

「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

社会福祉法人 釧路啓生会

グループホーム ふみぞの

グループホームふみぞの

重要事項説明書

1. 事業主体概要

事業主体名（法人名）	社会福祉法人 釧路啓生会
法人所在地	釧路市北園1丁目1番27号
電話番号	0154-55-5252
代表者氏名	理事長 中島 太郎
設立年月日	昭和48年12月25日
サービス提供の基本理念	当施設を利用する方々が、心身ともに健やかに、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう支援する。
サービス提供の基本方針	(イ) その人らしい生活を支える施設 (ロ) 利用者の安全と自由が守られる施設 (ハ) ぬくもりの伝わる施設 (ニ) 介護に困っている方のお役にたてる施設 (ホ) 利用者・家族・地域に信頼される施設
他の介護保険関連事業	○介護老人福祉施設 ○居宅介護支援事業所 ○短期入所生活介護事業所 ○通所介護事業所 ○訪問介護事業所 ○小規模多機能型居宅介護事業所
他の介護保険以外の事業	○身体障がい者短期入所事業 ○地域包括支援センター ○在宅介護支援センター ○配食サービス事業 ○高齢者生活支援ハウス

2. ホーム概要

ホーム名	グループホームふみぞの
事業種類	○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
ホームの運営方針	<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及び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する。 2 利用者の人格を尊重し、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する。 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する。 4 適切な介護技術をもってサービスを提供する。 5 常に提供したサービスの質の管理、評価を行う。
ホームの責任者	所長 畠山 智彦 管理者 河原 アリサ・吉澤 晃平
開設年月日	平成25年3月30日
ホームの所在地	釧路市文苑2丁目26番13号
電話・FAX 番号	電話 0154-38-3737 FAX 0154-38-2777
交通機関	くしろバス 文苑2丁目下車 徒歩5分
敷地概要	敷地面積：1,332.45㎡
建物概要	構造：木造2階建 延床面積：817.12㎡
居室の概要	個室：面積14.49㎡
共用施設の概要	浴室・トイレ・洗面所・食堂・台所・居間
利用定員	ユニット数：2ユニット 1ユニット定員9名：総定員18名
緊急対応方法	利用者の心身の状態に異変、その他緊急事態が生じたときは、主治医または協力医療機関と連絡をとり、その指示により適切な措置を講じます。

<p>事故発生時の対応</p>	<p>本事業のサービス提供により事故が発生した場合は、釧路市、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。また、介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。</p> <p>本事業所では、下記の損害賠償保険に加入しています。</p> <p>保険会社名 : あいおいニッセイ同和損害保険株式会社</p> <p>保 険 名 : 社会福祉施設総合保障制度 (居宅介護事業者賠償責任保険)</p> <p>保障の概要 : 対人、対物、人権侵害事故補償、経済的損害補償等</p>
<p>緊急やむを得ず身体拘束を行う際の手続き</p>	<p>本事業のサービスの提供にあたっては、利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。</p> <p>ただし、緊急やむを得ず身体拘束が必要となる場合に備えて、身体拘束マニュアルに基づき、利用者本人や家族に対して十分説明の上、あらかじめ同意を得るものとします。</p> <p>緊急やむを得ず身体拘束を行った場合は、その後の利用者の日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法に関わる再検討を行い、逐次それを記録して、事業所全体、家族等関係者の間で直近の情報を共有するものとします。</p>
<p>防災体制・防火設備の概要</p>	<p>○天災その他災害が発生した場合、職員は利用者の避難等の適切な措置を講じます。また、協力機関等との連携により定期的に避難訓練等を行います。</p> <p>○防火設置設備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知設備 ・自動火災通報装置 ・スプリンクラー ・消火器

3. 職員体制

職 種	員数	常勤		非常勤		保有資格
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	2		2			
計画作成担当者	1		1			介護支援専門員(1)
介護員	15	11	3	1		介護福祉士(10)

