

グループホーム 顔なじみ

(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. 事業主体概要

事業主体名	社会福祉法人えびの明友会
代表者名	理事長 桑原健悟
所在地	宮崎県えびの市大字榎田 579 番地 3 6
他の介護保険関連の事業	特別養護老人ホーム・短期入所生活介護・養護老人ホーム

2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム顔なじみ
目的	本事業は、認知症によって自立した生活が困難になった利用者及び日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善可能性の高い利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的と致します。
運営方針について	<ol style="list-style-type: none">1 本事業所において提供する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）は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものと致します。2 利用者的人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供致します。3 利用者及びその家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明致します。4 適切な介護技術を持ってサービスを提供致します。5 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行います。
運営方針（介護予防）	<ol style="list-style-type: none">1 利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービスの提供を行います。2 利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行います。3 利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行います。
ホームの管理者	松田光江・下堀徳宏・勘場則行
開設年月日	平成15年12月1日

保険事業者指定番号	4 5 7 0 9 0 0 1 8 5
所在地 電話・FAX 番号	〒889 - 4243 宮崎県えびの市大字榎田 579 番地 36 (電話) 0984 - 25 - 4557 (FAX) 0984 - 35 - 1480
建 物 概 要	構造：木造平屋建て 延床面積： 984.40 m ²
緊急対応方法	入院や休日夜間等における協力医療機関（桑原記念病院）の協力体制

(主な設備) 3ユニット (内面積)

A 棟			B 棟			C 棟		
浴室	1 室	6.0	浴室	1 室	3.0	浴室	1 室	3.0
脱衣所	1 室	10.50	脱衣所	1 室	10.2	脱衣所	1 室	10.20
台所	1 室	20.95	台所	1 室	17.39	台所	1 室	17.39
居間・食堂	1 室	111.45	居間・食堂	1 室	131.88	居間・食堂	1 室	105.28
個室	1 室	11.0	個室	1 室	11.0	個室	1 室	11.0
トイレ	1 室	18.5	トイレ	1 室	15.54	トイレ	1 室	15.54
職員休憩室	1 室	20.69	和室	1 室	11.6	和室	1 室	7.2
相談室	1 室	12.0						

3. 職員体制 (主たる職員)

管理者・・・3名 (計画作成担当者兼務) 松田光江 (A 棟) 下堀徳宏 (B 棟) 勘場則行 (C 棟)
介護支援専門員・・・1名 下堀徳宏
看護師・・・1名
看護・介護従事者・・・23名 (パート勤務者含む)
※ 介護福祉士・ヘルパー等の有資格者を、各棟に配置しています

4. 勤務体制

昼間の体制	常勤職員：早出・日勤・遅出の勤務体制 非常勤職員：早出・日勤・遅出の時間帯勤務体制
夜間の体制	夜間勤務者 3名体制

5. 利用状況

利用者定員数	1ユニット当たり定員 9名 (ユニット数：3ユニット) 総定員 27名
--------	-------------------------------------

6. ホーム利用にあたっての留意事項

1) 共同生活になりますので守ってほしい事

- * 施設の清潔、整頓、その他環境衛生の保持にご協力下さい。
- * 施設もしくは備品を大切に取り扱いして下さい。
- * 毎日の生活を規則正しく行い、他の入居者や職員との共同生活にご協力下さい。
- * 喫煙は、喫煙室以外ではご遠慮いただき、火災防止にご協力下さい。ご面会の方々もご協力お願い致します。
- * 他者とのトラブルがないよう心掛けて下さい。

2) 外出・外泊について

- * 外出・外泊は自由にできます。事前に職員に申し出て下さい。
- * 外出・外泊は申請用紙に記入して下さい。
- * 外出・外泊中の事故等は十分注意して下さい。
- * 外出・外泊期間に変更がある場合は、お早めにご連絡下さい。

3) 面会について

- * 面会される方は、面会簿のご記入をお願い致します。
- * 面会時間
午前9時～午後9時まで 平日、土・日・祭日にかかわらずご来訪下さい。
消灯9時となっておりますのでご協力下さい。
- * 入居者の健康管理及び事故防止のため、お渡しになる品物はあらかじめ職員に相談して下さい。
食中毒等の防止のため、入居されている方々への飲食物や酒類の持ち込みはご遠慮して下さい。
- * 面会される場合には、手洗い・消毒等のご協力をお願いします。
- * 防火及び危険防止のため、マッチ、ライター等の持ち込みは絶対行わないようにして下さい。
- * 居室内、廊下等は禁煙になっております。ご遠慮下さい。

4) 預かり金について

- * 入居者の希望される物（おやつ等）を職員と一緒に買い物に行ったり又病院受診代など家族の方の代理にて行う為、月1万円程度お預かり致します。管理につきましては、当法人預り金規程に基づき、各入居者別の出納帳に記入、若しくはコンピューター管理において、いつでも家族の方へ提供致します。また、定期的に家族の方へ郵送にて報告致します。（年4回程度）
尚、本人持ちのお金につきましては、一切の責任を負いませんのでご了承下さい。

5) その他

- * 詳細につきましては、顔なじみのご利用案内をご確認下さい。

7. サービス及び利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等の日常生活上におけるお世話 日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等 上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額（省令により変動有り）が自己負担となります。 但し、 <u>入居後30日に限り、下記金額に1日あたり30円割増になります。</u> ※ また、当ホームは入居者の急変、夜間における緊急時に備え医療機関等との24時間連携体制を整えております。重度化の入居者に対して、看取り介護に関する対応も致します。 医療連携体制加算として1日39円割増しになります。
----------	---

