

# 認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

〈平成 29 年 10 月 現在〉

## 1 事業者

|       |               |
|-------|---------------|
| 名 称   | 社会福祉法人 新清会    |
| 所 在 地 | 福井市引目町 21-9-2 |
| 法人種別  | 社会福祉法人        |
| 代表者名  | 理事長 吉田新内      |
| 連絡先   | 0776-38-9280  |

## 2 事業所

|       |                                   |
|-------|-----------------------------------|
| 名 称   | グループホーム あさむつの森                    |
| 所 在 地 | 福井市引目町 21-9-2                     |
| 管理者名  | 山田 達也                             |
| 連絡先   | TEL 0776-38-9285 FAX 0776-38-9281 |
| 指定番号  | 1890100678                        |

## 3 事業の目的と運営方針

|      |   |
|------|---|
| 事業目的 | 介護保険の介護認定を受け、認知症の状態にある方を共同生活により認知症の進行の緩和を図り、自立支援に努めます。                                    |
| 運営方針 | 認知症状によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的なぬくもりのある生活環境の下で生活の喜びや満足感が得られるよう、人格を尊重しつつ介護サービスの提供と支援をします。 |

## 4 施設の概要

|     |         |                                   |
|-----|---------|-----------------------------------|
| 建 物 | 構 造     | 木造平屋                              |
|     | 延べ床面積   | 375.78 m <sup>2</sup>             |
|     | 利用定員    | 9 名                               |
| 設 備 | 食 堂     | 1 室 (17.31 m <sup>2</sup> )       |
|     | 居 室     | 9 室 (11.70~13.01 m <sup>2</sup> ) |
|     | リビング    | 1 室 (16.34 m <sup>2</sup> )       |
|     | 会 議 室   | 1 室 (20.29 m <sup>2</sup> )       |
|     | 更衣室・収納室 | 1 室 (24.56 m <sup>2</sup> )       |
|     | 便 所     | 2 ヶ所 (2 居室 トイレ付)                  |
|     | 浴 室     | 1 室                               |

## 5 職員体制

|                | 常勤      | 保有資格                |
|----------------|---------|---------------------|
| 管理者<br>介護支援専門員 | 1名(兼)   | 社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員 |
| 介護職員           | 6名(1名兼) | 介護福祉士・ヘルパー等         |

## 6 職員の勤務体制

| 区分 | 勤務時間          |
|----|---------------|
| 日勤 | 9:00 ~ 18:00  |
| 早出 | 7:00 ~ 16:00  |
| 遅出 | 13:00 ~ 22:00 |
| 夜勤 | 21:45 ~ 7:15  |

## 7 サービス内容

|                 |   |
|-----------------|---|
| 施設サービス<br>計画の立案 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の意向を踏まえて、介護支援専門員が介護状態に応じて施設サービス計画を立案します。</li> </ul>  |
| 食 事             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。</li> <li>・調理は、可能な限り共同作業で行います。</li> <li>・食事は食堂でとっていただけるように配慮します。</li> <li>・通常のメニューの他に特別食をご用意できます。</li> </ul> |
| 排 泄             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況に応じ、適切な排泄の介助と排泄の自立支援を行います。</li> </ul>   |
| 入 浴             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・週2回を基本として、入浴または清拭を行います。</li> </ul>  |
| 介 護             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設サービス計画に沿って、排泄、入浴、シーツ交換、衣類交換など日常生活上必要な介護を行います。</li> </ul>  |
| 機能訓練            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・家事共同等により身体機能の維持や自立支援に向けて機能訓練を行います。</li> </ul>   |
| 健康管理            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・嘱託医の回診を基本に介護職員が健康状態の把握、管理を行います。介護職員により夜間帯においても医療機関等と連携を確保し健康上の管理等を行います。</li> </ul>  |
| 生活相談            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護サービスを含め、日常生活全般に関する悩み等に対して相談できます。</li> </ul>   |
| レクリエーション        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・心身維持機能や生きがい活動として行事・クラブ活動を行います。</li> </ul>   |
| 洗濯サービス          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・通常の衣類等の洗濯は施設内で行います。施設内で洗濯が不可能な物はクリーニング代の利用となります。</li> </ul>   |
| 理容サービス          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・月1回施設内で、理容サービスを受けることができます。</li> </ul>   |

## 8 利用料金

### (1) 基本料金

#### ① 介護サービス利用料（1日あたり）

|       | (1割負担) | (2割負担) |
|-------|--------|--------|
| 要介護 1 | 805 円  | 1610 円 |
| 要介護 2 | 843 円  | 1686 円 |
| 要介護 3 | 868 円  | 1736 円 |
| 要介護 4 | 886 円  | 1772 円 |
| 要介護 5 | 904 円  | 1808 円 |

