

指定認知症対応型共同生活介護・指定介護予防認知症対応型共同生活介護

重要事項説明書

令和7年9月1日

事業所名：グループホーム ぬくもり

当事業者が、あなたに指定認知症対応型共同生活介護サービスおよび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あたり、説明すべき重要事項は次のとおりです。

この重要事項は、厚生労働省令の関係条文に基づいています。

また、当事業所は「サービス内容説明書」(別紙)に従ってサービスを提供いたします。

1. 事業者概要

法人名	特定非営利活動法人 田万川地域サポート21
代表者名	施設長 津守佳津子
所在地	〒759-3113 山口県萩市大字江崎55番地
設立年月日	平成16年4月12日
敷地面積	1570.86m ² (475.15坪)
他の介護保険事業	

2. 事業所(ホーム)の概要

名称	グループホーム ぬくもり			
所在地 (電話、FAX番号)	山口県萩市大字江崎55番地 (電話番号)08387-3-2565 (FAX番号)08387-3-2565			
ホームの目的	利用者の認知症症状の進行緩和や安心して日常生活を送れるよう、共同生活介護サービス及び介護予防サービスを提供し、もって認知症高齢者の福祉の増進を図ること。			
ホームの運営方針	認知症により自立した生活が困難になった利用者の心身の特性を踏まえ、家庭的な環境の下で日常生活上のお世話や日常生活の中での機能訓練をとおして、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援します。			
管理者	大津京子			
介護計画作成担当者	大津京子			
開設年月日	平成18年12月1日			
事業者指定番号	3590400028			
利用定員	9名			
建物の概要	構造:木造2階建	延床面積 : 341、30 m ²		全室個室(9室)
	居室の概要	床面積	室数	備考
		11、74 m ²	2	
		12、91 m ²	2	
		14、52 m ²	2	
		14、39 m ²	1	押入付(3. 45m ²)
	共用施設の概要	16、04 m ²	1	
		14、65 m ²	1	押入付(3. 45m ²)
損害賠償責任保険加入先	損害保険ジャパン株式会社			

3. 職員体制

	常勤		非常勤		常勤 換算	保有資格
	専従	兼務	専従	兼務		
管理 者	1				0.4	介護支援専門員・看護師・介護福祉士
	従業者及び業務の一元的管理、法令順守、健康・安全保持等について指揮命令する					
計画作成担当者	1				0.3	介護支援専門員・看護師・介護福祉士
	適切なサービス提供に向けて介護計画の作成、連携する介護・医療関連機関等との連絡調整					
介護従事者	6	2	3	0	6.5	介護支援専門員1名、看護師1名、介護福祉士6名 ヘルパー2級1名 準看護師1名
	利用者に対し必要な介護及び世話、支援等を行う					

4. 勤務体制

区分	勤務時間	員数
昼間の体制	・早勤 7:30 ~ 16:30	1人
	・日勤 8:30 ~ 17:30	1人
	・遅勤 10:00 ~ 19:00	1人
	・半勤 8:30 ~ 12:30 13:30分~17:30分	1人
夜間の体制	・夜勤 15:00 ~ 翌朝 8:00	1人

5. 休業日

休業日	なし
-----	----

6. サービスご利用にあたっての留意事項

面会	・面会時間の制限は、特にありませんが夜間帯の遅くの面会はご遠慮ください。 ・面会者は、玄関に備え付けの面会簿に必要事項をご記入頂き、ご署名ください。 ・物品をお持ち込みの際は職員にお知らせください。特に食べ物の持ち込みは利用者の皆様の健康上、支障をきたすことがありますので必ず、職員にお知らせください。 ・来訪者の方で宿泊を希望される方は、事前にお申し出ください。		
外出・外泊	・外出や外泊をされるときは、必ずホームの同意を得て、備え付けの外出・外泊届を提出してください。 ・帰所時間が遅れる場合は、連絡をお願いします。 ・帰所時に外出や外泊中の状況をお知らせください。 ・ご家族(利用者代理人又は身元引受人)の付き添いがないと、外出・外泊はできません。		
居室・施設等の利用	・施設内の居室や設備、備品等は本来の用途に従ってご利用ください。これに反した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。		
迷惑行為	・共同生活になじめない、あるいは他の利用者に対する迷惑行為が続く場合は退居していただくことがあります。		
貴重品等の管理	・特別な場合を除き保管や管理はしません。利用者またはご家族で管理してください。		
受診・往診等	・協力病院への受診、主治医や歯科医の往診の手配、その他療養上の援助をいたします。 ・遠方や専門医への受診が必要な場合は、ご家族に協力していただくことがあります。		
入院等で長期に居室を空ける場合の条件	・病気の治療等のために、2週間以上施設を離れることが決まり、その転居先の受け入れが可能となったときは契約解除となります。ただし、1日当たり50%増し居室料をお支払い頂くことで、最長30日間は居室を確保し、退院等をお待ちできます。入院が30日間を超える場合には契約解除となります。		
利用料のお支払い	・毎月末日締めで、翌月10日までに、前月の利用料等の請求書を送付します。当月末までに前月分の利用料等をお支払ください。お支払い方法は、口座振込、現金支払があります。 (振込料は利用者様ご負担でお願いします。)		
	口座振込	指定金融機関	山口銀行江崎支店(普)
		口座番号	店番97 口座番号6032193 記号15530 番号27129041
		口座名義人	特定非営利活動法人 田万川地域サポート21
現金支払い	月末までに窓口でお支払ください		
サービスの内容	・別紙のサービス内容説明書に従って、サービスを提供いたします。		

