

# 重要事項説明書

みそのホームグループホーム

{指定認知症対応型共同生活介護(介護予防含む)事業所}

指定認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）等の事業の人員および運営に関する「みそのホームグループホーム」指定認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）事業所の運営規程等について説明いたします。

### 1・事業者

|      |                 |
|------|-----------------|
| 事業主体 | 社会福祉法人 みその      |
| 代表者  | 理事長 江草 明彦       |
| 所在地  | 神奈川県藤沢市みその台1番2号 |

### 2・事業所

|   |   |                                     |                    |                                                      |  |
|---|---|-------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------|--|
| 名 | 称 | みそのホーム   グループホーム                    |                    |                                                      |  |
| 開 | 所 | 平成12年4月1日   指定番号   0570102814       |                    |                                                      |  |
| 事 | 業 | 目                                   | 的                  | 認知症の状態にある高齢者に、共同生活を営むべき住居を提供すること。                    |  |
| 運 | 営 | 方                                   | 針                  | 家庭的な暖かい雰囲気の中で、安心して生活が出来るよう、又、利用者一人ひとり、その人なりの自立を支援する。 |  |
| 管 | 理 | 者                                   | 鈴木   清 仁           |                                                      |  |
| 所 | 在 | 地                                   | 秋田県秋田市寺内蛭根二丁目6番34号 |                                                      |  |
| 電 | 話 | ☎ 018-824-3341   FAX   018-823-5757 |                    |                                                      |  |
| 敷 | 地 | 3 ,   9 0 0 .   6   m <sup>2</sup>  |                    |                                                      |  |
| 建 | 物 | 構                                   | 造                  | 鉄骨造り準耐火   地上2階   地下   階   塔屋1階                       |  |
|   |   | 延                                   | 床 面 積              | 1 ,   2 8 3 .   9 7 5   m <sup>2</sup>               |  |
|   |   | 利                                   | 用 居 室              | 9室総定員   9名                                           |  |
|   |   | 床                                   | 延 面 積              | 3 1 5 .   9 1 0   m <sup>2</sup>                     |  |
| 共 | 用 | 施                                   | 設                  | 食堂・浴室・居間                                             |  |

### 3・職員体制

|           | 常勤<br>専従・兼務 | 非常勤<br>専従・兼務 | 保有資格             | 職務内容                      |
|-----------|-------------|--------------|------------------|---------------------------|
| 管理者・介護従業者 | 兼務 鈴木 清仁    |              | 管理者研修.介護福祉士      | 事業内容調整.介護業務               |
| 計画作成担当者   |             | 1名           | 介護福祉士.介護支援専門員    | 利用者の介護計画を作成.利用者家族等相談.介護業務 |
| 介護従業者     | 専従3名        | 専従4名         | 介護福祉士5名.ヘルパー2級1名 | 介護業務                      |
| 事務従業者     |             | 兼務1名         |                  | 事務業務                      |
| 給食従業者     |             | 専従1名         |                  | 給食業務                      |

#### 4. 職員の勤務体制

|       |                       |
|-------|-----------------------|
| 昼間の体制 | 3名 勤務時間 8:30～ 17:30   |
| 夜間の体制 | 1名 勤務時間 16:30～ 翌日9:30 |

#### 5. ホーム利用にあたっての留意事項

1. 入居前にインフルエンザ予防接種を行って下さい。（支払い等は家族の負担とします）
2. 通院等は基本ご家族にお願いしております。急を用しホームの車を使用した場合は、基本料金5kまで200円2k増すごとに100円追加の負担をお願いいたします。
3. 面会時間は随時必要に応じます。備え付けの面会票に記入し、職員に届け出て下さい。
4. 外出又は外泊の場合は、事前に行き先・用件・帰宅予定日時を届け出て下さい。
5. 現金・貴金属に関してはお持ちにならないでください。こちらでは管理しておりません。

#### 6. 認知症対応型共同生活介護（介護予防）短期利用

事業所の共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室等を利用することができる。利用者数は1名とする。あらかじめ30日以内の利用期間を定める。

#### 7. サービス及び利用料

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等<br><br>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（要支援）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。                                                                                                                                                                                      |
| 医師の往診の手配 | 医師の往診の手配、その他療養上の世話をします。                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 相談及び援助   | 利用者とその家族からの相談に、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 基本料金     | 一日当たりの自己負担分（※入居後30日限り1日30円初期加算）<br><br>要支援 2 ￥761 要介護 3 ￥824<br>要介護 1 ￥765 要介護 4 ￥841<br>要介護 2 ￥801 要介護 5 ￥859<br>認知症専門ケア加算（Ⅰ） ￥ 3<br>身体拘束廃止未実施減（1日につき）<br>要支援 2 ￥76減 要介護 3 ￥82減<br>要介護 1 ￥76減 要介護 4 ￥84減<br>要介護 2 ￥80減 要介護 5 ￥85減<br>サービス提供体制強化加算（Ⅱ）Ⅰ ￥18<br>介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 利用合計の11.1%<br>介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 利用合計の3.1% |

※新型コロナウイルス感染症に対するための特例的な評価として、全てのサービスについて、令和3年9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せする。

