

重要事項説明書 「共同生活介護サービス」
(令和 年 月 日) グループホーム仁愛

共同生活介護サービスを提供するに先立ち、以下の通り重要事項を説明致します。

1. 事業者

事業所の名称	医療法人恵愛会
主たる事業所の所在地	秋田県鹿角市花輪字六月田97番地
法人種別	医療法人
代表者の氏名	高橋 正芳
電話番号	0186-23-4131

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的 医療法人恵愛会が開設するグループホーム仁愛（以下「事業所」という）が行う指定認知症対応型共同生活介護（以下「認知症対応型共同生活介護」という）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の管理者や従業者が、要介護状態にある高齢者に対し、適切なサービスを提供することを目的とする。

運営方針

- 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 内容にそったものとする。
- ② 明るく家庭的な雰囲気の下、地域や家庭との結び付きを 重視した運営を行い、市区町村居宅介護支援事業所、居宅 サービス事業者、他の介護保険施設、保健医療サービス・福祉サービスの提供者との密接な連携に努める。
- ③ 認知症対応型共同生活介護サービス計画に基づき、可能な限り居宅での生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談・援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の世話、アクティビティケア、健康管理 及び療養上の世話を行う。

運営理念

- ① 家庭的な楽しい雰囲気づくり
- ② 人としての尊厳を重視
- ③ 一緒のケア、そしてケアされるケアへ

3・事業所

施設の名称	グループホーム 仁愛
施設の所在地	秋田県鹿角市花輪字六月田78-5
許可番号	指令長寿-3860・1
電話番号	0186-30-1660
建物住居数	9 総戸数 延床面積 391. 3㎡
総定員	9名 職員数 7人

4. ご利用住居

名 称	グループホーム仁愛
所在地	秋田県鹿角市花輪字六月田78-5
管理者氏名	林 陽子 保有資格 看護師
連絡先電話	0186-30-1661
FAX	0186-30-1661
建物構造	木造平屋建 延床面積 316.31㎡ (有効面積)
居室数	9部屋 入居定員 9名 利用居室 洗面台付き
共同施設	食堂・居間・浴室・便所

5. 職員体制

常勤 非常勤	保有資格専従業務専従兼務	管理者 1 看護師
介護福祉士	ヘルパー資格 (2級)	介護初任者研修終了者 介護支援専門員

6. 職員の勤務体制

区 分	勤務時間	原則として職員 1 名あたり入居者 3 名
常 勤	08:30~17:00	
早 番	07:00~15:30	
遅 番	10:30~19:00	
夜 勤	16:30~08:30	

7. 入所対象者

- ①要支援2、要介護1～5の被認定者であり、かつ認知症の状態であると医師からの診断があること
- ②少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。
- ③自傷他害のおおそれがないこと。
- ④常時医療機関において治療する必要があること。

8. 利用料金

当事業所が提供するサービス等の自己負担額は以下の通りです

(1) 介護保険給付費用

①基本利用料金

要支援2	749円/日
要介護1	753円/日
要介護2	788円/日
要介護3	812円/日
要介護4	828円/日
要介護5	845円/日

- ②初期加算 30円／日 (入居日から30日まで)
- ③医療連携体制加算 (Ⅰハ) 37円／日
- ④サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) 6円／日
- ⑤認知症専門ケア加算 (Ⅰ) 3円／日
- ⑥科学的介護推進体制加算 40円／月
- ⑦口腔栄養スクリーニング加算 20円／6ヶ月に1回
- ⑧協力医療連携加算 100円／1ヶ月
- ⑨退去時情報提供加算 250／1回のみ
- ⑩介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ) 所定単位数の15.5%を加算
- (2) 介護保険給付外費用
- ①食材費 1,100円／日 (朝食300円 昼食300円 夕食500円)
- ②家賃 1,400円／日
- ③水道光熱費 (燃料費含む) 500円／日 (税抜き)
(冬季12月～3月までは、100円増／日となります。)
- ④おむつ・日用消耗品・理美容代・写真代 実費
- ⑤寝具 (希望者) 200円／日 (税抜き)
- (オムニマットクリーニング代 (1枚) 1,000円) (税抜き)
- ⑥居室クリーニング代 (年1回および退去時) 10,000円 (税込み)
- ⑦外食等の屋外行事に係る費用 実費
- ⑦ 家族会 300円／月

(3) サービス提供内容

- ①食事 … 利用者の身体状況および嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。食事は、食堂で摂って頂くよう配慮します。
- 朝食 07時30分頃
昼食 12時00分頃
夕食 18時00分頃
- ②排泄 … 利用者の状況を確認し、自立の援助を行います。
- ③入浴 … 週2回 (入浴できない場合は清拭) 行います。
- ④日常生活上の世話 … 離床、着替え、整容、リネン交換、洗濯健康管理、居室内掃除、役所手続き代行
- ⑤アクティビティケア … 屋外散歩同行、家事の共同作業等により生活機能の維持・改善に努めます
(集団的に行われるレクリエーション、創作活動等の機能訓練)
- ⑥医師の往診の手配等 … 医師の往診の手配その他療養上の世話をします。
- ⑦相談および援助 … 利用者とその家族からの相談に誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行います。

