

指定認知症対応型共同生活介護

「グループホームほばら」

(介護保険事業所番号 0791300148)

## 重 要 事 項 説 明 書

# 指定認知症対応型共同生活介護「グループホームほばら」

## 重要事項説明書

(平成30年4月1日現在)

1. 設置名 社会福祉法人 なごみ

2. 事業所名 グループホームほばら  
(介護保険事業者番号 0791300148)

### 3. 運営方針

- (1) 事業の実施にあたっては、認知症の方々の社会的孤立を防ぐために地域住民またはその自発的な活動等との連携または協力を得て、地域との社会交流に努めるものとします。
- (2) 事業所の職員は、入居者が地域において共同して自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう。当該入居者の身体および精神の状況並びにその置かれている環境に応じて、共同生活住居において入浴、排泄又は食事等の介護、相談その他、日常生活上の援助を適切かつ効果的に行うものとします。
- (3) 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携をはかり、総合的なサービス提供に努めるものとします。

### 4. サービス内容

【食 事】朝食 7:00 ～ 8:00  
昼食 12:00 ～ 13:00  
夕食 18:00 ～ 19:00

【入 浴】週に2回以上入浴していただけます。  
ただし、状態に応じ、清拭となる場合があります。

【介 護】介護サービス計画に沿って下記の介護を行います。  
離床、更衣、整容、排泄、移動、食事、その他の入居者が必要とする日常生活上の援助を介護サービス計画にそって適切に行います。

【生活相談】管理者等に、介護以外の日常生活に関することも含めて相談できます。

【健康管理】常に入居者の健康管理に留意し、早期発見に努めます。

【機能訓練】日常生活動作の機能維持のために機能訓練を行います。

【レクリエーション】当施設では、季節ごとの行事を行います。行事によっては、別途で参加費がかかる場合もあります。

### 5. 利用料金

(1) サービス利用料 (1日あたり) (1割負担又は2割負担)

介護認定区分	利用者負担額 (1割負担)	利用者負担額 (2割負担)
要支援2	743円	1,486円
要介護1	747円	1,494円
要介護2	782円	1,564円
要介護3	806円	1,612円
要介護4	822円	1,644円
要介護5	838円	1,676円

(2) 加算 (1割負担又は2割負担) 該当するもののみ

加算名称	1日又は1回	1割負担額	2割負担額
初期加算	1日あたり	30円	60円
医療連携体制加算Ⅲ	1日あたり	59円	118円
認知症専門ケア加算Ⅰ	1日あたり	3円	6円
認知症専門ケア加算Ⅱ	1日あたり	4円	8円
若年性認知症利用者受入加算	1日あたり	120円	240円
退居時相談援助加算	1回	400円	800円
夜間支援体制加算	1日あたり	25円	50円
入院時体制確保加算	1日あたり	246円	492円
口腔衛生管理体制加算	1月	30円	60円
栄養スクリーニング加算	1回	5円	10円
看取り介護加算(1)	1日あたり	144円	288円
看取り介護加算(2)	1日あたり	680円	1,360円
看取り介護加算(3)	1日	1,280円	2,560円
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	1日あたり	18円	36円
サービス提供体制強化加算Ⅰロ	1日あたり	12円	24円
サービス提供体制強化加算Ⅱ又はⅢ	1日あたり	6円	12円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1回	月額算定した所定単位の 11.1%の介護報酬総額の1割 又は2割	

(3) 食費

日額/内訳	1,230円
朝食	360円
昼食	360円
夕食	430円
おやつ	80円

(4) 居住費 (1日あたり) 1,290円

- ・入院・外泊の際も居室確保料として日額請求とする。

(5) 共同生活費 (1日あたり) 690円

- ・光熱費、上下水道費、冷暖房費、その他管理費として日額請求とする。

(6) その他の日常生活費用

①特別な食事 通常の献立以外の食事を希望する場合は、その実費を申し受けます。

②理美容費

調髪	1回あたり	1,700円～
----	-------	---------

③日用品の購入代金等、利用者にご負担いただくことが適当であるものにつきましては、ご持参いただくか実費でのご負担となります。

洗濯料	施設内で洗濯可能な衣類等については無料ですが、クリーニングを必要とするものについては実費ご負担いただきます。
衣類	下着、パジャマ、普段着、タオル等についてはご持参いただくか、利用者負担となります。