7. サービスおよび利用料等(1日あたり)

保険給付サービス 及びサービス費 (2割負担、3割負担の場合は各倍数を加算)	<p>食事・排泄・入浴(清拭)等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談援助等の日常的健康管理を行います(詳細はサービス内容説明書にあります)</p> <p>上記については包括的に提供され、下表の介護度別に定められた金額(省令により変動あり)が自己負担となります。</p> <p>なお、負担割合は個人により異なり、「介護保険負担割合証」に示されています。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>介護度</th><th>要支援2</th><th>介護度1</th><th>介護度2</th><th>介護度3</th><th>介護度4</th><th>介護度5</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1割負担額</td><td>761円</td><td>765円</td><td>801円</td><td>824円</td><td>841円</td><td>859円</td></tr> </tbody> </table> <p>(本表は一割負担の場合の金額です)</p>							介護度	要支援2	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5	1割負担額	761円	765円	801円	824円	841円	859円
介護度	要支援2	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5															
1割負担額	761円	765円	801円	824円	841円	859円															
初期加算 : 入居後30日に限り、上記金額に1日あたり30円が加算されます。																					
医療連携体制加算Ⅰ : 下記の体制により、医療連携加算として1日57円が加算されます。																					
<p>①看護師一名を配置し、日常的な健康管理、及び状態悪化時における契約医療機関かかりつけ医院との連携のため24時間対応できる体制をとっています。</p> <p>②重度化した場合の対応として医師や医療機関との連携体制を定めています。</p> <p>③看取りに関する対応のあり方を定め、入居時に利用者又はその家族等に説明し同意を得ます。</p> <p>④入院期間中の食材料費及び管理費は不要です。居室料については入院期間が2週間を超える場合、一日当たり50%増しを頂くことで、最長30日間は居室を確保し退院をお待ちします(30日を超えると契約解除となります)。</p>																					
サービス提供体制強化加算Ⅱ : 介護福祉士の占める割合が50%以上の場合、1日18円が加算されます。																					
	協力医療機関連携加算 : 協力医療機関との間で、入居者様の同意を得て、当該入居者様の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合、1か月につき100円が加算されます。																				
	認知症専門ケア加算Ⅰ : 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者が、利用者全体の1/2以上の場合、Ⅲ以上の利用者に1日3円が加算されます。																				
	退居時情報提供加算(1回のみ) : 退去時、医療機関に入院した際に情報提供をすることにより250円が加算されます。																				
	介護職員 待遇改善加算(Ⅰ) : 国が定める「介護職員待遇改善加算」の措置により、利用者各個人にかかる1ヵ月当り総単位数に15.6%を乗じた単位数が自己負担分として加算されます。																				
	科学的介護推進 体制加算 : 厚労省の科学的介護情報システム(LIFE)との介護データの授受により、介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進する加算(40円／月)です。																				
保険給付外サービス	<p>各個人の利用に応じて自己負担となります(詳細はサービス内容説明書にあります)</p> <p>また、料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。</p>																				
	食事の提供	朝食:370円	昼食:700円	夕食:500円	おやつ2回分:200円																
	管理費	水道光熱費や洗剤等生活に必要なも1日:660円																			
	居室の提供	1号室 1,400円	5号室 1,400円	8号室 1,500円																	
		2号室 1,400円	6号室 1,100円	10号室 1,500円																	
		3号室 1,400円	7号室 1,100円	11号室 1,500円																	
	理容 洗濯代	理容料	実費		洗濯料金	事業所外洗濯の場合、実費															
	おむつ代等	実費(紙おむつ等は、ホームで購入の場合)、また持ち込みも可能です。																			
	レクリエーション 趣味など	個人別の材料購入費、ホーム外の行事への参加費など (実費徴収のときは事前に説明します)																			
	電気製品持込	別紙の電気製品使用届でお申ください。別途の料金をいただきます。																			

8. 協力医療機関、バックアップ施設

名 称	まついクリニック	田万川歯科診療所	阿北苑	
所 在 地	益田市高津6丁目14-1	萩市下田万1036	萩市上小川1406	
診 療 科	内科、他5科	歯科	特別養護老人ホーム 阿北苑	
入 院 設 備	なし	なし	なし	
協力医療機関契約	契約すみ	契約すみ	契約すみ	

