

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

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
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	9名
指定番号	3570101125 指定年月日:平成14年4月1日、平成18年4月1日(介護予防)
開設年月日	平成14年4月1日
所在地	山口県下関市王喜本町6-1-12
管理者	和田 育恵
連絡先	電話:083-283-2834 FAX:083-283-2060

4. 居室・設備の概要

敷地面積	1485.56㎡	
建物	構造	木造平屋
	延べ床面積	329.41㎡
居室	居室数	9室(全て1人部屋となります)
	居室面積	12.64㎡ 3室および12.21㎡ 6室
共用設備	食堂・居間(床暖房を完備)、廊下、台所、浴室(個人浴槽)・脱衣室、洗濯室、便所(3か所)、談話室	

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	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	3		7	3	ご利用者に介護計画に基づき介護を行う

6. 職員の勤務体制

勤務形態	勤務時間	休憩	実労働時間	1日の勤務人数
日勤1(A)	13:00～17:00	なし	4時間	1又は0
日勤2(B)	8:00～17:00	12:00～13:00	8時間	1又は0
日勤3(C)	9:00～18:00	13:00～14:00	8時間	1又は0
日勤4(D)	8:30～17:30	12:00～13:00	8時間	1又は0
夜勤	16:00～9:00	8:00～9:00	16時間	1

7. 休業日

休業	年中無休
----	------

8. 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介護報酬の告示上の額 ②家賃 30,000円 ③食費 30,000円 ④水道光熱費 15,000円 ⑤日常生活費 10,000円 └ 内訳 教養娯楽 3,000円 衛生用品 2,000円 調理容器、消耗品 3,000円 日常雑貨類 2,000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	760単位/日 764単位/日 800単位/日 823単位/日 840単位/日 858単位/日
	⑦サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位/日 ⑧認知症専門ケア加算Ⅰ 3単位/日 ⑨口腔衛生管理加算 30円/月 ⑩口腔・栄養スクリーニング 20単位/6月に1回を限度 ⑪栄養管理体制加算 30単位/月 ⑫科学的介護推進体制加算:40単位(1月につき) ⑬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 ⑭退居時相談援助加算 400単位 ※退居後居宅で介護サービスを利用する場合に1回加算されます。 ⑮入退院支援加算 246単位 ※3か月以内に退院が認められる場合1か月毎に6日加算されます。 ⑯介護職員処遇改善加算Ⅰ 11.1%(加算割合) ⑰介護職員特定処遇改善加算Ⅰ 3.1%(加算割合) ⑱認知症対応型ベースアップ等支援加算 2.3%(加算割合) ※⑯～⑱は合計単位数に乗じて計算します。単数処理四捨五入。 ※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。 なお、理美容代金、紙おむつ、医療費等については、実費払いとなります。 退居時や契約終了後に荷物管理料、事務手数料の費用が掛かる場合があります。		

9. 入居に当たっての留意事項

来訪・面会	来訪者は、お名前、ご関係を職員にお告げ下さい。 ご家族が宿泊される場合は必ず職員にお届けください。
外出・外泊	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。 なお帰宅時間が遅れる場合は必ず連絡してください。

10. 契約の終了

- 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
- ② ご利用者が死亡した場合
- 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
- 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
- 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
※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。
- 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

11. 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	佐々木医院	福田歯科医院	橋本クリニック
所在地	下関市長府亀の甲	下関市吉田	下関市長府中浜町	下関市長府江下町
診療科目	内科、外科	内科	歯科	心療内科・神経科
入院設備	あり	なし	なし	なし
救急指定	なし	なし	なし	なし
協力関係	協力契約済	協力契約済	協力契約済	協力医

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。

12. 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しての考えをお聞きし、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。

13. 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。

14. 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。

15. 身体拘束の禁止

身体拘束の適正化ための指針を整備し、委員会を3ヶ月に1回開催、その結果を介護職員、その他の従業員に周知徹底します。また、身体拘束の適正化のための研修を定期的に行います。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。

16. 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	和田 育恵
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		

17. 苦情申立

相談窓口	相談担当者	和田 育恵
	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:083-283-2834 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

藤井順子	電話:083-282-0706
的場孝文	電話:090-7991-5869

○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)

18.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。

19.第三者評価の実施状況

実施日:令和3年12月10日

評価機関:やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク

開示状況:WAMNET公開、事業所玄関にファイリングし置いています。

指定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ました。

令和 年 月 日

所在地 : 山口県下関市王喜本町6-1-12

事業所名 : グループホーム王喜の郷

説明者 : _____ 印

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を受け、説明を受けた上で同意しました。

令和 年 月 日

<利用者>

住所 : _____

氏名 : _____ 印

<連帯保証人>

住所 : _____

氏名 : _____ 印

ご利用者との続柄 : _____