

「グループホームあい」重要事項説明書
「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」

共同生活介護サービスを提供するに先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

1. 事業者

名 称	有 限 会 社 あ い			
所 在 地	八 代 市 島 田 町 8 6 3 - 3			
法 人 種 別	営 利 法 人			
代 表 者	代 表 取 締 役 徳 永 和 代			
連 絡 先	電 話	0 9 6 5 - 3 0 - 8 9 5 2	F A X	0 9 6 5 - 3 0 - 7 6 5 5

2. 事業の目的と運営方針

事業目的	要介護者又は要支援者であって認知症の状態にある者に、家庭的な環境の下で入浴・排泄・食事など、介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにする。
運営方針	<ol style="list-style-type: none"> 1、利用者の認知症の症状や進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行う。 2、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行う。 3、（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行う。 4、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法などについて、理解しやすいように説明を行う。 5、当該利用者又は他の利用者など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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。 6、提供する介護の質の評価を行い、常にその改善を図る。 7、正当な理由なく指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供を拒まない。 8、地域住民又はその自発的な活動等連携及び協力を行うなどの地域との交流に努める。 9、概ね2ヶ月に1回開催する運営推進会議において利用者に関する課題や状況等を委員の方々に報告するとともに、地域に根ざした事業所として利用者が安心して地域で暮らすことができる運営に努める。

3. 事業所

名 称	グ ル ー プ ホ ー ム あ い					
指 定 番 号	4360290003					
所 在 地	八 代 市 島 田 町 8 6 3 - 3					
敷 地	4 3 3 . 2 2 m ²					
建 物	住 居 数	9	総 戸 数	1	総 定 員	9
	延床面積	2 0 2 . 4 7 m ²				
	職 員 数	14人				

4. ご利用住居

名 称	グループホーム あい			
所在地	八代市島田町863-3			
管理者	氏名	田中由希		
	保有資格	介護福祉士・准看護師	兼務	有
連絡先	電話	0965-30-8952	FAX	0965-30-7655
敷地	433.22㎡			
建物	構造	木造		
	延床面積	202.47㎡		
	居室数	9		
	入居定員	9		
利用居室	号室 ㎡ (定員1名)			
共用施設	食堂・居間・風呂・便所・広縁			

5. 職員体制

	常 勤		非 常 勤		常勤換算	保有資格
	専 従	兼 務	専 従	兼 務		
管 理 者		1			9.7人	
計画作成担当者		1				1名
看 護 職		2				2名
介護従業者	5	2	4			7

6. 職員の勤務体制

区 分	勤 務 時 間	
常 勤 非 常 勤	7:30~16:30	7:30~11:30
	8:30~17:30	7:30~12:00
	9:00~16:15	12:30~16:30
	10:00~19:00	17:00~20:00
	6:00~9:00	17:30~20:00
	17:00~21:00	13:30~17:30
夜 勤	21:00~6:00	8:30~12:30

7. 休業日

休 業 日	な し
-------	-----

8. サービス内容

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容	利 用 料								
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮した食事を提供します。 ・食材費は給付対象外です。 ・食事は離床して食堂でとっていただくよう配慮します。 ・食事時間（個人のペースに合わせ対応します。） <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>朝食</td> <td>7 : 30 ~ 9 : 00</td> </tr> <tr> <td>昼食</td> <td>12 : 00 ~ 13 : 30</td> </tr> <tr> <td>夕食</td> <td>18 : 00 ~ 19 : 30</td> </tr> <tr> <td>おやつ</td> <td>10 : 00 ~ 15 : 00 ~</td> </tr> </table> 	朝食	7 : 30 ~ 9 : 00	昼食	12 : 00 ~ 13 : 30	夕食	18 : 00 ~ 19 : 30	おやつ	10 : 00 ~ 15 : 00 ~	要介護者又は要支援者に応じて算出します 利用料（1日当たり） 1. 基本単価 ・法定代理受領の場合介護保険負担割合証に記載されている利用者負担の割合に応じます 下記は1割負担の額となります ・要支援2 760円 ・要介護1 764円 ・要介護2 800円 ・要介護3 823円 ・要介護4 840円 ・要介護5 858円
朝食	7 : 30 ~ 9 : 00									
昼食	12 : 00 ~ 13 : 30									
夕食	18 : 00 ~ 19 : 30									
おやつ	10 : 00 ~ 15 : 00 ~									
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じ、適切な排泄の介助と排泄の自立の援助を行います。 	2. 各種加算 ・入居日から30日以内の期間は1日につき30円を加算します								
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴又は利用者の身体の状態にあわせ、清拭を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療連携体制加算Ⅰ～Ⅲ 39円～59円/日 ・認知症専門ケア加算Ⅰ 3円/日 ・サービス提供体制強化加算Ⅲ 6円/日 ・退居時相談援助加算 400円/回 ・看取り介護加算 72円/日 (死亡日以前31日以上45日以下) 144円/日 (死亡日以前4日以上30日以下) 680円/日 (死亡日以前2日又は3日) 1280円/日 (死亡日) ・若年性認知症利用者受入加算 120円/日 								
日常生活上のお世話	<ul style="list-style-type: none"> ・離床 寝たきり防止のため離床に配慮します。 ・着替え 着替えのお手伝いをします。 ・整容 身の回りのお手伝いをします。 ・寝具消毒 ・シーツ交換 ・健康管理 ・洗濯 ・居室内清掃 ・役所手続きの代行 									
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・離床援助、菜園・家事共同作業、屋外散歩等により、生活機能の維持・改善に努めます。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時費用 246円/日 (6日を限度) ・介護職員処遇改善加算Ⅰ (18.6%) 								
医師の往診の手配等	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者とそのご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。 	※加算は変更になる場合があります								