9. 非常災害対策

防 火 管 理	・別途定める「防火管理規定」に則って対応します。 防火管理者氏名 津守洋保
消 防 避 險 訓 練	・避難訓練を年4回実施、利用者も参加します。
防 灾 設 備	・自動火災警報装置 ・119火災通報装置 ・スプリンクラー ・ガス漏れ探知機 ・避難誘導灯 ・消火器 ・非常灯

非常災害に備えて、消防計画や風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成するとともに、非常災害時に関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

10. 事故及び災害発生時の対応

認知症対応型共同生活介護サービスの提供により事故が発生した場合には、下記の措置を講じます。また、賠償すべき事態の場合には、誠意をもって対応いたします。

区分	通報及び連絡先
状態が軽い場合	原則的にご家族等に連絡します。(必要時には関係機関にも連絡します)
状態が重い場合	上記に加えて、萩市高齢者支援課、山口県長寿社会課や関係機関にも連絡します。
緊急災害協力施設	社会福祉法人阿北福祉会 阿北苑

11. 身体拘束廃止への取り組み

身体拘束がもたらす多くの弊害等を抑止するため、組織的に共通認識を持ち、身体拘束をしません。

本人または他の利用者の保護のため、やむおえない場合は身体拘束対策委員会で検討し、本人、家族の同意を得ます。止むを得ず身体拘束をする場合は限定的な措置とし、経過を見守るとともに早期回復に取り組みます。
3か月毎に対策委員会を開催すること、身体拘束対策指針の整備、及び定期的に研修を実施します。

12. 虐待防止への取り組み

利用者の人権擁護、虐待の発生またはその再発防止のための対策委員会を設置し、定期的に開催するとともに、その結果について所内研修等で周知します。また、虐待防止のための指針を策定するとともに、定期的に研修を実施します。

13. 秘密の保持

契約書の第19条に定めてあるように、従業者は正当な理由のない限り、利用者及びその家族の知り得た秘密を在職中及び退職後も漏らしません。また、その個人情報をサービス担当者会議等で用いるときは、あらかじめ文書により、同意を得ない限り用いることはいたしません。

14. 苦情の受付窓口及び相談機関

受 付 窓 口	当事業所における苦情やご相談を受けます。お気軽にお申し出ください。 担当者 : 豊田 里美 受付時間 : 每日 8時30分～17時00分 ご利用方法:・来所の時は担当者にお申し付けください。 (担当者が不在のときは管理者または介護職員にお申し付けください。) ・苦情受付ボックスを玄関ホールに設置しています。 (電話番号) 08387-3-2565 (FAX番号) 08387-3-2565
---------	---

事 業 所 以 外 の 相 談 窓 口	・萩市高齢者支援課	電話番号 0838-25-3131 萩市江向510番地
	・山口県国民健康保険団体連合会	電話番号 083-925-2003 山口市朝田 1980番地7
	・山口県社会福祉協議会内 福祉サービス問題解決委員会 電話番号 083-924-2837 山口市大手町9番地6	
	・萩市社協田万川事務所（ぬくもり苦情処理検討会第三者委員） 電話番号08387-2-0277	萩市大字下田万 1036番地

15. 情報公開

事業主体の概要、事業の目的及び運営の方針、組織の概要、建物の概要、利用料等、入居者の概要、職員の概要、その他提携医療機関等については当事業所窓口及びホームページ等において公開します。

また、ご契約者は介護及び看護等の記録をいつでも閲覧できます。複写物を必要とする場合には実費をご負担頂きます。

16. 運営推進会議の設置

報告及びその内容についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

構 成	利用者・利用者の家族・地域住民の代表者・地域包括支援センタ-・萩市担当者 認知症対応型共同生活介護について知見を有する者、地域防災関係機関の職員等
開 催	概ね、2ヶ月に1回
記 錄	運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

17. 第三者評価の実施

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の視点から原則的に年一回評価を行い
その結果を開示しています。

第三者評価機関	NPO法人 北九州シーダブル協会 山口市吉敷下東3丁目1番一号山口県総合保健会館内	電話 093-582-0294
評価結果の開示	萩市 福祉行政機関及び団体	当法人ホームページ 玄関に掲示

令和 年 月 日

私は、本書に基づいて重要事項の説明を受け承諾したことをここに証します。

また、協力医療機関連携加算の算定に当たり、私の病歴等に関する情報を協力医療機関と共有されることに同意します。

(ご利用者) 住所

氏名

私は、本人の意志を確認し、下記の理由により利用者の代理人として上記署名をおこないました。

(署名代行者) 署名を代行した理由()

住所

氏名

私は、重要事項説明書の説明を受け、身元引受人としての責任について理解しました。

(身元引受人) 住所

氏名

(説明者) ホーム名 グループホーム ぬくもり

住所 萩市大字江崎55番地

氏名 グループホーム管理者 大津京子