

医療法人社団 明寿会 グループホームあつとほ一む砺波
認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

重要事項説明書

1. 法人の概要

法人名	医療法人社団 明寿会
所在地	富山県高岡市太田桜谷 23-1
代表者氏名	理事長 坪田 聡
電話番号	0766-44-8060

2. 事業所の概要

名称	グループホームあつとほ一む砺波
所在地	富山県砺波市鷹栖 1973-1
運営	医療法人社団 明寿会
管理者氏名	種村 貴子
事業者番号	1670800281
電話番号	0763-33-1061

3. (介護予防) 認知症対応型共同生活介護の内容・提供場所等 (第3条関係)

内容	小規模な家庭的な環境の中で、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上のお世話を提供します。認知症高齢者の一人一人のペースに合わせた介護の提供、また職員と共同で買い物、食事、散歩等の生活を送ること等により、認知症の進行を緩やかにし、周辺症状を減少させるとともに精神的に安定した生活を送っていただく共同生活住居です。
利用日	毎日
提供場所	高齢者グループホーム
利用設備	居室 (18室：洋室18室) 浴室、台所、食堂、洗濯室、トイレ、談話室
ユニット数 及び定員	2ユニット、定員18人

4. 職員の勤務体制

従業員の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯 (8:30 から 17:30) 常勤兼務	4週8休

介護職員	<p>日勤（8：30 から 17：30） 早出（7：00 から 16：00） 遅出（9：30 から 18：30） 夜勤（16：30 から 9：00） ただし、夜間時間帯は 18：30 から 7：00 までです。 夜間時間帯以外は原則として、職員 1 名当たり、入居者 3 名のお世話を致します。 夜間時間帯は、原則として職員 1 名で皆様のお世話を致します。</p>	4 週 8 休
計画作成担当者	正規の勤務時間帯（8：30 から 17：30）常勤兼務	4 週 8 休

5. 入退居

- ① 要介護者又は要支援 2 以上であり、認知症の状態にある高齢者のうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない方を対象とさせていただきます。
- ② 入居申込者の入居に際し、主治医の診断書により認知症の状態にある高齢者であることを確認させていただきます。
- ③ 入居者の入退居については、医師の判断等により入院治療を必要とする場合及び入居者に対し施設でのサービスの提供では入所継続が困難となった場合には、適切な他の介護保険施設、医療機関を紹介する等の必要な措置を講じます。
- ④ 入居者が家族等による入居契約締結の代理や援助が期待できない場合については、関係市町村と連携し成年後見制度や地域福祉権利擁護事業等の活用に努めます。
- ⑤ 入居者の退居に際しては、適切な指導を行うとともに居宅介護支援事業者等への情報の提供及び保健医療・福祉サービスの提供者との密接な連携に努めます。

6. 提供するサービスの概要

種類	概要
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養士による栄養指導を受けながら、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供いたします。 ・ 食事の調理、盛り付け、配膳、下膳、食器の洗浄等の作業は、できるだけ利用者と職員が共同で行います。 ・ 食事時間 朝食 7：00～ 昼食 12：00～ 夕食 18：00～
排泄の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の排泄状況に応じた適切な介助を行うとともに、排泄の自立の可能性をも見出し支援します。 ・ おむつを使用されている利用者については、定期的な交換を行うとともに、排泄状態に応じた頻度で交換し、適宜トイレ誘導も行います。
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 週 2 回以上の入浴または清拭を行います。 ・ 利用者本人の希望時間に入浴することができます。（10：00～16：00）
着替え、清潔への援助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・ 生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・ 利用者本人の意思を尊重した整容が行えるよう配慮します。 ・ シーツ交換は週 1 回を定期とし、その他、必要時適宜交換します。

健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 毎朝、体温・血圧を測定し、健康管理に努めます。 緊急等は24時間、必要な場合には主治医あるいは、協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。
相談および援助	<ul style="list-style-type: none"> 当施設は、入所者およびその家族からのいかなる相談についても誠意を持って対応し、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
看取りケア	<ul style="list-style-type: none"> ご本人およびご家族との話し合いにより、意思確認の上、対応します。

7. 利用料金

別記に記載します。

8. 緊急時の対応方法

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護の提供中にご利用者の病状に急変が生じた場合は、主治医、救急隊、ご利用者に係る居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター、ご家族等への連絡を致します。

