

高梁市社会福祉協議会

グループホームささゆり苑

重要事項説明書

グループホームささゆり苑 重要事項説明書

（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用）

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている認知症対応型共同生活介護サービス及び介護予防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。）について、厚生労働省令の規定に基づき、当事業所があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 高梁市社会福祉協議会
所在地	岡山県高梁市向町 21 番地 3
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	会長 森 田 仲 一
設立年月日	昭和 43 年 4 月 17 日
電話番号及びFAX番号	電話番号 0866 (22) 7243 FAX 番号 0866 (22) 0845

2. 利用事業所の概要

事業所名称	グループホームささゆり苑		
事業所所在地	岡山県高梁市成羽町長地 453 番地 5		
指 定 年 月 日	認知症対応型共同生活介護	平成 12 年 4 月 1 日	
	介護予防認知症対応型共同生活介護	平成 18 年 4 月 1 日	
事業所番号	岡山県指定第 3373200157 号		
管 理 者	川上 千鶴子		
電話番号及び F A X 番号	電話番号 0866 (29) 9112 FAX 番号 0866 (29) 9113		
通常の事業の実施地域	高 梁 市		
敷 地 面 積	7,308.00 m ²		
建 築 面 積	木造平屋建	477,31 m ²	
利用定員	9 名	居室数 9 室	居室面積 21.33 m ²
その他設備	全室トイレ付 スプリンクラー設置済 (平成 23 年 3 月)		

3. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要支援 2 又は、要介護者であって認知症の状態にあるものに対して、共同生活を営むべき住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の日常生活上の世話及び機能訓練等の居宅介護の支援を行うことを目的とします。
-------	--

運 営 の 方 針	介護保険法に従い、介護従事者による入浴、排せつ、食事等の介護及び機能訓練その他日常生活上の指導、援助を行うことにより認知症の進行を穏やかにし、問題行動を減少させ、利用者が家庭的な環境の下で、精神的に安定してその有する能力に応じ自立した健康で明るい日常生活を営むことができるよう介護サービスの提供に努めます。
-----------	---

4. 職員体制

当事業所では、利用者に対して介護サービスを提供する職員として、次の職種の職員を配置しています。

職 種	員 数	業務の内容
事業所長(管理者)	1名(常勤兼務)	運営管理及び統括
計画作成担当者	1名(常勤兼務)	介護計画の作成
介護職員	6名以上	介護業務
看護師	1名	看護業務

<主な職種の勤務体制>

職 種	区分	始 業	終 業	休 憩 時 間
介護員	早出	7 : 0 0	1 5 : 4 5	1 1 : 0 0 ~ 1 2 : 0 0
	平常	8 : 3 0	1 7 : 1 5	1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0
	遅出	1 1 : 0 0	1 9 : 4 5	1 5 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0
		1 1 : 3 0	2 0 : 1 5	
	夜勤	1 6 : 0 0	9 : 3 0	2 1 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0 2 : 0 0 ~ 3 : 0 0
		1 6 : 3 0	1 0 : 0 0	

5. 提供する介護サービスの内容及び費用について

(1) 提供する介護サービスの内容について

① (介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画の作成

利用者の心身の状況、置かれている環境等を把握したうえで、介護サービス及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービスが、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、認知症対応型共同生活介護サービス計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービス計画（以下「サービス計画」という。）を作成します。

<サービス計画の作成の流れ>

①事業者は計画作成担当者にサービス計画の作成に関する業務を担当させる。



サービス計画の作成の開始にあたって、サービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族等に対して提供します。



計画作成担当者は、利用者及びその家族の置かれた状況等を考慮して、利用者に提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだサービス計画の原案を作成します。



計画作成担当者は、前項で作成したサービス計画の原案に盛り込んだ介護サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類、内容、利用料等について利用者及びその家族等に対して説明し、利用者の同意を得た上で決定するものとします。

②サービス計画作成後の便宜の供与

- ・事業者は利用者及びその家族等との連絡を継続的に行い、サービス計画の実施状況を把握します。
- ・サービス計画の目標に沿って介護サービスを提供します。
- ・利用者の意思を踏まえて、介護認定の更新申請等に必要な援助を行います。

③サービス計画の変更

利用者がサービス計画の変更を希望した場合、または事業者がサービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者と利用者双方の合意に基づき、サービス計画を変更します。