9. 入居に当たっての留意事項

来 訪

来訪者は面会時間を遵守し、必ず、職員に届け出てください。
面会時間は、午前０９：００～２０：００までとさせていただきます。
緊急時は都度対応いたします。宿泊される時は必ず許可を得てください。
外出は門限を守ってください。外泊・外出は、外泊前に行き先と帰着予定日時を届けて下さい。
入居者の健康管理面に配慮し許可しない場合もあります。住居・居室のこの共同生活
住居内の設備、備品等は本来の用法に従って利用を大切にご利用下さい。
これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただく事があります。迷惑
行為等騒音等其他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。またむやみに他の入居者の居
室等に立ち入らない様にしてください。
所持品管理は利用者個人により管理をして頂きます。職員の過誤による以外の破損紛失に
関しては、一切責任を持ちません。
現金の管理原則として職員は管理いたしません。必要に応じ規程に基づいて対応します。
宗教活動等施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。

１０．協力医療機関

名 称	鹿角中央病院
所在地	秋田県鹿角市花輪字六月田 9 7
電話番号	0 1 8 6 - 2 3 - 4 1 3 1
診療科	内科・歯科口腔外科
救急指定	なし

１１．非常災害の対策

災害時の対応 別途定める「グループホーム仁愛 消防計画」に乗っ取り対応を行います。
近隣との協力体制には近隣にお住まいの方にお願ひし、非常時の応援をお願いしております。
す。平常時の訓練 別途定める「グループホーム仁愛 消防計画」にのっとり、月 1 回夜
間を想定した避難誘導訓練を実施し。年 2 回は鹿角中央病院と合同で避難誘導訓練及び消
火訓練を実施してます。

防災設備・自動火災報知器 ・誘導灯 ・消火器 スプリンクラー、鹿角広域行政組合消防
本部への届出 平成 1 5 年 9 月 2 日

防火管理者 奈良 修

１２．事故発生時の対応

介護サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村・入居者の家族・居宅介護支援
事業所に連絡を行うとともに、必要な措置を講じそれを記録し、再発防止に努めます。

１３．利用料のお支払い方法

利用料の支払いについては、下記の通りとなります。
当月利用分を月末で締め、翌月 1 0 日に契約者へ請求書を送付いたします。
家族会の要望により指定口座より自動引き落としさせていただきます。その月に引き落と
し不可能な場合は翌月に 2 ヶ月分引き落とします。なお、銀行自動決済手数料は利用者の

負担となります。

1 4. 身体拘束について

認知症対応型共同生活介護の提供にあたっては、当該入居者または他の入居者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入居者の行動を制限する行為を行いません。

1 5. 「苦情申請窓口」の設置について

当グループホームでは利用者からの苦情に適切に対応するために、苦情受付担当者・苦情解決責任者を設置し、苦情解決に努めます。

1. 苦情受付担当者

奈良 修

2. 苦情解決責任者

林 陽子

3. 苦情解決の方法

(1) 苦情の受付

入居者の皆様からの苦情は、面接・電話・書面等により苦情受付担当者が午前8時30分から午後5時まで受付いたします。

(2) 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者は受付した苦情を、苦情解決責任者に報告します。

(3) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申し出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。

(4) その他苦情申立機関

介護保険法に従い市町村の窓口・国民健康保険組合連合会に申し立てることができます。

・ 鹿角市福祉保健センター 0186-30-0625

・ 秋田県国民健康保険団体連合会（国保連合会）

介護保険課 018-862-3850

1 6. 個人情報の利用について

(1) 当事業所で得た個人情報については、これを厳重に管理すると共に保存の必要性が無くなった時点でこれを速やかにかつ厳正に処分します。

(2) 当事業所で得た個人情報は下記目的に限って使用します。

1) 共同生活介護業務の遂行

2) サービス担当者会議での情報共有

3) 主治医等、医療従事者との情報共有

4) 当事業所内でのカンファレンス・ミーティング

5) 関連学会、研修会での匿名下での発表

6) その他官庁等の法律命令上の照会等

この契約を証として本契約書を2通作成し、甲・乙記名押印のうえ各自その1通を保有します

令和 年 月 日

甲 【 利用者 】

私は、この契約の定めるところに従い、貴住居においてサービスを利用することを申し込みます。

住所

氏名

印

【 利用者家族等 】

住所

氏名

(続柄

) 印

乙 【 事業者 】

私は、認知症対応型共同生活介護事業者として甲の申し込みを受諾し、この契約書に定めるサービスを、責任を持って提供します。

住所 秋田県鹿角市花輪字六月田78番5

名称 医療法人恵愛会 グループホーム仁愛

代表者 理事長 高橋 正芳

電話 0186-30-1660

FAX 0186-30-1661

【 契約説明者 】

事業者名 医療法人恵愛会 グループホーム仁愛

住所 秋田県鹿角市花輪字六月田78番5

氏名

印

【 立会人 】

私は、契約書説明に立ち会ったことを証明します。

所属

医療法人恵愛会 グループホーム仁愛

氏名

印