日用品	歯ブラシ、歯磨き粉、化粧品等のご持参いただくか、利用者負担となります。
嗜好品	個人の趣味、嗜好品（菓子、タバコ、お酒等）は利用者負担となります。
教養娯楽品	個人用の新聞、雑誌等は利用者負担となります。
通信費	個人の電話代、郵送代は利用者負担となります。

※事業所においての代理購入は原則いたしません。オムツ等について代理購入希望の際は、事業所指定の業者でのみ代理購入いたします。

#### (7) 支払い方法

\*金融機関口座からの自動引落し（金融機関により引落とし手数料が違います）

当施設で用意する手続きにて、各金融機関本支店より自動引落しが可能です。

毎月15日までに前月分の利用料請求書を送付致しますので、支払い期日（25日）までにご準備願います。

※介護保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合は、当該月の費用を全額お支払いいただきます。お支払いいただきますと、サービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を市町村の窓口に提出しますと自己負担額（費用の1割又は2割と食費ならびに居住費）を除く金額が払い戻しされます（償還払い）。

### 6. 当事業所の職員の構成と勤務体制

#### (1) 職員構成と職務

職名	職務内容	常勤	非常勤	計
代表者	事業所の業務を統括し、職員を指導監督する。		1名	1名
管理者	事業所の職員の管理及び業務の管理を一元的に行う。	1名		1名
計画作成担当者	適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成するとともに連携する介護老人福祉施設、病院等との連絡・調整を行う。	2名		2名
介護職員	上司の命を受け、入居者の生活全般の介護援助を行う。	5名以上	5名以上	10名以上

#### (2) 基本勤務体制

早番	7:00 ~ 16:00
日勤	8:30 ~ 17:30
遅番	10:00 ~ 19:00
夜勤	16:00 ~ 9:00

### 7. 入居定員 18名

### 8. サービス内容に対する苦情の受付

(1) 苦情は、面接、電話、手紙等により、苦情受付担当者が随時受け付けします。

苦情受付担当者 介護支援専門員 丹治 健一

解決責任者 常務理事 小林 康男

電話番号 024(574)3920

(受付時間 日祭日を除く 午前8時30分～午後5時30分)

また、当法人の第三者委員に直接苦情を申し出ることも出来ます。

第三者委員 羽田 トモ子

電話番号 024(545)5466

第三者委員 高木 征子

電話番号 024(545)4402

(2) 苦情受付の報告と確認

苦情受付担当者が受付けた苦情は、苦情解決責任者と第三者委員に報告いたします。ただし、苦情を申し出た方が、第三者委員への報告を拒否した場合は、その限りではありません。第三者委員は、内容を確認し、苦情を申し出た方に対して報告を受けた旨を通知します。

(3) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情を申し出た方と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情を申し出た方は、第三者委員の助言や立会いを求めることが出来ます。なお、第三者委員立会いによる話し合いは、次により行います。

- ①第三者委員による苦情内容の確認
- ②第三者委員による解決案の調整および助言
- ③話し合いの結果や改善事項等の確認

(4) 福島県運営適正化委員会の紹介

当事業者で解決できない苦情は、福島県運営適正化委員会に申し立てることが出来ます。

事務局 〒960-8141 福島市渡利字七社宮111  
福島県総合社会福祉センター2階  
電話番号 024(523)2943

9. 非常災害時の対応

当施設は、火災、地震、水害等の非常災害に関して具体的な対処計画を立て、それらの非常災害に備えて、定期的に避難・救出、その他の必要な訓練を行っています。

10. 協力医療機関

入居中に健康状態が悪化した場合はかかりつけ医又は協力医療機関に受診いたします。協力医療機関への送迎は当施設でいたします。なお、ご家族が希望する医療機関への受診時は、ご家族の送迎をお願いいたします。

- ・医療法人 すずき医院  
福島県伊達市保原町字西町175  
電話番号 024(575)2563 (代)
- ・医療法人敬仁会 なかのクリニック  
福島県伊達市保原町字城ノ内20-1  
電話番号 024(575)2246 (代)
- ・医療法人 伊達デンタルクリニック  
福島県伊達市岡前20-8  
電話番号 024-584-3501 (代)