#### 8. 認知症対応型共同生活介護（介護予防）短期利用サービス及び利用料

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等<br>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（要支援）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。                                                                                                                                                        |
| 医師の往診の手配 | 医師の往診の手配、その他療養上の世話をします。                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 相談及び援助   | 利用者とその家族からの相談に、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。                                                                                                                                                                                                                                           |
| 基本料金     | 一日当たりの自己負担分（※入居後30日限り1日30円初期加算）<br>要支援 2 ￥789 要介護 3 ￥854<br>要介護 1 ￥793 要介護 4 ￥870<br>要介護 2 ￥829 要介護 5 ￥887<br>身体拘束廃止未実施減（1日につき）<br>要支援 2 ￥76減 要介護 3 ￥82減<br>要介護 1 ￥76減 要介護 4 ￥84減<br>要介護 2 ￥80減 要介護 5 ￥85減<br>認知症専門ケア加算（Ⅰ） ￥ 3<br>サービス提供体制強化加算（Ⅱ）Ⅰ ￥18<br>介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 利用合計の18.6% |

|                   |                                       |
|-------------------|---------------------------------------|
| 保険給付外のサービス        | 保険給付外サービスについては、各人の利用に応じて自己負担となります。    |
| 居室の提供（家賃）         | 1ヶ月 ￥45,000                           |
| 食事の提供             | 1日 ￥1,200                             |
| 管理費               | 1ヶ月 ￥25,000（運営管理費・光熱水費）               |
| おむつ代理美容代<br>レク材料費 | 実 費                                   |
| 記録の謄写（コピー代）       | 1枚10円                                 |
| 医療機関等の受診時の車代      | ホーム車輛使用時ガソリン代として5kまで200円2k増すごとに100円追加 |

## 9. 協力医療機関

| 名 称     | 市立秋田総合病院          | ほいずみ内科クリニック    | 土崎病院・老健施設なぎさ   | 田中歯科医院         |
|---------|-------------------|----------------|----------------|----------------|
| 所 在 地   | 秋田市川元松丘4-30       | 秋田市寺内堂ノ沢1-8-3  | 秋田市土崎港中央4-4-26 | 秋田市寺内油田3-16-34 |
| 電 話 番 号 | 823-4171          | 845-8820       | 845-4121       | 857-1133       |
| 診 療 科   | 全 科               | 内科一般           | 内科一般           | 歯科全般           |
| 入 院 設 備 | 有                 | 無              | 有              | 無              |
| 救 急 指 定 | 有                 | 無              | 無              | 無              |
| 協力関係の概要 | 救急時の全面对処協力病院として契約 | 往診も可 協力病院として契約 | 協力病院として契約      | 協力歯科医院として契約    |

## 10. 非常災害時の対策

|         |                                                            |
|---------|------------------------------------------------------------|
| 消 防 計 画 | 消防計画 令和6年4月18日 消防署へ提出<br>防火管理者 伊 藤 清 隆                     |
| 避 難 訓 練 | 毎月 火災・地震等を想定した訓練を行います。                                     |
| 防 災 設 備 | 自動火災報知器 プリンクラー 誘導灯 避難階段 消火器<br>非常電源（自家発電設備）消防機関へ通報する火災報知設備 |

## 11. 秘密の保持

（１）事業者、事業者の使用する者は、サービスを提供する上で知りえた利用者及びその家族に関する秘密について、利用者や第三者の生命、身体等に危険がある場合などの正当な理由がある場合を除いて、契約中および契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

（２）また、利用者及びその家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、利用者またはその家族の個人情報を用いません。

## 12. 事故発生時の対応

（１）当事業所は、利用者に対して指定認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）の提供により、事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

（２）また、利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）の提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償（損害賠償責任保険の手続き）を速やかに行います。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

## 11. 拘束の対応

緊急やむを得ない場合には拘束させて頂きます。

## 13. 緊急時の対応

指定認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）事業の提供時に利用者の身体状態が急変した場合、その他必要な場合には、速やかに主治医、又は協力医療機関、利用者の家族等に連絡し、必要な措置を講じます。

## 14. サービス内容に関する相談・苦情の窓口

当方の指定認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）事業に関する相談、苦情及びサービス計画に基づく提供サービスについての要望・相談、苦情は担当生活相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。

そのほか、正面玄関前の備え付けられた「苦情箱」をご利用ください。

また、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

苦情処理の体制は次の通りです

|       |                              |
|-------|------------------------------|
| 責 任 者 | 指定認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）事業 管理者 |
|-------|------------------------------|

|           |                                                                       |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------|
| 相 談 担 当 者 | 鈴木 清仁                                                                 |
| 電 話       | 0 1 8 - 8 2 4 - 3 3 4 1                                               |
| 相 談 室     | ご利用時間 毎日 10:00～17:00<br>ご利用方法 電話 可<br>面接 可<br>投書 正面玄関に設置した苦情箱に投函して下さい |

第三者機関による相談・苦情の窓口は下記の通りです。

秋田県国民健康保険団体連合会 電話 0 1 8 - 8 6 2 - 3 8 5 0

秋田市介護保険課 電話 0 1 8 - 8 6 6 - 2 4 0 7      0 1 8 - 8 6 6 - 2 0 6 9

15. 自己評価及び外部評価結果について契約時に説明を行います。及びいつでも閲覧できます。

指定認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）サービス提供の開始に際し、本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

令和      年      月      日

指定認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）事業所

みそのホームグループホーム

管理者 鈴木 清仁 印

説明者 職 名 計画作成担当（介護支援専門員）

氏 名 畠山 景子 印

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（介護予防含む）サービスの提供の開始に同意しました

令和      年      月      日

利 用 者

住 所

氏 名

印

身 元 保 証 人

住 所

TEL

氏 名

印 続柄 ( )

成 年 後 見 人

住 所

TEL

氏 名

印 続柄 ( )