

〈介護予防〉 認知症対応型共同生活介護 重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して 〈介護予防〉 認知症対応型共同生活介護の提供をします。グループホームの概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

*当グループホームへの入居は、原則として要介護認定の結果、要支援2、要介護1～5と認定され、認知症を有する高齢者の方が対象となります。介護申請をされ要介護認定をまだ受けていない方でも入居は可能です。

* 目 次 *

| | |
|----------------------------|----|
| 1, 事業者（法人）の概要 | 2 |
| 2, 事業所の概要 | 2 |
| 3, 共同生活介護の目的及び運営方針 | 2 |
| 4, 設備の概要 | 3 |
| 5, 職員の配置状況と勤務体制 | 3 |
| 6, グループホームが提供するサービス内容と利用料金 | 4 |
| 7, 利用料等のお支払方法 | 5 |
| 8, サービス内容に関する苦情相談窓口 | 6 |
| 9, 事故発生時の対応、非常災害時の対策 | 6 |
| 10, 医療連携体制 | 7 |
| 11, 身体拘束について | 8 |
| 12, 虐待防止の措置について | 8 |
| 13, 身元保証人 | 8 |
| 14, 契約の終了について | 9 |
| 15, 秘密保持 | 10 |
| 16, 記録の整備、閲覧 | 10 |
| 17, 住居の利用にあたっての留意事項 | 10 |
| 18, その他 | 10 |
| 19, 重要事項説明書同意書 | 11 |

グループホーム サンテ・ヴィラージュ

1 事業者（法人）の概要

| | |
|---------|---|
| 名称・法人種別 | 医療法人 圭裕会 |
| 代 表 者 名 | 理事長 南 圭祐 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 鹿児島県指宿市大牟礼三丁目24番15号 (電話) 0993(23)3730 (Fax) 0993(22)6625 |

2 事業所の概要

| | |
|---------------|--|
| 事業所の名称 | グループホーム サンテ・ヴィラージュ |
| 所 在 地 ・ 連 絡 先 | (住所) 鹿児島県指宿市東方8110番地1 (電話) 0993(24)2355 (Fax) 0993(24)2355 |
| 事 業 所 番 号 | 第 4671000315 号 |
| 開 設 年 月 日 | 平成15年7月14日 |
| 施 設 長 | 南 七子 |
| 管理者の氏名 | 肥後 恵 |

3 共同生活介護の目的及び運営方針

（1）目 的

〈介護予防〉認知症対応型共同生活介護事業の適正な運営を確保する為に人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護職員が要介護状態にあって認知症の状態にある高齢者に対し適正な
〈介護予防〉認知症対応型共同生活介護を提供することを目的としています。

（2）運営方針

- 1、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送れるように、利用者の心身の状況をふまえ、適切な介護を行ないます。
- 2、利用者がそれぞれの役割を持って、家庭的な環境の下で日常生活を送ることが出来るよう配慮して介護を行ないます。
- 3、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的にならないよう配慮して介護を行ないます。
- 4、利用者に対して懇切丁寧な介護を行い、利用者及びその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行ないます。
- 5、介護の提供にあたり、利用者等の生命又は身体を保護する為緊急やむをえない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。
- 6、介護従事者は、自ら提供する介護の質の評価を行い、常にその改善を図ります。

(3) 介護理念

- 1, 一人ひとりの個性を大事にしながら、その人らしい尊厳を持ち続ける生活を支援する
- 2, 豊かな自然を暮らしやケアに取り入れる
- 3, 地域の一員として暮らす事を目指す

(4) その他

* 〈介護予防〉認知症対応型生活介護計画の作成及び事後評価

計画作成担当者が利用者の直面している課題等を評価して、利用者の希望を踏まえて、介護従事者と協議の上、〈介護予防〉認知症対応型共同生活介護計画を作成します。

また、サービス提供の目標の達成状況を評価し、その結果を利用者に説明します

* 従業員研修 年1回以上

* 年1回自己評価を行い、隔年で外部評価を実施する。結果はグループホーム内に掲示し、入所者家族へ配布します。

外部評価実施状況

実 施 日 令和 5年12月9日

評価機関名 特定非営利法人 NPO さつま

4 設備の概要

(1) 構造等

| | | |
|-----|-------|-----------------------|
| 敷 地 | | 538.00 m ² |
| 建 物 | 構 造 | 鉄骨 2階建て |
| | 述べ床面積 | 427.63 m ² |
| | 利用定員 | 18 名 |