9. 協力医療機関及び協力歯科医療機関

協力医療機関	南砺市民病院 TEL0763-82-1475	大沢内科クリニック TEL0763-33-1047
--------	---------------------------	------------------------------

協力歯科医療機関	砺波総合病院 TEL0763-32-3320
----------	---------------------------

10. 相談・苦情窓口

ご相談や苦情などがございましたら、当時業所の窓口までご遠慮なくお申し出ください。

当施設お客様 相談・苦情受付窓口	グループホーム あっとほーむ砺波 電話 0763-33-1061 FAX0763-33-1027 苦情受付担当者 種村貴子 対応時間 9:00 から 17:00
	医療法人社団明寿会 (高岡市太田桜谷 23-1) 苦情解決責任者 事務長 山本大輔 FAX : 0766-44-8062 E-Mail:himi8@meijukai.com

当事業所の他に、ご相談や苦情などについては下記の窓口があります。

砺波地方介護保険組合	電話 0763-34-8333
砺波市健康福祉課	電話 0763-33-1111
小矢部市健康福祉課	電話 0766-67-8606
南砺市地域包括課	電話 0763-23-2034

富山県国民健康保険団体連合会	電話 076-431-9833
富山県福祉サービス運営適正化委員会	電話 076-432-3280

11. 事故発生時の対応と損害賠償

サービス利用中に事故が発生した場合には、速やかに市町村、支援事業者、利用者及び指定された利用者の家族に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、発生した事故の原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

- ① 当施設の責めに帰すべき事由によって利用者が損害を被った場合には、当施設は、利用者に対して速やかに損害を賠償いたします。

当事業所は 下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 東京海上日動火災保険株式会社（幹事）

保険名 居宅介護事業者等賠償責任保険

12. 業務継続計画

(ア) 感染症や非常災害の発生時において、ご利用者に対する介護保険サービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(イ) 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び、訓練を定期的に行います。

(ウ) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要時において業務継続計画の変更を行います。

13. 非常災害対策

当施設は、消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して下記の非常災害対策を講じます。

- ① 防火管理者は当該有資格者を当て、火元責任者には事業所介護職員を当てる。
- ② 始業時・終業時には、火災危険防止のため自主的に点検を行う。
- ③ 非常災害用の設備点検は契約保守業者に依頼する。点検の際は防火管理者が立会う。
- ④ 非常災害用設備は常に有効に保持するよう努める。
- ⑤ 火災発生や地震等の災害が発生した場合は災害を最小限にとどめるため、自営消防隊を編成し、任務の遂行に当たるものとする。
- ⑥ 防火管理者従業員に対して防火教育、消防訓練を実施する。
 - ア、防火教育及び基礎訓練（消火・通報・避難）・・・年1回
 - イ、利用者を含めた総合訓練・・・・・・・・・・・・・・・・・・年1回
 - ウ、非常災害用設備の使用方法的徹底・・・・・・・・・・・・・随時
- ⑦ その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制を取ります。

14. その他運営に関する留意事項

(ア) 当施設は、従業者の質的向上を図るための研修の機会を設け、業務体制の整備を図ります。

ア、採用時研修 採用後 3 ヶ月以内

イ、継続研修 年 2 回

(イ) 当施設は、従業者に対して、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密の保持を徹底させます。

(ウ) 当施設は、従業者に対して、在籍中および従業者でなくなった後においても利用者又はその家族の秘密の保持すべき旨を従業者との雇用契約の内容とします。

15. 身体拘束について

当施設は、原則として利用者に対し身体的拘束は行いません。但し、自傷他害の恐れがある等、緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は理事長が判断し、利用者の安全のために身体拘束、その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、その身体拘束の具体的実施内容を御家族に説明し、同意を得て実施します。実施中は日々の利用者の状態を観察、個人記録に記載し、身体拘束等の適正化を検討する身体拘束委員会を 3 月に 1 回開催します。その結果について職員に周知徹底を図り、施設では継続して身体拘束解除に向けて検討します。また身体拘束の適正化に関連する研修を定期的実施し意識の向上を図ります。

16. 虐待の防止

当施設は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の発生または、その再発を防止するために、次にあげる通り必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定します。

虐待防止に関する担当者	看護部長：金子真弓
-------------	-----------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 従業者が支援にあたって悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者がご利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

(5) 虐待防止のための指針の整備をします。

(6) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。

(7) サービス提供中に、当該施設従業者または養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待をうけたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