#### ② サービス提供体制強化加算（I）ロ 12 円

#### ③ 初期加算（入所日から 30 日以内の期間） 30 円

#### ④ 介護職員処遇改善加算（I） 加算率 11.1%

（所定単位数に 11.1%を乗じた単位）

#### ⑤ 居住費（1日あたり） 1500 円

#### ⑥ 食費（1食あたり）

朝食 400 円

昼食 550 円

夕食 550 円

おやつ 100 円

#### ⑦ 日用品費（1日あたり） 100 円

（バスタオル、タオル、ティッシュペーパー等）

#### ⑧ その他の料金

- ・利用者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い要した費用は実費となります。
- ・理容代 カットのみ 1500 円 髭剃りのみ 500 円（両 2000 円）
- ・行事参加費、クリーニング代等は別料金になります。
- ・おむつ代は実費となります。
- ・歯ブラシ 100 円
- ・受診は基本のご家族でお願いします。また、ホームにて受診対応した際には別途、入居者の負担が発生する場合があります。（送迎、付き添い等）
- ・医療機関への入退院時には介護サービス利用料は実費負担となる場合があります。

### (2) 支払い方法

毎月 10 日までに、前月分の請求をさせていただきます。20 日までに指定の銀行口座より引き落としさせていただきます。入所時に口座自動引き落としの手続きをお取り下さい。なお、口座振替手数料 108 円を負担していただきます。口座からの引き落とし日から 10 日以降に請求書を持参いただきますと、領収印を押させていただきます。

(3) 利用料金の変更

上記の介護サービス利用料については、国の基準等の改正、その他会社経済情勢の変動に伴って変更できるものとします。

9. 退所の手続き

(1) 利用者の方又は家族等の都合で、退所を希望されるときは、文書で希望される日の30日前までに提出していただきます。

(2) 以下の場合、自動的にサービスを終了いたします。

① 他の介護保険施設に入所された場合

② 要介護認定区分が該当（自立又は要支援）と認定された場合、所定の期間の経過をもって退所していただきます。

③ 利用者の方が、お亡くなりになった場合

(3) その他

① 利用者又はその家族等が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内に支払わない場合、または利用者や、家族等が当施設や当施設の職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、退所していただきます。

② 利用者の方が病院または診療所に入院し、明らかに2ヶ月以内に退院できる見込みがない場合は文書で通知の上、契約を終了させていただきます。

なお、退院後に再度入所希望される場合は、申し出てください。

③ やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合は契約を終了し、退所していただきます。

④ 退所の時は、所持金品等はすべて利用者又は家族等に引き取っていただきます。

10 非常災害対策

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、常に関係機関と連携を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、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。

11 緊急時の対応

心身状態の異変や容態急変のときは、緊急連絡先に連絡するとともに、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等の必要な措置を講じます。また、家族の早急な判断が必要になる場合は、受診に同行していただくことがあります。

12 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、損害賠償を速やかに行います。

### 13 感染防止

インフルエンザが流行の対応には、嘱託医の判断により集団感染を予防するためのワクチン接種を行うこととなります。なお、その費用のうち実費分は利用者負担です。

赤痢・チフス・コレラ等や結核は、即効入院となり、MRSA・疥癬等の感染又は感染疑いのあるときは、特別な管理をさせていただくことがあります。

### 14 身体拘束の廃止

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行い、同意を得るとともに、その対応及び時間、その際の利用者の心身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。

### 15 守秘義務に関する対策

施設及び職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の守秘を保守します。また、退職後においてもこれらの守秘を保守すべき旨を、職員との雇用契約の内容としてしています。

### 16 入居者の尊厳

入居者の人権・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。

### 17 苦情相談窓口

① 施設のサービス内容における相談・苦情・意見等を承ります。

苦情受付責任者 (管理者) 山田 達也  
苦情受付担当者 神谷 順子  
受付時間 午前9時00分～午後6時00分  
0776-38-9285

② 理事長への直通の私書箱

〒918-8691 福井南郵便局 私書箱12号 (住所記入不要です)  
社会福祉法人 新清会 理事長 吉田 新内

③ 苦情解決第三者委員

苦情解決第三者委員がおられますので委員に相談・苦情・意見を申しでることができます。

|           |        |    |         |
|-----------|--------|----|---------|
| 苦情解決第三者委員 | 荒川 洋美  | 電話 | 41-1300 |
| 同 上       | 福野 家光  | 電話 | 38-1243 |
| 同 上       | 下川 道雄  | 電話 | 22-5253 |
| 同 上       | 近藤 喜代美 | 電話 | 35-8009 |

④ 市町村・保険連合会

市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

福井市役所介護保険課 電話 20-5715 まで

福井県国民健康保険団体連合会

苦情処理窓口 電話 57-1614 まで

18 苦情処理の体制

苦情があった場合は、次の体制で行います。

- ① 苦情内容の把握と説明
- ② 苦情への具体的対応
- ③ 申立者への結果報告
- ④ 苦情処理台帳の作成
- ⑤ 関係機関への報告

19 損害賠償について

当施設においた、施設の責任により利用者に生じた損害について、施設は速やかにその損害を賠償します。

ただし、損害の発生について利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者の心身の状態に斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。または、その損害の賠償を請求できるものとします。

認知症対応型共同生活介護にあたり、利用者（代理人 兼 連帯保証人）に対して、契約書本書面に基つき重要な事項を説明しました。

平成 年 月 日

事業者 所在地

名称

説明者

印

私は、契約書及び本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護の入所についての重要事項説明を受け同意しました。

利用者 住所

氏名

印

(代理人兼連帯保証人) 住所

氏名

印