(2) 居室

| 居室の種類 | 室 数 | 面 積 | 備 考 |
|-------|-----|--------------------------|-----------------|
| 一人部屋 | 18室 | 7.68~7.96 m ² | 洗面台、クローゼット、ベッド付 |

(3) 主な設備

| 設 備 | 室 数 | 備 考 |
|-------|-----|------------|
| 居 間 | 2室 | |
| 食 堂 | 2箇所 | |
| 台 所 | 2箇所 | オープンキッチン |
| ト イ レ | 8箇所 | 身障者用2箇所含む |
| 浴 室 | 2箇所 | 天然温泉 毎日利用可 |

5 職員の配置状況と勤務体制

管理者 1名 (他職種との兼務あり) 職務 (管理全般)

計画作成担当 1名 (他職種との兼務あり) 職務 (介護計画作成)

介護職員 11名以上 (常勤職員 7名以上、非常勤職員 4名以上) 職務 (介護全般)

| | |
|---------------|---------------------|
| 日中 7:30~18:30 | 夜間 18:30~7:30 |
| 日勤 9:00~18:00 | 遅出 9:30~18:30 |
| 早出 8:00~17:00 | (入居者の状況により時間帯の変更有り) |

6 グループホームが提供するサービス内容と利用料金

(I) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

- * 日常生活の援助 食事、掃除、洗濯などの家事や、入浴、排泄、整容などのお手伝いをします
- * レクリエーション等 毎月行事を計画しています。
その他入居者の誕生会などを実施しています。
- * 相談及び援助 入居者とそのご家族からの相談に応じます。

イ 費用

原則として料金表の利用料金の利用負担額に応じた額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、事業者に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下さい。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書を発行します。

サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

【料金表】

(利用者の負担割合に応じた額をお支払いいただきます。) (1日当たり)

| | | |
|------------|------------|------------|
| 要支援2 7490円 | 要介護1 7530円 | 要介護2 7880円 |
| 要介護3 8120円 | 要介護4 8280円 | 要介護5 8450円 |

* 初期加算として入居日から30日間は、1日につき 300円の加算があります。

* 医療連携体制加算Ⅰハとして、1日につき 370円の加算があります。(要介護の方)

* サービス提供体制強化加算Ⅲとして、1日につき 60円の加算があります。

* 介護職員処遇改善加算Ⅱ(全報酬の 17.8%) があります。

* 口腔衛生管理体制加算として、月 300円の加算があります。

* 看取り介護加算として、720円(死亡日以前31日以上45日以下)、1440円(死亡日以前4日以上30日)、6800円(死亡日の前日及び前々日)、12800円(死亡日)の加算があります。

尚、看取り介護加算は死亡月にまとめて算定する為、入院等でグループホームに入所していない月についても、自己負担を請求する場合があります。また入院先の医療機関へ利用者の状況をお聞きする場合があります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

① 食費 1日 1400円

当グループホームでは、栄養並びに入居者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を、栄養士の献立を元に提供します。また季節や行事にあわせた食事も提供します。

入居者の自立支援の為、離床して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。

1食でもとられたら、1日分として徴収させていただきます。(おやつ代込み)

② 部屋代 1日 1100円

入院や外泊中も、契約期間中は徴収させていただきます。

③ 光熱水費 1日 550円

⑤ 理容、美容 実費

⑥ オムツ及びオムツ処理にかかる費用 利用者 実費

⑦ レクレーションにかかる費用

希望によりレクレーション活動に参加していただくことが出来ます。

入場料、材料費など、実費を頂く場合があります。

⑧ 日常生活上必要となる費用 実費

日常生活必需品（歯磨き剤、ティッシュなど）の購入代金や、入居者の日常生活に要する費用で本人に負担いただくことが適当であるものにかかる費用は、実費負担していただきます。