④介護保険施設への紹介

利用者が当該住居において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又は利用者が入院又は他の介護保険施設への入所を希望する場合には、施設への紹介その他の便宜の提供を行います。

⑤食事

食事の提供及び介助が必要な利用者に対して介助を行います

⑥入浴

1週間に2回以上、事前に健康管理を行い、適切な方法で入浴の提供または清拭、洗髪等を行います

⑦排せつ

介助が必要な利用者に対して、自立支援を踏まえ、トイレ誘導やおむつ交換を行います。

⑧介護

- ・寝たきり防止のため、できる限り離床していただくように配慮します。
- ・介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車椅子移乗の介助を行います。
- ・介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬の介助、服薬の確認を行います。

⑨機能訓練

利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。

(2) 利用料金

介護サービスに関する利用料金は、介護報酬の告示上の額とし法定代理受領サービスである場合は、介護報酬告示額に「介護保険負担割合証」に記載され

た負担割合（1割～3割）を乗じた額です。

但し、ご利用者の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、下記の利用料金の全額を一旦お支払い下さい。

【介護保険給付サービス料金表】

区 分	1 日 に つ き			
	利用料金	自 己 負 担 額 (負担割合)		
		1 割	2 割	3 割
要 支 援 2	7,610円	761円	1,522円	2,283円
要 介 護 1	7,650円	765円	1,530円	2,295円
要 介 護 2	8,010円	801円	1,602円	2,403円
要 介 護 3	8,240円	824円	1,648円	2,472円
要 介 護 4	8,410円	841円	1,682円	2,523円
要 介 護 5	8,590円	859円	1,718円	2,577円
初期加算 (1日につき) 入居から30日間	300円	30円	60円	90円
サービス提供 体制強化加算 (Ⅲ)	60円	6円	12円	18円
医療連携体制加算 (Ⅰ) イ	570円	57円	114円	171円
入院時費用	2,460円	246円	492円	738円

＊介護職員等処遇改善加算Ⅳ 全ての利用者負担額に12.5%が加算されます。

〈その他の利用料金〉

上記介護サービス自己負担額のほか、グループホームささゆり苑運営規程第9条第2項に規定する別表の利用料金を全額お支払い下さい。

(3) 利用料金のお支払い方法

利用当日の利用料金を当日請求、又は1ヶ月ごとに計算し利用明細を添えて通知し請求しますので、ご利用日の翌月末日までに、現金又は口座振替にてお支払いください。お支払いを確認しましたら領収書を発行します。

6. 入退居に当たっての留意事項

- (1) 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）の対象者は要介護（要支援者）であって認知症であるもののうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者とし、次のいずれかに該当する者は対象から除かれます。

- ①認知症の症状に伴う著しい精神症状を伴う者
 - ②認知症の症状に伴う著しい行動異常がある者
 - ③認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者
- (2) 入居申込者の入居に際しては、主治医の診断書等により、当該入居申込者が認知症の状態にあることの確認を行います。
- (3) 入居申込者が入院治療を要する者であること等、入居申込者に対して自ら必要なサービスの提供が困難であると認められた場合は、他の適切な施設、医療機関を紹介する等の適切な措置を速やかに講じます。
- (4) 利用者の退居に際しては、利用者及びその家族の希望、退居後の生活環境や介護の連続性に配慮し適切な援助、指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等や保健医療、福祉サービス提供者と密接な連携に努めます。

7. サービスの終了

- (1) ご利用者が施設入所又は、死亡した場合
- (2) 要支援認定及び要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援1と判定された場合
- (3) 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- (4) 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- (5) 契約書第12条から第14条に基づき本契約が解約又は契約解除された場合

8. 苦情の受付及び苦情解決の体制

- (1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談

相談窓口①	面接場所 グループホームささゆり苑 所在地 高梁市成羽町長地453番地5 連絡先 電話番号 0866 (29) 9112 FAX番号 0866 (29) 9113 受付時間 平日 8時30分～17時15分
相談窓口②	面接場所 高梁市社会福祉協議会 成羽支所 所在地 高梁市成羽町下原281番地1 電話番号 0866 (42) 2005 受付時間 8時30分～17時15分 国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号） に規定する休日、12月29日から1月3日までは除く

- (2) 行政機関その他の苦情受付機関

高梁市役所 健康福祉部 高齢者支援課	所在地 高梁市松原通2043番地 電話番号 0866 (21) 0299 受付時間 平日 8時30分～17時15分
--------------------------	---