基本料金（1日あたりの自己負担分）※金額は1割負担での金額で、例示しております。

1. 認知症対応型共同生活介護費	要介護1・・・749円 要介護2・・・784円 要介護3・・・808円 要介護4・・・824円 要介護5・・・840円
------------------	---

	★要支援 2・・・745 円
2. 初期加算	30 円（入居後 30 日間に限る。）
3. 医療連携体制加算（Ⅰ）	39 円
4. サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 円 ※職員の総数の内勤続年数 3 年以上の者の占める割合が 30%以上であること。
5. 利用者の入退院支援	2 4 6 円/日（6 日限度）
6. 認知症ケア加算（Ⅰ）	3 円

※利用者負担金割合について、これまでは 1 割又は一定以上の所得のある方は 2 割としていましたが平成 3 0 年 8 月から 6 5 歳以上の方（第一号被保険者）であって、現役並みの所得のある方には費用の 3 割をご負担頂くこととなります。

7. 介護職員処遇改善加算

介護に必要な労働力確保のための観点から、厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出た指定地域蜜着型施設となるため、介護職員処遇改善加算として所定単位数（介護保険の基本料金と加算料金を足した金額）に 1 1. 1%を加算します。

その他の利用料

種 類	内 容	利 用 料
居室の提供料（家賃）	・居室の利用料は月額となっております。 ・月の途中での入居や退居につきましては、ご利用日数分の請求とさせていただきます。	20,000 円/月額
光熱費	・電気、ガス代	5,000 円/月
おむつの提供料	・利用者のご希望に応じて提供します。	・個人持込可 ・中敷おむつ、尿とりパッド等、施設でも準備できます（有料）
食材の提供料	・食材の材料費の請求となっております。 （外出・外泊時でご利用者本人が不在の場合は請求致しません。）	（内訳） 朝食 192 円 昼食 294 円 夕食 294 円
理美容サービス費	・ご家族や職員との外出時に美容室へ直接出向いてもらっております。 ・定期的に美容室のボランティアによる美容サービスを行っており、予約が必要です。	当顔なじみで行われる場合 ・理容サービス 実費 ・美容サービス 実費
教育娯楽費	・当顔なじみでは、教育娯楽に関する費用は無料となっております。	無料

身の回り品費	・身の回り品につきましては、別途いただいております。	100 円/日額
--------	----------------------------	----------

8. 苦情等申立先

当施設ご利用相談室	<p>窓口担当者： 松田光江・下堀徳宏・勘場則行 ご利用時間 毎日午前8時30分～午後5時30分 ご利用方法 電話 0984-25-4557 FAX 0984-35-1480</p> <p>* 管理者不在等にて連絡が取れない場合は、同一法人内の介護老人福祉施設職員にて対応もいたします。0984-35-2667(あけぼの園) * 各玄関に苦情相談を受けるご意見箱を設置しております。</p> <p>又、以下の機関へ直接ご相談もできます。</p> <p>○各市町村の介護保険課 (えびの市 0984-35-1111) (小林市 0984-23-1111) (高原町 0984-42-2111) (湧水町 0995-75-2111)</p> <p>◎国民健康保険団体連合会 (0985-35-5301) ◎宮崎県社会福祉協議会 (0985-60-0822) ◎第三者委員 柳田和幸 えびの市榎田 (35-0034) 武田クミ子 えびの市原田 (33-2516)</p>
-----------	--

9. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人相愛会 桑原記念病院
院長名	野村 耕一
所在地	宮崎県小林市細野167
電話番号	0984-22-4138
契約の概要	入居者の病状の急変等に対応するため、入居者の健康状態及び疾病等について、必要・密接な連携を取り、常時診療可能となる体制となっております。(他のかかりつけ医での通院も可能となっております。)

10. 事故発生時の対応方法について

- * 利用者に対する（介護予防）認知症対応型共同生活介護等の提供により事故等が発生した場合には、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
 事故については、事業所として事故の状況、経過を記録し、原因の分析、再発防止の為の取り組みを行います。
 また、利用者に対する（介護予防）認知症対応型共同生活介護等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
 尚、当施設は賠償責任保険に加入しております。

1 1. 虐待の防止について

- * 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
 - (1) 成年後見制度の利用を支援します。
 - (2) 苦情解決体制を整備しています。
 - (3) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及する為の活動にも取り組んでいます。取り組みを通して、従業者の人権意識の向上や、知識・技術の向上に努めます。
 - (4) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が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。

1 2. 身体拘束について

- * 事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合等、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる時は、利用者に対して説明し、同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録します。

1 3. 運営推進会議の設置

- * ケアの質の向上や地域に開かれた事業運営を確保する目的として、利用者の家族や地域の関係者等を含めた「運営推進会議」を設置し、概ね2ヶ月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聞く機会を設けます。

1 4. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「顔なじみ 消防計画」にのっとり対応を行います。			
非常時の訓練等	別途定める「顔なじみ 消防計画」にのっとり、年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居者も参加して実施します。			
防火設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉	なし
	自動火災報知器	あり	屋内消火栓	あり
	誘導灯	あり	非常通報装置	あり
	ガス漏れ報知器	あり	漏電火災報知器	あり
	非常用電源	なし	消火器	あり
	カーテン、布団等は防火性能のあるものを使用しております。 ※防火管理者（下堀徳宏）			

15・その他

令和元年 10 月 1 日改正

令和 年 月 日

(事業者)

社会福祉法人えびの明友会

事業者名 グループホーム 顔なじみ

住 所 宮崎県えびの市大字榎田579番地36

説明者名 印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

(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)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続柄 ()