⑨ 医療にかかる費用 実費

⑩ 電気製品持ち込み料

テレビ 50円／日 冷蔵庫 150円／日 空気清浄機 50円／日 加湿器 50円／日

⑪ その他

* 小遣い銭の管理

入居者の希望により、日常生活に使用する小遣い銭の管理サービスをご利用いただけます。お預け時、同意書を書いていただきます。

保管管理者 グループホーム 各階管理者

* 退所時の荷物処分料（自己にて持ち帰らない場合）2000円

* 外部医療機関受診付き添い料 1回 3000円

⑫ 契約終了後も居室を明け渡さない場合等の料金

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの料金（1日あたり）

要支援2 7490円 要介護1 7530円 要介護2 7880円

要介護3 8120円 要介護4 8280円 要介護5 8450円

7 利用料等のお支払方法

毎月 10日すぎに 「6.サービス内容と利用料金」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、口座引き落としか、月末までに下記口座に振込み送金にてお支払い下さい。振込手数料は各自でご負担下さい。 尚請求書は、県内の方は原則発送致しません。グループホームでお受け取りください。

南日本銀行 指宿支店

口座番号 普通口座 354865

医療法人圭裕会 理事長 南幸弘

(イリョウホウジンケイユウカイ リジチョウ ミナミユキヒロ)

※ 入金確認後、領収書を発行します。

8 サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 当グループホームにおける苦情の受付

当グループ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。

* 担当者 管理者 肥後 恵 計画作成担当 平岡 留子

* 受付時間 毎日 9:00~18:00

* 連絡先 住所 鹿児島県指宿市東方8110-1

電話 0993-24-2355 (FAX兼用)

担当者が不在のときは、グループホーム職員までお申し付けください。

* 苦情・相談解決責任者 施設長 南 七子

- ① ご契約者及びその家族は、提供されたサービスに苦情がある場合は、いつでも苦情を申し立てることができます。
- ② ご契約者及びその家族は、介護保険法令に従い、市町村及び国民健康保険連合会の苦情申し立て機関に苦情を申し立てることができます。
- ③ ご契約者やその家族が申し立てを行なった場合、これを理由として利用者に対して何らかの差別待遇もいたしません。
- ④ 当グループホームはご契約者やその家族からの苦情申し立てがあった場合は、迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

各市町村介護保険担当課及び下記へお問い合わせください。

| | |
|---|---|
| 指宿市役所 介護課 | 所在地 〒891-0497 指宿市十町2424番地 電話番号 0993-22-2111 FAX 0993-24-4342 受付時間 月～金 08:30～17:00 |
| 鹿児島県 国民健康保険 団体連合会 介護保険課 介護保険相談室 | 所在地 〒890-0064 鹿児島市鴨池新町6番6号 電話番号 099-213-5122 FAX 099-213-0817 受付時間 月～金（祝祭日は除く）09:00～17:00 |
| 鹿児島県庁 介護保険 担当課 | 所在地 〒890-8577 鹿児島市鴨池新町10番1号 電話番号 099-286-2676 FAX 099-286-5555 受付時間 月～金（祝祭日は除く）09:00～16:00 |

9 事故発生時の対応、非常災害時の対策

サービスの提供中に事故が発生した場合は、契約者の住居地の市町村、御家族等に連絡すると

ともに、必要な措置を講じます。

またご契約者に対して当事業所の介護サービスにより損害すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。尚、当事業所は損保ジャパンの、施設損害保険に加入しています。

| | | | | |
|--------------------------|--|---------|-----|--|
| 非常時の対応 | 別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。 | | | |
| 避難訓練及び防災設備 | 別途定める「消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居の方も参加して行います。 | | | |
| 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 | |
| 消火器 | 8器 | 誘導灯 | 8箇所 | |
| 避難階段 | 2個所 | 屋内消火栓 | あり | |
| 自動火災報知器 | あり | ガス漏れ探知機 | あり | |
| スプリンクラー | あり | | | |
| カーテン、は防火性能のあるものを使用しています。 | | | | |
| 消防計画等 | 指宿消防署への届出日：平成20年11月18日 防火管理者： 平岡 留子 | | | |

