単位/日 ※看護職員(正看護師)を1名以上配置し、24時間看護師と連携体制を確保している場合に算定します。 医療連携体制加算(Ⅱ) 5単位/日 ※過去3カ月において該当する医療的ケアが必要な入居者が1人以上であった場合に算定します。

	<p>生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 10単位/月</p> <p>※生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行う場合に月1回算定します。</p> <p>サービス提供体制強化加算Ⅰ 22単位/日</p> <p>※サービスの質の向上や職員のキャリアアップを推進し、介護福祉士の資格を有する者の割合が70%以上または勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の場合に、一日につき22単位を加算します。</p> <p>i 介護職員処遇改善加算Ⅰ 11.1%(加算割合)</p> <p>ii 介護職員等ベースアップ等支援加算 2.3%(加算割合)</p> <p>iii 介護職員特定処遇改善加算Ⅰ 3.1%(加算割合)</p> <p>※ i～iiiは合計単位数に乗じて計算します。単数処理四捨五入。</p> <p>※利用料負担は介護保険負担割合証の割合で計算されます。</p> <p><2>実費にて必要な費用</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">家賃</td> <td style="text-align: right;">30,000円</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">食費</td> <td style="text-align: right;">45,000円</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">水道光熱費</td> <td style="text-align: right;">20,000円</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">清掃費(ゴミ処理費等)</td> <td style="text-align: right;">5,000円</td> </tr> </table> <p>なお、紙おむつ等を購入希望の場合、紙おむつ1袋2,200円～、紙パンツ1袋1,880円～尿パット1袋630円～実費払いとなります。※サイズにより金額が異なります。また持ち込み可能です。</p> <p>退居時や契約終了後に荷物管理及び事務手数料として、1ヵ月に1000円～3000円頂く場合があります。※荷物の量で計算させて頂きます。詳細はお尋ねください。</p>	家賃	30,000円	食費	45,000円	水道光熱費	20,000円	清掃費(ゴミ処理費等)	5,000円
家賃	30,000円								
食費	45,000円								
水道光熱費	20,000円								
清掃費(ゴミ処理費等)	5,000円								

8. 入居に当たっての留意事項

来訪・面会	<p>来訪者は、お名前、ご関係を職員にお告げ下さい。</p> <p>ご家族が宿泊される場合は必ず職員にお届けください。</p>
外出・外泊	<p>外出・外泊の際は必ず行き先と帰宅時間を届け出てください。</p> <p>なお帰宅時間が遅れる場合は必ず連絡してください。</p>

9. 契約の終了

<p>① 要介護要介護又は要支援の認定更新において、ご利用者が自立または要支援1と認定された場合</p> <p>② ご利用者が死亡した場合</p> <p>③ ご利用者又はご利用者代理人が契約書第14条に基づき本契約の解除を通告し、予告期間が満了した日</p> <p>④ 事業者が契約書第15条に基づき本契約の解除を通告し、予告期間を満了した日</p> <p>⑤ ご利用者が病気の治療等その他のため1か月以上グループホームを離れることが決まり、かつその転居先の受け入れが可能となったとき</p> <p style="padding-left: 40px;">※退院が決まり、再度当グループホームに入居を希望される場合はご相談ください。</p> <p>⑥ ご利用者が他の介護保険施設等への入所が決まり、その施設の側で受け入れが可能となったとき</p> <p>⑦ ご利用者またはその家族から事業者や職員等に対して、故意に暴力や暴言、性的な言動または優越的な関係を背景とした言動等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合</p>

10. 緊急時の対応

ご利用者が病気又は負傷等により検査や治療が必要になった場合、その他必要を認めた場合は、ご利用者の主治医又は事業者の協力医療機関において必要な治療等が受けられるように支援します。

<協力医療機関>

名称	牛尾医院 亀の甲クリニック	福田歯科医院
所在地	下関市長府亀の甲	下関市長府中浜町
診療科目	内科、外科	歯科
入院設備	あり	なし
救急指定	なし	なし
協力関係	協力契約済	協力契約済

