

「認知症対応型共同生活介護 グループホーム野の花」

重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の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、利用者が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なりますことを目的とします。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業者の内容

(1) 提供できるサービスの地域 宇城市

事業所名 グループホーム野の花
指定番号 4391300102
住所地 宇城市小川町南部田597番地
管理者の氏名 國瀧悦子
電話番号 0964-27-5600
FAX番号 0964-43-1050
サービスを提供する地域 宇城市

(2) 事業所の職員体制

	業務内容	常勤	非常勤	合計
管理者	業務及び職員の管理	1名	0名	1名
計画作成担当者	介護計画の作成	1名（1名）	0名（0名）	1名（1名）
（内、介護支援専門員）				
介護職員	利用者の介護	8名（兼務者含む）	0名	8名

(3) 入居定員 9名

(4) 設備の概要

○居室

利用者の居室は、個室（定員1名）とし、ベッド・枕元灯等を備品として備えます。

○食堂

利用者の使用できる充分な広さを備えた食堂を設け、利用者が使用できるテーブル・いす・箸や食品類などの備品類を備えます。

○その他の設備

設備としてその他に、居間、台所、浴室等の設備を設けます。

3. サービスの内容

- ① 認知症対応型共同生活介護計画の立案
- ② 食事
- ③ 入浴
- ④ 排泄
- ⑤ 介護
- ⑥ 看護
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 行政手続代行
- ⑨ その他

*これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

4. 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

- ・名称 土屋医院
- ・住所 宇城市小川町江頭121番地

- ・名称 宇城総合病院
- ・住所 宇城市松橋町久具691番地

・協力歯科医療機関

- ・名称 八木歯科医院
- ・住所 宇土市高柳町27-1番地

◇緊急時の連絡先 緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

5. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該認知症対応型共同生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

□介護報酬告示額

(1) 基本料金

ア 認知症対応型共同生活介護費（1日につき）

	単位数	利用者負担金額		
		(1割)	(2割)	(3割)
要支援2	761／日	761円	1,522円	2,283円
要介護1	765／日	765円	1,530円	2,295円
要介護2	801／日	801円	1,602円	2,403円

要介護3	824／日	824円	1,648円	2,472円
要介護4	841／日	841円	1,682円	2,523円
要介護5	859／日	859円	1,718円	2,577円

(2) 加算額等

		(1割)	(2割)	(3割)
初期加算（入所から30日以内を限度）	1日につき	30円	60円	90円
看取り介護加算				
死亡日以前31日以上45日以下	1日につき	72円	144円	216円
死亡日以前4日以上30日以下	1日につき	144円	288円	432円
死亡日以前2日又は3日	1日につき	680円	1360円	2040円
死亡日	1日につき	1280円	2560円	3840円
医療連携体制加算I	1日につき	39円	78円	117円
認知症専門ケア加算I	1日につき	3円	6円	9円
サービス提供体制強化加算I	1日につき	22円	44円	66円
若年性認知症利用者受入加算	1日につき	120円	240円	360円
介護職員等処遇改善加算I	1月につき	介護保険請求分の	18.6%	
退居時相談援助加算（1回を限度）	1回につき	400円	800円	1200円
入院時費用（1月に6日を限度）	1日につき	246円	492円	738円
生活機能向上連携加算I	1月につき	100円	200円	300円
口腔衛生管理体制加算	1月につき	30円	60円	90円
栄養スクリーニング加算（6月に1回を限度）	1回につき	20円	40円	60円
生産性向上推進体制加算I	1月につき	100円	200円	300円
生産性向上推進体制加算II	1月につき	10円	20円	30円

□その他の費用

(1) 部屋代	1日につき	1, 100円
(2) 食材料費	1日につき	1, 200円 (朝300円 昼450円 夜450円)
(3) 管理費	1日につき	600円
(4) 理美容代	実費	
(5) おむつ代	実費	
(6) 日常生活費	実費	
1か月（30日）あたりの利用料金		87,000円

* 入院・外泊期間中の食材料費は提供分の請求とし、部屋代は定額での請求とします。

6. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 利用者は、管理者その他の職員による指導又は指示に従うとともに、事業所内における共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めること。
- ② 利用者は、外出を希望する場合は、所定の手続きにより管理者に届け出ること。
- ③ 利用者は、事業所の整理、整頓その他環境衛生を保持するため、事業所に協力すること。

④ 利用者は、事業所が定める遵守事項に従うこと。

7. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とするべき処置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び職員等の訓練を行います。

8. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

10. 秘密保持及び個人情報の保護について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

・事業者は、利用者又はその家族の個人情報について、

「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

・事業者及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

・また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

・事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護について

・事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者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(紙によるものその他、電磁的記録を含む。)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

・事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内での訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)

11. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

12. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の身体の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

13. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 窓口担当者： 管理者 國瀧悦子

ご利用時間： 月～土曜日 9時00分～5時00分

ご利用方法： 電話 0964-27-5600

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

宇城市役所健康福祉部高齢介護課

宇城市松橋町大野85番地

電話番号：0964-32-1111 FAX番号：0964-32-0110

宇城市役所小川支所窓口係

宇城市小川町江頭100番地

電話番号：0964-43-1111 FAX番号：0964-43-0110

国民健康保険団体連合会介護サービス苦情（相談）窓口

熊本市東区健軍2丁目4番地10号

電話番号：096-214-1101 FAX番号：096-214-1104

熊本県社会福祉協議会福祉サービス運営適正化委員会

熊本市中央区南千反畠町3番7号 熊本県総合福祉センター内

電話番号：096-324-5471 FAX番号：096-355-5440

※苦情処理第三者委員 山下幹雄 電話 0964-43-2532

沖崎 有 電話 0964-32-2651

公平中立な立場で苦情を受け付け、相談いただける委員です。

14. 損害賠償について

当事業所において、事業所の責任によりご利用者様に生じた損害については、事業者は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じ

させていただきます。

15. 虐待防止のための措置

当事業者は、利用者の人権の擁護、虐待防止等のため必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講じます。

16. 第三者評価の実施状況

- | | |
|-----------------|------------------|
| (1) 実施の有無 | 有 |
| (2) 実施した直近の年月日 | 令和 6 年 2 月 27 日 |
| (3) 実施した評価機関の名称 | N P O 法人 九州評価機構 |
| (4) 評価結果の開示状況 | 事務所前コーナーで閲覧できます。 |

令和 年 月 日

指定認知症対応型共同生活介護サービスの開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者>

所在地 熊本県宇城市小川町南部田 5 9 7 番地
事業者名 グループホーム野の花 (指定番号 4 3 9 1 3 0 0 1 0 2)

説明者 印

令和 年 月 日

私は、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な事項説明を受け同意しました。

<利用者>

住所

氏名 印

<利用者代理人>

住所

氏名 印 (続柄)
(身元引受人)