〈協力医療機関等〉

| | | |
|------|----------|---|
| 医療機関 | 南記念クリニック | 住所 指宿市大牟礼三丁目24-15 電話 0993(23)3730 診療科目 内科、循環器科、整形外科、眼科、放射線科、精神科、甲状腺外来、糖尿病外来 |
| | 指宿脳神経外科 | 住所 指宿市東方8714-21 電話 0993(27)1177 診療科目 脳神経外科 |
| 歯科 | みなみ歯科 | 住所 指宿市大牟礼三丁目24-17 電話 0993(22)6480 |

〈24時間医療連携体制施設〉

| |
|--|
| 南記念クリニック 〒891-0401 鹿児島県指宿市大牟礼三丁目24-15 TEL 0993(23)3730 fax 0993(22)6625 医師 南 圭祐 |
|--|

上記の医療機関と24時間連携体制を確立し、入居者が重症化し看取りの必要が生じた場合や日々の健康管理を行なっています。

10 医療連携体制

(1) グループホーム対応責任者 看護師 平岡 留子

(2) 入居者が重症化し看取りの必要が生じた場合の対応

* 入居者に健康上の急変があった場合には、直ちに医療連携体制施設及び対応責任者に連絡を

行い、指示のもとで対応する。

- * 入居者の家族に連絡すると共に、管理者及び事業者の代表に連絡し対応する。
- * 医療連携施設及び対応責任者、入居者の家族等と入居者の対応を協議する。
- * 看取りに関しては、別途定める指針により内容を説明し、同意を得る事とする。
- * 看取り指針は、医師及びその他の職種による協議の上、看取りの実績等を踏まえ 見直しを実施する。また看取りに関する職員研修を実施していく。

(3) 健康管理

入居者の健康管理には十分に配慮し、利用者が病気又は負傷等により検査や治療が必要となつた場合、その必要が認められた場合は、利用者の主治医又は事業者の医療連携施設・協力医療機関において必要な治療、検査等が受けられるようになります。

1 1 身体拘束について

身体拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じます。

- ① 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
- ② 身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状態並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- ③ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について介護職員やその他従業員に周知徹底を図ります。(運営推進会議活用の場合があります)
- ④ 介護職員やその他の従業員に対して、身体的拘束の適正化のための研修を年2回以上開催し、新規採用時には身体拘束等の適正化の研修を実施します。

1 2 虐待防止のための措置について

入居者の人権の擁護虐待の防止の為、次の措置を講じるものとします。

- ① 虐待防止の為の対策として、虐待防止検討委員会を、三月に一回開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。(身体拘束適正化委員会と一体的に開催する)
- ② 虐待防止のための指針を整備します。
- ③ 従業者に対して、虐待防止のための研修を、定期的に実施します。
- ④ 虐待防止に関する責任者に、管理者を充てる。

サービスの提供中に、当該事業者又は入居者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市へ通報します。

1 3 身元引受人

契約の締結にあたり、身元引受人を立てていただきます。

身元引受人は、ご契約者に債務不履行があった場合は、この契約から生ずる一切の金銭債務について連帯して履行の責を負うとともに、必要なときは、ご契約者の身柄を引き取る責任を負うものとする。

身元引受人は、住所又は氏名を変更したときは、その旨を速やかに通知しなければならない。

身元引受人が死亡等で変更するときは、その旨を速やかに通知し、代わりの者を身元引受人として立てなければならない。

1.4 契約の終了について

(1) ご契約者からの退去の申し出〈中途解約、契約解除〉

ご契約者から当グループホームからの退去を申し出ることができます。その場合には、退去を希望する日の7日前までに、ご連絡ください。但し、以下の場合には、即時に契約を解約、解除し、グループホームを退去することができます。