岡山県 国民健康保険 団体連合会	所在地 岡山市北区桑田町17番地5号（介護サービス苦情処理） 電話番号 086（223）8811 受付時間 平日 8時30分～17時00分
------------------------	---

9. 緊急時の対応

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）の提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医または協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。また、主治医または協力医療機関への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。

協力医療機関	医療機関名	高梁市国民健康保険成羽病院
	所在地	高梁市成羽町下原301
	電話番号	0866-42-3111
	医療機関名	まふうらクリニック（医療法人宏仁会）
	所在地	高梁市成羽町下原1004-1
	電話番号	0866-42-2315
	医療機関名	渡辺歯科医院
	所在地	高梁市成羽町下原898-1
	電話番号	0866-42-4182

◎ グループホームささゆり苑 緊急時連絡先 0866-29-9112

10. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する介護サービスの提供中、事故が発生した場合は、市、当該利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また事故発生状況及び事故に際して採った処置に対して記録します。

また、利用者に対する介護サービスの提供中、事故が発生し、事業所側に法律上の損害賠償が生じた場合、事業者は損害賠償責任を速やかに履行するものとします。

11. 非常災害対策

- （1）事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- （2）非常災害に備えて、年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- （3）消防計画； 高梁消防署へ届出
- （4）防災設備自動火災報知設備・熱感知器・スプリンクラー設備・非常通報設備
ガス漏れ火災警報設備・非常灯設備・消火器

12. 秘密保持と個人情報保護

- （1）事業者及び事業者の使用する者は、職務上知り得た利用者及びその家族の秘密を他に漏洩せず、また、利用契約終了後または従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持します。

(2) 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、利用者及びその家族の個人情報を用いません。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持って管理し、又処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

(3) 同意を得た場合は、次の利用目的の範囲内で使用することとします。

介護サービスの利用者への介護の提供に必要な利用目的

①介護関係事業者の内部での利用に係る事例

- ・ 事業者が介護サービスの利用者等に提供する介護サービス
- ・ 介護保険事務
- ・ 介護サービスの利用者に係る事業所等の管理運営業務のうち、入退所等の管理、会計・経理、事故等の報告、利用者の介護サービスの向上

②情報提供を伴う事例

- ・ 利用者に介護サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答、その他の業務委託、家族等への心身の状況説明
- ・ 介護保険事務のうち、審査支払機関へのレセプトの提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

③介護関係事業者の内部での利用に係る事例（上記以外の利用目的）

- ・ 介護関係事業所の管理運営業務のうち、介護サービスや維持、改善のための基礎資料、介護保険施設等において行われる学生の実習への協力

1 3. 虐待防止について

(1) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止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（オンライン会議等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。

②事業所における虐待防止のための指針を整備する。

③従業者に対し、虐待を防止するための定期的な研修を実施する。

④前3号の措置を適切に実施するための担当者を置く。

(2) 事業所はサービス提供中に、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、これを保険者である市町村に通報するものとします。

1 4. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

2年に1回、第三者評価を実施いたします。評価内容は施設内にて閲覧することが出来ます。実施した年月日 令和5年11月17日

評価機関	地域密着型サービス外部評価機関 有限会社 アウルメディカルサービス 〒700-0046 岡山市北区岩井二丁目 2-18 電話 086-214-5100
------	--

重要事項説明書の説明年月日

年 月 日

介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業者	所在地	岡山県高梁市向町21番地3
	事業者	社会福祉法人 高梁市社会福祉協議会
	代表者	会長 森田 伸一
	事業所	グループホームささゆり苑
	説明者	_____ ㊞

私は、上記内容の説明を事業者から確かに受け同意しました。

また、個人情報保護法に基づき、サービス担当者間で共通の目標の下で介護サービスの提供が適切に行われるために、主治の医師、他の居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、施設サービス事業者、及び計画上位置づけられたサービスを行うボランティア等の保険給付対象外のサービス事業者等が、サービス計画の内容について情報提供を求めている場合は、事業者から主治の医師、他のサービス提供事業者等に、サービス計画並びに利用者及び家族の状況についての情報を提供すること、及び事業者が発行する広報紙等に写真を掲載することに同意します。

利用者 住所 _____

氏 名 _____ ㊞

署名代行人 住所 _____

氏 名 _____ ㊞ (利用者との関係 _____)

署名代行理由 _____

家族代表 住所 _____

氏 名 _____ ㊞ (利用者との関係 _____)