17. 利用料金（令和6年4月1日改定）

1) 利用料

（介護予防）認知症対応型共同生活介護費等（介護保険適用サービス）

介護保険適用されるご利用者については、要介護認定による要介護の程度によって利用料金が異なります。

「厚生労働大臣の定める基準額」

サービス提供時間 事業所区分・要介護度		基本単位	利用料	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
II	要支援2	749	7,490円	749円	1,498円	2,247円
	要介護1	753	7,530円	753円	1,506円	2,259円
	要介護2	788	7,880円	788円	1,576円	2,364円
	要介護3	812	8,120円	812円	1,624円	2,436円
	要介護4	828	8,280円	828円	1,656円	2,484円
	要介護5	845	8,450円	845円	1,690円	2,535円

加算	基本単位	利用料	利用者負担			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
若年性認知症利用者受入加算	120	1200円	120円	240円	360円	1日につき
初期加算	30	300円	30円	60円	90円	1日につき
医療連携体制加算Ⅰ（ハ）	37	370円	37円	74円	111円	1日につき
医療連携体制加算Ⅱ	5	50円	5円	10円	15円	1日につき
入院時費用	246	2460円	246円	492円	738円	月6回まで
退居時情報提供加算	250	2500円	250円	500円	750円	1回につき
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200	2000円	200円	400円	600円	1月につき
口腔・栄養スクリーニング加算	20	200円	20円	40円	60円	1回につき（6月に1回を限度）
科学的介護推進体制加算	40	400円	40円	80円	120円	1月につき
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	220円	22円	44円	66円	1日につき

※令和6年5月31日まで

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 111/1000	左記の単位数 ×地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（所定単位数）
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 31/1000	左記の単位数 ×地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（所定単位数） ※介護職員処遇改善加算を除く
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数の 23/1000	左記の単位数 ×地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（所定単位数） ※介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算を除く

※令和6年6月1日より

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 186/1000	左記の単位数 ×地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（所定単位数）
----------------	--------------------	-----------------	-------	-------	-------	-------------------------------

- ・ 但し、ご利用者が以前に保険料の滞納がある場合は、ご利用者より「厚生労働大臣の定める基準額」の10割をいただき、当事業所が発行するサービス提供証明書をもって、差額の払い戻しを受けることができます。

2) その他の費用（介護保険適用外の全額自費分）

住居費	1,600 円（1 日につき） なお、外泊期間中も請求させていただきます。
食材料費	1,520 円（1 日につき。おやつ代含む） 但し、前日までに、外出等で食事を摂られない旨の申し出があった場合には朝食 457 円、昼食 479 円、夕食 484 円をご請求額から控除します。
おむつ代	おむつを使用する場合は、使用状況に応じて、徴収します。
理美容代	実費
通院診療費	一部負担がかかります。
電気機器使用料	持込 1 台につき税込み 1 日、53 円（対象機器：電気ポット、テレビ、電気毛布等の電気を使用するものについての使用料です。）
携帯電話使用料	持込 1 台につき税込み 1 日、11 円

3) 料金の支払期限と支払方法

支払方法	ご利用者指定口座からの引落とし
収納機関	郵便局・農協・銀行
引落日	毎月 27 日に前月ご利用分を引落とし致します。
書類手続	ご利用開始時または、変更時
引落としできない場合	契約者等のご都合により、引落としが出来なかった場合は、担当者からの連絡後、振込みもしくは、窓口にて現金支払いをお願いします。 また 2 ヶ月支払いが滞った場合、利用中止となりますので、くれぐれもご注意願います。（契約書第 15 条①による）

当グループホームは、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項等の説明をしました。

令和 年 月 日

事業所 医療法人社団 明寿会
施設名 グループホーム あつとほ一む砺波
管理者 種村 貴子

説明者 グループホーム あつとほ一む砺波
職名 管理者
氏名 種村 貴子

私は、重要事項説明書に基づいて、グループホームのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所 氏名 印

利用者代理人 住所 氏名 印 続柄 ()

利用者代理人2 住所 氏名 印 続柄 ()

【緊急時の連絡先・1】(必ず記入お願いします。勤務先や携帯電話等。)

・氏名	(続柄)
・住所	
・電話番号	

【緊急時の連絡先・2】(必ず記入お願いします。勤務先や携帯電話等。)

・氏名	(続柄)
・住所	
・電話番号	