- ① 介護保険給付対象外のサービス料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ 正当な理由無く本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ④ 守秘義務に違反した場合
- ⑤ 故意又は過失によりご契約者の身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ⑥ 他の利用者がご契約者の身体、財物、信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐がある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。

(2) 事業者からの申し出により退去していただく場合〈契約解除〉

以下の事項に該当する場合には、当グループホームから退去していただく場合があります。

- ① ご契約者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが2ヶ月以上滞納し、相当期間の催促にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により、事業者又はサービス事業者、もしくは他の利用者等の生命、身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行なう事などによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご契約者が、怪我や病気等で1ヶ月以上の入院が必要となった場合。
- ⑤ 経口摂取が困難となり、胃ろう造設や経管栄養等になった場合。

(3) 円滑な退去のための援助

ご契約者が当グループホームを退去される場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退去のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行ないます。

- ① 適切な医療機関、又は介護老人保健施設、介護老人福祉施設等の紹介
(認知症、病気等の進行により、グループホームでの生活が困難となった場合は、状況等勘案し、入院や他施設への入所申し込み等をお願いする場合があります。)
- ② 居宅介護支援事業所の紹介
- ③ その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介
- ④ 介護サマリー等の作成、提供

1 5 秘密保持

従業者は、業務上知り得たご契約者又はその家族の秘密を保持する。

従業者であったものに、業務上知りえたご契約者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持するべき旨を、従業者と雇用契約の内容とする。但しご契約者の充実した介護を行なう目的に於いて、ご契約者またはその家族の情報等をサービス担当者会議やカンファレンス等において、個人情報を用いることがあります。

入所の有無や入所状況の問い合わせや、氏名のホーム内掲示等について、ご都合の悪い方は、あらかじめお知らせください。

1 6 記録の整備、閲覧

1,事業者は、利用者に対する介護支援サービスの提供に際して作成した記録、書類を完了日より5年間保存します。

2,事業者は、利用者又は利用者の家族に対し、いつでも保管する利用者に対する記録、書類の閲覧、謄写には応じます。但し、謄写の実費を請求することがあります。

1 7 住居の利用にあたっての留意事項

| | |
|--------------------------|--|
| 来 訪 ・ 面 会 | 面会時間 13：30～15：30まで（1回20分以内） あらかじめ前日までに、電話予約してください。 感染症流行等により、変更の場合があります。 |
| 外 出 ・ 外 泊 | 外出・外泊の際には、必ず行く先と帰宅日時を職員に申し出てください。（現在外泊は1泊にさせていただいております。） 感染症流行等により、出来ない場合があります。 |
| 居 室 ・ 設 備 ・ 器 具 の 利 用 | 住居内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。 |
| 喫 煙 | グループホーム内での喫煙は出来ません。（安全上、ライターとタバコを職員が預からせて頂く場合があります。） |
| 迷 惑 行 為 等 | 騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。 また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないで下さい。 |
| 所持金品の管理 | 所持金品は、自己の責任で管理してください。自己での管理が出来ない場合は、職員にご相談下さい。 |
| 宗 教 活 動 ・ 政 治 活 動 | 住居内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。 |
| 食 品 の 持 込 | 面会時の食品の持込みは職員までお知らせください。残食により害虫、食中毒等の恐れまたは事故につながる恐れがある為、職員で管理させていただきます。 |

1 8 その他

家族会(年2回)、運営推進会議(奇数月)への参加案内をさせて頂きます。

会への出席依頼があった場合、参加のほどよろしくお願ひします。

19 重要事項説明についての同意書

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 鹿児島県指宿市大牟礼三丁目24番15号

事業者（法人名） 医療法人 圭裕会

施設名 グループホーム サンテ・ヴィラージュ

(事業所番号) 第4671000315号

代表者名 理事長 南 圭祐 印

説明者 職 名

氏 名 印

私は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

利 用 者 住 所 鹿児島県指宿市

氏 名 印

身元引受人 住 所

氏 名 印