※2ユニット

4. 勤務体制

介護員 (管理者・計画作成担当者含)	早出	7:00～16:00	2名
	日勤	11:00～20:00	2名
	遅出	13:00～22:00	2名
	夜勤	22:00～7:00	2名
	パート①	7:00～11:00	1名
	パート②	16:00～20:00	1名

※2ユニット

5. ホーム利用にあたっての留意事項

当ホームのご利用にあたって、入居されている利用者の皆さまの生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

(1) 面会について

面会時間 朝8:00～夜9:00

(上記時間外の面会については、あらかじめご連絡ください)

面会時間内外にかかわらず、玄関が施錠されている場合はチャイムにてお知らせください。

(2) 持ち込みについて

危険物、ペット等の持ち込みは遠慮ください。又、差し入れ等についてもお近くの職員にお知らせください。

(3) 外出・外泊について

外出・外泊を希望される場合は、前日までにお申し出ください。

(4) 食事について

食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。前日までに申し出があつて、3食を食べなかった場合のみ日割り計算としますが、1食でも食べた場合は、1日分の金額をいただきます。

(5) 入院及び退院支援の取り組み

入居者が、病院又は診療所に入院になった場合や、3ヶ月以内に退院が見込まれる場合については、契約者等のご希望により、入居されていた居室の確保が可能です。この場合、確保された日数分の家賃をお支払いいただくこととなります。

尚、長期の療養等により退院の目途が立たない場合や病状等により、退居のご相談をさせていただく場合があります。

(6) 施設・設備の使用上の注意

①居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。

②故意に、またわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、または相当な代価をお支払いいただく場合があります。

③利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、居室に立ち入り、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、利用者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。

④当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(7) 喫煙について

居室内での喫煙はできません。

6. サービス及び利用料金

(1) 介護給付サービス

食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等の日常生活上の世話、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（省令により変動あり）が自己負担となります。

《1日あたりの自己負担額》

認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）

介護予防認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）

介護度	負担割合	サービス料金 (1日)	サービス提供体制 強化加算Ⅱ (1日)	1日の負担金
要支援2	1割	749円	18円	767円
	2割	1,498円	36円	1,534円
	3割	2,247円	54円	2,301円
要介護1	1割	753円	18円	771円
	2割	1,506円	36円	1,542円
	3割	2,259円	54円	2,313円
要介護2	1割	788円	18円	806円
	2割	1,576円	36円	1,612円
	3割	2,364円	54円	2,418円
要介護3	1割	812円	18円	830円
	2割	1,624円	36円	1,660円
	3割	2,436円	54円	2,490円
要介護4	1割	828円	18円	846円
	2割	1,656円	36円	1,692円
	3割	2,484円	54円	2,538円
要介護5	1割	845円	18円	863円
	2割	1,690円	36円	1,726円
	3割	2,535円	54円	2,589円

【その他の加算】

- ・ **初期加算**：登録日より起算して 30 日以内
 入居後、または、医療機関に 1 ヶ月以上の入院後再入居する場合も算定
 (1 割負担) 30 円/日 (2 割負担) 60 円/日 (3 割負担) 90 円/日
- ・ **入院時費用**
 入院後、3 ヶ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合に、1 ヶ月に 6 日を限度として、一定単位の基本報酬の算定をさせていただきます。
 (1 割負担) 246 円/日 (2 割負担) 492 円/日 (3 割負担) 738 円/日
- ・ **身体拘束廃止未実施減算** 10%/日減算 (報酬日額)
 (当施設は、身体拘束廃止に取り組んでおり減算の対象にはなりません。)
- ・ **科学的介護推進体制加算**：科学的介護の取組みを推進し、介護サービスの質の向上を図る
 (1 割負担) 40 円/月 (2 割負担) 80 円/月 (3 割負担) 120 円/月
- ・ **サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)**：介護福祉士 70%以上または勤続 10 年以上の介護福祉士 25%以上
 (1 割負担) 22 円/日 (2 割負担) 44 円/日 (3 割負担) 66 円/日
- ・ **サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)**：介護福祉士 60%以上
 (1 割負担) 18 円/日 (2 割負担) 36 円/日 (3 割負担) 54 円/日
- ・ **介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)** (月額)
 所定の介護費及び加算により算定した 1 ヶ月の単位数の 18.6%を加算