(2) 介護保険給付外費用

種 類	内 容
これらは介護保険給付の対象外です。次の通りお支払いください。	
居 室 料	・ 1ヶ月 41,000～43,000 円
食 材 費	・ 別紙に定めた額をお支払いください。
水 道 光 熱 費	・ 別紙に定めた額をお支払いください。
共 益 費	・ 別紙に定めた額をお支払いください。
お む つ 代	・ 実費をお支払いください。
理 美 容 代	・ 実費をお支払いください。
娛 楽 費	・ 実費をお支払いください。
そ の 他	・ ドライクリーニング代・インフルエンザ予防接種代・行事にかかわる費用 ……など必要時、実費をお支払いください。

9、入居に当たっての留意事項

面 会	・ 来訪者は、面会の都度職員に届け出てください。 ・ 宿泊される時は必ず申し出てください。
外 出 泊	・ 外出・外泊前に必ず行き先と帰着予定日時を届け出てください。 ・ 帰着予定日時が変更になる場合は、必ずご連絡ください。
住 居 ・ 居 室 の 利 用	・ 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、賠償していただくことがあります。
迷 惑 行 為	・ 承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。
喫 煙	・ 決められた場所で行ってください。
飲 酒	・ 入居時又は職員にご相談ください。
ペ ッ ト の 持 ち 込 み	・ 入居時又は職員にご相談ください。
そ の 他	・ 行事等へご家族の参加をお願いします。 ・ ご要望、不明・不安な点、又お気づきになられた事があつたら遠慮なく申し出下さい。

10、事故発生時の対応

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供中に、事故が発生した場合は、利用者に対し必要な対応を行うとともに、家族、市町村、当該利用者にかかわる居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者、主治医等に連絡を、迅速に対応します。

11、協力医療機関

名 称	浜田呼吸器科内科クリニック
所 在 地	八代市大村町1113-5
電 話 番 号	31-7622
診 療 科	内科・呼吸器科
協力関係の概要	当該事業所と診療所とにおいて利用者の医療の確保に努めます。

名 称	八代病院
所 在 地	八代市郡築一番町179
電 話 番 号	37-0317
診 療 科	精神科
協力関係の概要	当該事業所と診療所とにおいて利用者の医療の確保に努めます。

名 称	鏡齒科医院
所 在 地	八代郡鏡町両出1255-5
電 話 番 号	52-5110
診 療 科	齒科
協力関係の概要	当該事業所と当院とにおいて利用者の齒科医療の確保に努めます。

12、連携施設

名 称	特別養護老人ホーム あさひ園
所 在 地	八代市上日置町2345
電 話 番 号	35-5757

名 称	介護老人保健施設 とまと
所 在 地	八代市郡築一番町180番地1
電 話 番 号	37-3737

13、非常災害時の対策

消 防 計 画	別に定めます。 防火管理者 田中 由希
避 難 訓 練	年2回、火災・暴風・水害・地震等を想定した訓練を行います。
防 火 設 備	消火器：あり 煙探知機：各居室 火災通報装置：あり 自動火災報知設備：あり カーテンは防災加工のものを使用しております。 誘導灯：あり ガス漏れ警報機：あり スプリンクラー：あり

* 自主点検表に基づき毎日点検を実施しております。

14、個人情報利用について

サービス担当者会議等において、課題分析情報を通じて利用者の有する問題点や、解決すべき課題等の個人情報を、介護支援専門員や、他のサービスの担当者と共有することがあります。

15、医療連携体制に係る指針について

環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続してグループホームで生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれるように別紙にて指針を定めます。

16、個人情報保護法について

利用者の方々に安心して介護サービスを受けていただく為に、利用者の個人情報の保護とお取り扱いについて、別紙にて指針を定め個人情報を厳重に管理します。

17、苦情申立

当 該 事 業 所 相 談 室	担当者 田中 由希 ご利用時間 毎日 8:30～17:30 ご利用方法 電話 0965-30-8952 FAX 0965-30-7655
八代市長寿支援課	電話 0965-32-1175
国民健康保険団体連合会	電話 096-365-0811

18、提供するサービスの第三者評価の実施状況（外部評価によるみなし）

第三者評価の実施の有無	○有 ・ 無
実施した直近の年月日	2024.2.3
実施した評価機関の名称	NPO法人あすなろ福祉サービス評価機構
評価結果の開示状況	○有 ・ 無

私は、書面に基づいてグループホームあいの職員（職名 _____ 氏名 _____ ）から

1、重要事項の説明を受け、この内容でサービスを受けることを同意します。

1、医療連携体制に係る指針の説明を受け、この内容でサービスを受けることを同意します。

1、個人情報保護に関する指針について説明を受け、この内容に同意します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

利用者

住所 _____

氏名 _____

印 _____

利用者の家族等

住所 _____

氏名 _____

印 _____

続柄 _____