認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

1　事業者（法人）の概要

名称・法人種別	有限会社　グループホーム布衣乃郷
代　表　者　名	萩　原　　令乃
所在地・連絡先	（住所） 〒437-1101 静岡県袋井市浅羽３７５５－８ （電話）０５３８－２３－９５１３ （FAX）０５３８－２３－９５１２

2　事業所の概要

事業所の名称	グループホーム布衣乃郷
所在地・連絡先	（住所） 〒437-0065 静岡県袋井市堀越６９４番地の１ （電話）０５３８－４４－８１１１ （FAX）０５３８－４４－８１１２
事業所番号	２２７６４００２７８
管理者の氏名	萩原　稔

3　共同生活介護の目的及び運営方針

（1）　目的

事業所の介護福祉士又は介護員研修の修了者が、要支援、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定認知症対応型共同生活介護を提供する。

（2）　運営方針

要支援、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行うものとする。

（3）その他

事項	内容
認知症対応型共同生活介護計画の作成	計画作成担当者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、介護従事者と協議の上、認知症対応型共同生活介護計画を作成します。

4　設備の概要

（1）構造等

敷　　地		９３７．３４㎡
建　　物	構　　造	Ａ棟　鉄骨造り（２階建て） Ｂ棟　木造平屋
	述べ床面積	４３９，０４㎡
	利用定員	１６名

（2）居室

居室の種類	室　数	面積(一人あたりの面積)	備　　考
Ａ棟 一人部屋	5 2 1 1	５７．５０㎡（　１１．５㎡） ２１．５２㎡（１０．７６㎡） １０．７０㎡（１０．７０㎡） １３．２４㎡（１３．２４㎡）	
Ｂ棟 一人部屋	6 1	６０．４８㎡（１０．０８㎡） １４．８０㎡（１４．８０㎡）	

（1）　主な設備

設　　備	室　数	面　積(一人あたりの面積)
居間食堂	2	Ａ棟３６．５７㎡＋Ｂ棟１９．８３＝５６．４㎡ （３．７６㎡）
台　　所	2	Ａ棟１６．５６㎡＋Ｂ棟４．９６㎡＝２１．５２㎡
浴　　室	2	Ａ棟４．０５㎡＋Ｂ棟４．１３㎡＝８．１８㎡

5　職員の体制

従業者の職種	人数(人)	区分				常勤換算後の人数(人)	職務の内容
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専従	兼務	専従	兼務		
管　理　者	1		1			1	介護総括
介護従業者	２１	4	2	１４	1	13	介護
事　務　職	1			1		1	事務
看　護　師	1			1		1	看護

6　ご利用対象者

1）要支援２以上の方で、認知症であると医師より診断された方

2）自傷他害の恐れがなく、共同生活を営むのに支障のない方

3）日常的に医療的管理が必要でない方

7　サービスの内容と費用

（1）　介護保険給付対象サービス

ア　サービス内容

食事、掃除、その他の家事等いついて、介護従業者がお客様のお手伝いをします。

種　　類	内　　容
日常生活の援助	食事、掃除などの家事や入浴、排泄のお手伝いを行います。
レクレーション等	当グループホームでは、次のような娯楽設備を整えております。 カラオケ
相談及び援助	入居者とその家族からのご相談に応じます。

イ　費用

別紙料金表のとおりとなります。尚、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。

また、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料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。

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になります。

【料金表】

要支援２　　７，４９０円	要介護１　　７，５３０円	要介護２　　７、８８０円
要介護３　　８，１８０円	要介護４　　８，２８０円	要介護５　　８，４５０円

なお、入居されてから３０日の間は、１日につき３００円の加算（初期加算）があります。

（2）　介護保険対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

利用料項目		金額（30 日）
家　　賃	48000×1 か月	48.000
食材　料費	1320×30 日	39.600
水道光熱費	520×30 日	15.600
管　理　費	150×30 日	4.500
利用料合計		107.700

種　類	内　　容	利　用　料
行事費	・遠方へのお出掛け ・おやつクラブ（500 円/月）	実費をご負担いただきます。

入所契約金１００，０００円（1 年償却）

○　その他認知症対応型共同生活介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。（歯ブラシ、歯磨き粉、シャンプー、リンス、ボディソープ、ティッシュ、入れ歯洗浄剤、ポリデント等。その他個人が使用するもの）

（3）生活保護費受給者　利用料の明細

○ 家　　賃　３７．０００円/　１月（家賃の減免）
　食材料　費　１３２０円/１日
　水道光熱費　５２０円/１日
　管　理　費　１０．０００円/１月

　入居契約金１００．０００円（１年償却）

○ その他認知症対応型共同生活介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

８　利用料等のお支払い方法

毎月、７日までに「6　サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を身元引受人に請求書を郵送させていただきます。１５日までに、現金払いか振込みにてお支払いください。入金後領収書を発行致します。尚、個々のおこづかい預かり金の月単位収支表コピーを利用料請求書と一緒に送付します。おこづかいで使った領収書は、年度末（12/31）で締め翌年１月中旬までにまとめて郵送致します。