(2) 介護給付外サービス

下表のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。尚、料金の改定は利用を付して事前に連絡されます。

居室代 (家賃)	月額 39,000 円 (生活保護受給対象者については月額 37,000 円)
食事材料費	日額 1,100 円 (例. 30 日の場合 33,000 円)
水道光熱費	月額 22,000 円
持込電化製品の電気代	① テレビ 日額 30 円 ② 冷蔵庫 日額 50 円 ※①②両方 日額 50 円
レクリエーション等活動費	要した費用の実費負担
その他、日常生活上必要となる諸費用	○オムツ代実費負担 ○ご利用者のご希望により、日常生活に必要なものを提供する場合、ご利用者に負担して頂くことが適当であるものについて、かかる費用は実費負担

7. 利用料金の支払い方法

利用料金及び諸費用は、ご利用期間分を1ヶ月毎に計算して、ご請求いたします。
毎月20日までに下記の方法でお支払いください。

支払い方法	銀行口座自動引き落とし
-------	-------------

※但し、みずほ銀行・秋田銀行など一部引き落とし出来ない金融機関があります。

8. 協力医療機関

協力医療機関名	診療科	医師名	所在地
山本クリニック	内科・呼吸器科・循環器科	山本 直樹	釧路市文苑4丁目66番8号
エンゼル歯科医院	歯 科	伊藤 理	釧路市文苑1丁目10番5号

9. 情報の開示について

ご契約者またはご本人から開示を求められた場合は、必要に応じて次のものの閲覧及び複写物を提供します。

- (1) 利用者個人の預かり金計算書
- (2) 介護記録
- (3) 介護計画書

10. 実習生の受け入れについて

当ホームでは、認知症高齢者ケアに携わる方の人材育成に貢献するため、他のグループホームや介護養成機関等から実習生の受け入れ要請がある場合は利用者状況を、家族の意向等を勘案し対応します。

11. 苦情を解決するために講ずる措置

- (1) 苦情に対する体制、対応の手順

サービス利用者等が苦情の申し出をしやすい環境を整えるため、苦情受付担当者を下記のとおり設置しております。

苦情があった場合は、直ちに苦情受付担当者が内容・意向等を聞くと共に、サービス担当者からも事情を確認します。そのうえで内容等を精査し、苦情解決責任者（所長）へ報告、または必要に応じて会議を開催し、速やかに対応方法を含めた結果報告と関係者への連絡調整を行います。その際、苦情に対する内容・経過・対応の記録を保管し、再発防止に努めます。

- (2) 当ホームにおける苦情の受付

苦情受付窓口	(所長) 畠山 智彦 (管理者) 河原 アリサ・吉澤 晃平
受け付け方法	電話・郵便
受付時間	月曜日～金曜日 9:00～18:00
電話番号	0154-38-3737

(3) その他の苦情受付機関

釧路市福祉部 介護高齢課 介護保険担当	所在地	釧路市黒金町7丁目5番地
	電話・FAX	TEL 0154-31-4598 fax 0154-32-2003
	受付時間	(月)～(金) 8:50～17:20
北海道保健福祉部 施設運営指導課	所在地	札幌市中央区北3条西6丁目
	電話・FAX	TEL 011-231-4111 fax 011-232-1097
	受付時間	(月)～(金) 9:00～17:00
北海道国民健康保険 団体連合会	所在地	札幌市中央区南2条西14丁目国保会館
	電話・FAX	TEL 011-231-5161 fax 011-231-5178
	受付時間	(月)～(金) 9:00～17:00

12. 高齢者虐待防止のための措置に関する事項

当ホームでは、ご利用者等の人権擁護・虐待防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 事業所としての措置

