

医療法人 久幸会
指定認知症対応型共同生活介護事業
指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業
「グループホーム保戸野」重要事項説明書

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスを提供するに先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

1. 事業者（開設者）

名 称	医療法人 久幸会			
所 在 地	秋田市下新城中野字琵琶沼 1 2 4 番地 1			
法人種別	医療法人			
代 表 者	理事長 稲庭 千弥子			
連 絡 先	電 話	018-873-5188	F A X	018-873-3828

2. 事業の目的と運営方針

事業目的	介護保険法の理念に基づき、「グループホーム保戸野」で生活する認知症状態にある者に対し、家庭的な環境と地域住民との交流の下で介護、日常生活における援助・指導、機能訓練等を行うことにより、健康で明るい豊かな生活を過ごせるよう支援し、福祉の推進を図ることを目的とする。
運営方針	1. 共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行うものとする。 2. 本事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択により適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、総合的かつ効果的に提供されるよう配慮して行うものとする。 3. 本事業は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、特定の種類又は特定の事業者に不当に偏する事のないように、公正中立に行うものとする。 4. 本事業は、自らその提供する介護サービスの質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。 5. その他、介護保険法に定める法令に基づき運営する。

3. 事業所

名 称	グループホーム保戸野					
指定番号	0590100491 号					
所 在 地	秋田市保戸野中町6番15号					
連 絡 先	電話番号 018-893-5552 FAX 018-893-5553					
建 物	居 室 数	18	総戸数	1	総定員	18 名
	延床面積	696.84㎡				
	職 員 数	12 名以上				

4. 職員体制

	常 勤		非 常 勤		保有資格
	専従	兼務	専従	兼務	
管 理 者		2			介護従業者兼務、計画作成担当者兼務 認知症介護実践者研修修了 介護福祉士
計画作成担当者		2			介護従業者兼務、介護福祉士 介護支援専門員
介護従業者	10 以上	2			2名管理者兼務 2名計画作成担当者兼務

5. 職員の勤務体制

区 分	勤 務 時 間	休 暇	員 数
常 勤	8:30～17:00	交代制	6（各階3人）
夜 勤	16:00～ 9:00	明休、公休	2（各階1人）

6. 休業日

休 業 日	なし
-------	----

7. 利用料、その他の費用の額

- （1）法定代理受領サービスに該当する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護を提供した際には、厚生労働大臣の定める基準額により、利用者よりサービス利用料の介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額を規定により支払いを受けるものとする。

保険給付の自己負担額（サービス費の1割相当、1日につき、単位円）

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	753	788	812	828	845
介護度	要支援2				
	749				

初期加算 30円（1日につき。入居日より30日限り）

（※医療機関に1ヶ月以上入院した後、退院して再入居する場合も同様とする。）

若年性認知症利用者受入加算 120円（1日につき。若年性認知症利用者を対象）

医療連携体制加算（Ⅰ）ハ 37円（1日につき。要支援は除く）

サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 18円（1日につき）

科学的介護推進体制加算 40円（1月につき）

介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） 当該月に算定した所定単位数の15.5%

(2) 本事業は、法定代理受領サービスに該当しない指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護を提供した際には、利用料を利用者より支払いを受けるものとし、その額は介護保険サービス費用基準額との間に不合理な差額を設けないものとする。

(3) 本事業は、前二項の支払いを受ける額のほか、次にあげる費用の額の支払いを利用者より受けるものとする。

① 基本料		
居室利用費	1,800円/日	
施設維持費	1,000円/日	(共用部分の維持補修等)
② 食材料費	1,500円/日	
③ 光熱水費	260円/日	
季節加算	夏期（6～8月）冷房費	300円/日
	冬期（11～3月）暖房費	400円/日
④ おむつ代	実	費
⑤ 日用品費	実	費
⑥ 理美容代	実	費
⑦ 健康管理費（インフルエンザ予防接種等）	実	費

⑧ 前各号に掲げるもののほか、日常生活においても必要となるものに係る費用であつて、利用者が負担するのが適当と認められるもの。レクリエーション材料代：実費

なお、本事業は生活保護受給者の入居に対応しており、当該利用者の居室利用費は、生活保護の住宅扶助基準額（秋田市）1,000円/日とする。

(4) 本事業は、前項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、サービス内容及び費用について説明を行い、同意を得なければならない。

契約に際しては、基本料：居室利用費・管理費と食材料費、光熱水費、季節加算に関し、共同生活を前提とする1ヶ月を単位とした契約とし、日額×月の日数による額とする。

また、月途中の入居に際しては、（基本料＋食材料費＋光熱水費＋季節加算）×入居日から月末日までの日数による額とする。

(5) 利用者が一時入院等により退去した場合、利用者又は保護者が退院後も「グループホーム保戸野」の利用を希望する場合は、入院中も継続して基本料を支払うものとする。