11. 協力介護老人福祉施設

入居中の状態変化等により共同生活が難しくなった場合等において、協力相談の上、連携して入居者及び家族等の承諾のもとに以降の対応の支援をいたします。

- ・社会福祉法人なごみ 特別養護老人ホームなごみの郷  
福島県福島市大平寺字町ノ内30  
電話番号 024(573)6161

12. その他の留意事項

(1) 退居手続き

- ①利用者の都合で退居される場合  
退居を希望する日の7日前までに文書でお申し出下さい。
- ②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ア) 利用者がほかの介護保険施設に入居した場合
- イ) 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)または要支援1と認定された場合  
※この場合、該当区分の有効期限内に退居していただきます。
- ウ) 利用者が死亡した場合。
- エ) 利用者がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告した日から30日を超えて支払わない場合。または、入居者又は家族等が、事業者やサービス従業者又は他の入居者等に対して、この契約を継続しがたいほどの迷惑行為を含む背信行為を行った場合は、退居していただくことがあります。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
- オ) 利用者が、病院または診療所入院し、明らかに1ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、または入院後1ヶ月を経過しても退院できないことが明らかになった場合、文書で通知の上、契約を終了させていただきます。入院後1ヶ月を経過し、再度入居を希望される場合は、改めてお申込みいただくようになります。
- カ) 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、契約を終了し、退居していただく場合があります。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

## (2) 施設利用に当たっての留意事項

### ①面会

面会時間は7時～19時といたします。緊急時はこの限りではございませんが、防犯上19時～7時までは施錠させていただきます。時間外の面会につきましては、管理者までご相談ください。

### ②外出・外泊

食事準備の関係がありますので、3日前までにご連絡下さい。

### ③喫煙・飲酒

基本的に自由となっております。喫煙については所定の場所をお願いいたします。なお、自己管理できない方および当施設で自己管理できないと判断した場合は、介護員室でお預かりさせていただき、利用者の希望により提供いたします。

### ④所持品の持ち込みについて

可燃物、刃物、劇薬指定物等、利用者の共同生活の場として不適切なものについての持ち込みは一切お断りいたします。

### ⑤入院時の対応について

利用者が入院した際の付き添いその他の対応については、ご家族等をお願いいたします。

### ⑥施設、設備の使用上の注意

ア) 居室および共用施設・敷地は、その本来の用途に従って利用してください。

イ) 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたのにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、利用者の自己負担により現状に戻していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

ウ) 利用者に対するサービスの実施および安全衛生上や管理上の必要があると認められる場合は、利用者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。ただし、その場合ご本人のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。

エ) 当事業所の他の入居者や職員に対し、迷惑を及ぼすような行為及び宗教活動、営利活動を行うことはできません。

## 13. 緊急時の対応方法

- (1) 事故が発生した場合は、入居者に対し応急措置、医療機関への搬送等の策を講じるとともに、すみやかに家族等および関係諸機関に事故の発生状況および今後の対応等について報告します。
- (2) 事業者は、サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により入居者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、入居者に対してその損害を賠償します。
- (3) 事業者は自己の責めに帰すべき理由がない限り、損害を賠償しません。とりわけ以下に示す場合には、その賠償責任を免れます。
- ①入居者または代理人が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げずまたは不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
  - ②入居者または代理人が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対し、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
  - ③入居者の急激な体調の変化や不慮の転倒・転落等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合
  - ④入居者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合
- (4) 入居者の身体的状況  
老人性骨粗鬆症は、加齢とともにその発生率が増大し、ちょっとした動作や外力によって骨折を起こすことがあります。ご承知おきください。

14. 重度化した場合の対応について

別途定める「日常の健康管理及び重度化した場合における対応に係る指針」（別紙）に基づいて対応いたします。

15. お小遣いお預かりについて

月額5,000円程度お預かりし、日常の個人的な趣味嗜好品等の購入に限り、その管理を致します。サービスご利用料金請求の際、明細書と領収書を添付の上発送致します。

グループホームほばら の入居にあたり、入居者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項の説明をいたしました。

重要事項説明日 平成 年 月 日

<事業所>

所在地 福島県伊達市保原町字西町162番  
名称 社会福祉法人なごみ グループホームほばら  
代表者名 理事長 渡辺 康夫

説明者 職名  
氏名 印

私は、契約書及び本書面により、グループホームほばら についての重要事項の説明を受け、同意いたしました。

【利用者本人】

住所  
氏名 印

【家族・代理人】

住所  
氏名 印

利用者本人との続柄 ( )