- ①高齢者虐待防止に関する委員会、担当者を以下の通り選定しています。
 高齢者虐待に関する委員会～身体拘束廃止・虐待防止委員会
 高齢者虐待に関する担当者～各ユニット管理者
- ②成年後見制度の利用を支援します。
- ③苦情解決体制を第11項のとおり整備しています。
- ④高齢者虐待防止研修等を通じて職員の人権意識の向上や技術の向上に努めます。
- ⑤個別支援計画の作成等、適切な支援の実施に努めます。
- ⑥職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できるよう配慮するほか、職員が利用者等の権利擁護に取り組めるように努めます。

(2) 相談・連絡先

釧路市福祉部 介護高齢課 介護保険担当	所在地	釧路市黒金町7丁目5番地
	電話番号	TEL 0154-31-4598
	受付時間	(月)～(金) 8:50～17:20
北海道高齢者虐待防止 相談支援センター	所在地	札幌市中央区北2条西7丁目かでの2.7 2階
	電話番号	TEL 011-281-0928
	受付時間	(月)～(金) 9:00～17:00 ※ 休日夜間は留守番電話にて対応

1 3 . 利用者の権利擁護

(1) 成年後見制度

認知症、知的障害、精神障害などの理由で判断能力の不十分な方々は不動産や預貯金などの財産を管理することや施設への入所に関する契約を結んだり、遺産分割の協議をしたりする必要があっても、自分でこれらのことをするのが難しい場合があります。また、自分に不利益な契約であってもよく判断できずに契約を結んでしまい、悪徳商法などの被害にあう恐れもあります。このような判断能力の不十分な方々を保護し、支援するのが「成年後見制度」です。

【ご相談機関】

釧路公証人合同役場	所在地	釧路市末広町7丁目2番地
	電話・FAX	TEL 0154-25-1365 FAX 0154-68-5163
	受付時間	(月)～(金) 12:00～17:00
成年後見センター リーガルサポート 札幌支部	所在地	札幌市中央区大通西13丁目4番地 中菱ビル6階札幌司法書士会館内
	電話	011-280-7077
	受付時間	(月)～(金) 12:00～15:00

(2) 日常生活自立支援事業

判断能力が充分でないために、適切な福祉サービス等を受ける事ができないそのような方のために、福祉サービスの利用手続きの援助や代行、利用料の支払いなどを行い地域で自立した生活が送られるように支援するのが「日常生活自立支援事業」です。

【ご相談機関】

北海道社会福祉協議会 地域福祉生活支援センター	所在地	札幌市中央区北2条西7丁目1 かでの2.7内
	電話	011-290-2941
	受付時間	(月)～(金) 9:00～17:00

北海道社会福祉協議会 釧路地区事務所釧路地 域福祉生活支援センタ ー	所在地	釧路市浦見2丁目2番54号
	電話	0154-44-2941
	受付時間	(月)～(金) 9:00～17:00

釧路市社会福祉協議会 地域福祉生活支援セン ター	所在地	釧路市旭町12番3号 釧路市総合福祉センター
	電話	0154-24-1565
	受付時間	(月)～(金) 9:00～17:00

1 4 . 非常災害対策

事業者は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絡を密にし、とるべき措置について予め防災計画を作成し、その防災計画に基づきご利用者及び従業者等の訓練を行います。

1 5 . 事故発生時の対応

- サービスの提供中により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族及び釧路市等へ連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- 事故の状況及び事故に際して執った処置について記録し、事故の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
- 事業所の責任により生じた損害については、事業所は速やかにその損害を補償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その損害の発生について利用者の故意または過失が認められる場合には利用者の置かれた心身の状況を勘案して相当と認められる場合に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
- 当事業所では、下記の損害賠償保険に加入しています。
保険会社：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険種類：介護保険・社会福祉事業者総合保険

令和 年 月 日

指定認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

グループホームふみぞの

説明者職・氏名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意します。

契約者住所

契約者氏名

(続柄)

利用者住所

利用者氏名

代理人住所

代理人氏名

(続柄)