但し、居室の確保期間は「共同生活介護利用契約書」第13条1-③に規定する期間とする。

外泊時においても、基本料を支払うものとする。また、入院期間・外泊期間とは、入院・外泊のため事業所を出た日及び戻った日を除いた期間をさし、食材料費、季節加算費に関しては、その日額と入院期間・外泊期間による計算（日額×日数）により精算等を行うものとする。

(6) 月途中の退去に際しての精算は、それまでの介護保険給付サービスの法定代理受領分以外の自己負担分、介護保険給付外サービス等の費用を事業所に支払うものとします。また、事業所は、既に受領した費用について、利用者に対し介護サービス等の未給付がある場合、これを返還するものとする。

精算にあたっては、日額と月の利用残日数による計算（日額×日数）とする。

8. 入居に当たっての留意事項

面 会	・ 来訪者は、面会の都度職員に届け出て下さい。また、面会時間を遵守して下さい。宿泊されるときは必ず許可を得て下さい。
外 出	・ 門限は守って下さい。 ・ 外出・外泊前に必ず行き先と帰着予定日時を届け出て下さい。
住居・居室の利用 迷惑行為	・ 施設内の居室や設備、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、賠償していただくことがあります。 ・ 利用者は、サービスの利用にあたり、施設又は敷地内において、次の各号に掲げる行為を行うことはできません。 ① 銃砲刀剣類、爆発物、発火物、有毒物等の危険な物品等の搬入・使用・保管 ② 大型金庫、その他の重量の大きな物品等の搬入・設置 ③ 配水管その他を腐食させるおそれのある液体等を流すこと ④ テレビ・ステレオ等の操作、楽器の演奏その他により、大音量等で近隣に迷惑をかけること ⑤ 動植物の飼育・栽培 ⑥ 営利・宗教その他の目的による勧誘・販売・宣伝・広告等の活動を行うこと ⑦ 飲酒・喫煙 ⑧ 他利用者の居室内への立ち入り ⑨ 上記以外の他利用者への迷惑行為
所持品 現金等	・ ご利用者に貴重品・多額の現金等はお預けしないでください。 事故等が起きましても、責任は負いません。

9. 協力医療機関

名 称	今村病院	今村記念クリニック
所 地	秋田市下新城中野字 琵琶沼124番地1	秋田市下新城長岡字 毛無谷地265番
電話番号	018-873-3011	018-872-1313
診 察 科	精神科、神経科、内科、心療内科、皮膚科等	整形外科、リウマチ科 リハビリテーション科 歯科、歯科口腔外科、小児歯科
入院設備	有	無
救急指定	無	無
協力関係 の概要	別紙	別紙

10. 事故発生時の対応

1. 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとする。
2. 前項の事故の状況及び事故に際して執った処置について記録するものとする。
3. 利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行わねばならない。

1 1. 非常災害時の対策

医療法人久幸会防災計画に準じます。

1 2. 重度化した場合の対応

別に定める重度化した場合の対応に係る指針のとおりです。

1 3. 秘密保持

1. 本事業所の職員は、業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密を漏らしてはならない。職員でなくなった後においても、これを厳守する。またその必要な措置を講ずる。
2. 「グループホーム保戸野」は、サービス担当者会議・担当居宅介護支援事業所・医療機関等については、利用者の個人情報を用いる場合もあるため、利用目的を提示し、利用者の同意・当該家族の同意を書面により得るものとする業務上知り得た個人情報は、その秘密を保持しますが、サービス担当者会議・担当居宅介護支援事業所・医療機関等については、個人情報を用いることもあります。

1 4. 苦情申立

当事業所	担 当 者	管理者	小 玉 高 浩
	ご利用時間	毎 日	9：00～17：00
	ご利用方法	電 話	018-893-5552
		FAX	018-893-5553

処理手順

- ① 利用者の状況を詳細に把握する。
 - ② 窓口担当者は、把握した状況を管理者及び職員とともに検討し、対応を決定する。
 - ③ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行う。
 - ④ 利用者へは、対応方法を含めた結果報告を必ず行う。
※ 時間を要する内容であれば、その旨を翌日までに連絡する。
- ※ 当事業所以外に、市町村等の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。
- | | |
|----------------|--------------|
| 秋田県健康福祉部長寿社会課 | 018-860-1361 |
| 秋田市介護保険課苦情相談窓口 | 018-888-5674 |
| 秋田県国民健康保険団体連合会 | 018-883-1550 |

1 5. 緊急時における対応方法

利用者に症状の急変等が生じた場合は、速やかに利用者の家族、主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じます。また、状況に応じて、協力医療機関等への救急搬送を行う。

1 6. 運営推進会議

本事業の活動状況を明らかにし、事業所が地域に開かれた健全な運営とサービスの質の向上を実現するため、運営推進会議を概ね2か月に1回以上開催し、その記録は2年間保存する。

私は、書面に基づいて事業所の職員（職名_____氏名_____）

から上記重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者様

住 所_____

氏 名_____印_____

利用者様の家族等

住 所_____

氏 名_____印_____

続 柄_____