９（１）　緊急時の対応

認知症対応型共同生活介護従事者は、認知症対応型共同生活介護の提供時に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに利用者の家族への連絡を行うと同時に緊急機関等の連絡をし、必要な措置を講じます。

（２）　サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所 お客様相談窓口	窓口責任者　　萩原令乃 ご利用時間　　９：３０～１６：００ ご利用方法　　電話（０５３８－２３－９５１３） 面接（当事業所事務室）
	静岡県国民健康保険団体連合会　介護サービス苦情相談窓口 電話０５４－２５３－５５９０ 受付時間９：００～１７：００（土日祝日除く） 袋井市役所　保険課介護認定係 電話０５３８－４４－３１４７

１０　協力医療機関等

医療機関	病院名及び所在地	①　中東遠総合医療センター 掛川市菖蒲ヶ池１番地の１ ②　　医療法人社団　福在会　磐田在宅医療クリニック 磐田市見付 1752-5
	電話番号	①　0537-21-5555　　②　0538-31-3904
	入院設備	①　あり　　②なし

歯　　科	病院名及び所在地	本田歯科医院（浜松） 訪問診察（個人契約になります）
	電話番号	０５３―４６２－１０２１
	入院設備	なし

１１　夜間緊急時の対応機関

名称及び所在地	掛川市菖蒲ヶ池１番地の１ 中東遠総合医療センター
電話番号	０５３７－２１－５５５５

１２　住居の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間　　９：３０～１６：００ 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。 面会の際には、施設へ事前に面会希望を伝えて下さい。 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際は、必ず行く先と帰宅日時を職員に申し出てください。
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ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫　　煙	決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
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ください。またむやみに他の入居者の居室等に立ち入らないでください。
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。
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ください。

１３　利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組		あり	
第三者評価の実施	あり	結果の公表	あり
その他期間による第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし

１４　重度化した場合における対応に係る指針

（１）　利用者が重度化した場合、24 時間体制で提携医又は協力医療機関の医師との連携により対応を行い、可能な限り利用者又は身元引受人の意向に沿った生活が続けられる様努めます。しかし、グループホームでの支援が困難になった場合には（医療が必要となる。入浴介助、食事介助、排せつ介助の対応が困難になる等）本人、身元引受人との話し合いをし、その後の方向性を決めます。

（2）入院期間中におけるグループホームの居住費

家賃 48000 円（1 か月分）は請求しますが、入院中の食材費及び水道光熱費は請求しません。

（3）看取りに関する指針

看取り介護期に一番必要なのは「安心と安楽」」であると当グループホームでは考えております。

現状況では安楽の為の対応の中には看護職員しか行えない「看護処置」も含まれます。夜間は、介護職員 2 人体制で行っており、看取りケアにおいては夜間対応、介護職員の専門性等多々問題点があり、少しでも安楽対応に問題があれば、むしろ「現状では、看取り対応が出来ない」と考えていますが、本人、身元引受人の意向もありますので、その都度、話し合いをし対応をしていきます。

１５　非常災害対策

災害時等における利用者の安全を確保するために、地域消防署及び地域住民との連携を図り、緊急時の連絡体制を整備します。また、消防計画に基づき防災訓練を実施します。

１６　虐待防止に関する事項

（1）　事業所は、高齢者虐待防止法に基づいて、虐待防止に努めると共にその発見、通報、保護を積極的に行い関係機関との連携を図ります。

（2）　虐待防止のための指針を作成し、虐待防止のための体制を整備しております。

（3）　事業所において高齢者に対する身体的虐待、性的虐待、経済的虐待や養護を著しく怠ることのないよう、定期的に虐待防止に向けての研修を実施します。

（4）　高齢者虐待を発見又はその情報を入手した場合は速やかに関係機関に通報します。

（5）　事業所苦情等相談窓口にて、適切かつ敏速な対応により、利用者並びに高齢者の権利を擁護します。

１７　身体拘束等の適正化に関する事項

（1）　事業所は、原則として利用者に対して身体拘束は行いません。
但し、本人又は他の利用者等の生命及び身体を保護する目的で緊急やむを得ない場合に限り、利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。尚、緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その対応、時間、その際の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記載します。

（2）　身体的拘束等の適正化のための指針を作成し、体制を整備しております。

当事業者は、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しました。

令和　　年　　月　　日

事業者　　住所　〒437-0065　袋井市堀越 694-1

(事業所番号)　（２２７６４００２７８）
事業者(法人)名　有限会社ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ布衣乃郷
施　設　名　　布衣乃郷
代表者名　　代表取締役　萩原　令乃

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、その内容に同意しました。

令和　　年　　月　　日

利用者　　住所
氏名
印

利用者家族　　住所
氏名
印