日常のかかりつけ医への通院は職員が介助致します。

その他の通院介助は、ご家族にお願いする場合があります。

11. 看取りについて

ご利用者及びご家族から看取りや延命治療に関するの考えをお聞きし、ご家族、医療機関と連携を図りながら、看取りを行います。看取りを希望されても医療処置の継続が必要な場合は、入院や救急搬送という形をとらせて頂くことがあります。

12. 事故発生時の対応

ご利用者に対するサービスの提供にあたって、万が一事故が発生し、ご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、ご家族、市町村及び関係諸機関等への連絡を行う等必要な措置を講じ、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償します。

損害賠償の方法	(株)東京海上日動火災保険より填補されます。
---------	------------------------

13. 秘密保持・個人情報の保護

契約書に定めるように、職員は正当な理由のない限り、知りえた利用者及びその家族の秘密を他に漏らしません。サービス終了後、職員の退職後も継続します。また個人情報を会議等で用いる場合は、あらかじめ同意書により同意を得ます。

14. 身体拘束の禁止

身体拘束の適正化のための指針を整備し、委員会を月1回開催、その結果を介護職員、その他の従業者に周知徹底します。また、身体拘束の適正化のための研修を年2回以上行います。身体的拘束その他ご利用者の行動を制限しません。ただし、ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合はこの限りではありません。緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、ご利用者やご家族に拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、期間等について説明し、文書による同意の取得と経過観察を行います。

15. 虐待の防止について

人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講ずるよう努めるものとします。
 ①虐待防止のための対策を検討する委員会を月1回開催するとともに、結果について職員等に周知徹底を図る。
 ②成年後見制度の利用支援
 ③苦情解決体制の整備
 ④職員等に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を年2回以上実施
 ⑤虐待の防止に係る責任者を選定します。 責任者 管理者:下森 真理子

16. 衛生管理等について

職員等の清潔の保持及び健康状態について、定期健診等の必要な管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めるものとします。事業所において感染症が発生し、又はまん延しないよう以下の措置を講じます。
 ①事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を2ヵ月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員等に周知徹底を図る。
 ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
 ③事業所において、職員等に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

17. 事業継続計画の策定

感染症又は非常災害の発生時において利用者に対しサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該事業継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
 ①職員等に対し、事業継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を年2回以上実施する。
 ②定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行う。

18. 非常災害時の対策

消防計画等	下関市消防本部に届け済み 防火責任者 下森 真理子
消防訓練等	年2回消防本部職員により、夜間、昼間を想定し、入居者も参加し訓練をする。
防災設備	併設施設接続緊急システム設置、施設内に消火器2個設置

19. 苦情申立

相談窓口	相談担当者	下森 真理子
	ご利用時間	毎日いつでも
	ご利用方法	担当者に直接又は電話:083-250-6666 担当者が不在の場合は、職員にお申し付けください。

○第三者委員への委嘱があります

松本 靖廣	電話(携帯) : 080-8080-0857
-------	------------------------

○公的機関

下関市福祉部介護保険課事業者係 住所:下関市南部町21番19号 下関商工会館4階 電話:083-231-1371 FAX:083-231-2743 受付日時:午前8時30分～午後5時15分(土、日、祝日、年末年始を除く)
山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課 住所:山口市朝田1980番地7 国保会館 電話:083-995-1010 FAX:083-934-3665 受付日時:午前9時00分～午後5時00分(土、日、祝日、年末年始を除く)

20.その他利用者の選択に資する重要事項

I、従事者の質の向上を図るため、次のとおり研修の機会を設ける。

(1)採用時研修 採用後1カ月以内

(2)階層別研修 随時

II、従事者等は、その勤務中常に身分を証明する証票を携行し、利用者又は家族から求められた時は、これを提示する。

III、この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は社会福祉法人緑樹会と施設の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

21.第三者評価の実施状況

実施日:未実施

指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービスの開始にあたり、ご利用者ならびにご家族に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明し、交付しました。

令和 年 月 日

所在地 : 山口県下関市王喜本町4-1-6

事業所名 : グループホーム王喜の郷ライム

説明者 :

契約書及び本書面により、事業者から指定認知症対応型共同生活介護サービスについて重要事項の説明を受けた上で同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

<利用者>

住所 :

氏名 :

<連帯保証人>

住所 :

氏名 :

ご利用者との続柄 :
