

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護
(認知症高齢者グループホーム)
重要事項説明書

社会福祉法人 久寿会

当施設は介護保険の指定を受けています。
(相模原市指定)

当施設はご契約者に対して指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要支援2以上」と認定された方が対象となります。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 久寿会
- (2) 法人所在地 神奈川県相模原市緑区大島 1556 番
- (3) 電話番号 042-763-0005
- (4) 代表者氏名 理事長 萩原 秀男
- (5) 設立年月 平成8年12月17日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 認知症高齢者グループホーム・相模原市指定
介護保険事業所番号 1472601812
- (2) 施設の目的 要支援・要介護状態であって認知診断された利用者について、その共同生活を営むべき住居において、入浴、排泄、食事等の介護、相談、その他の日常生活上の援助、機能訓練など、入所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サービスを提供することを目的とする。
- (3) 施設の名称 グループホーム 中の郷
- (4) 施設の所在地 神奈川県相模原市緑区大島1606番1
- (5) 電話番号 042-763-0055
- (6) 管理者 氏名 萩原 秀男
- (7) 当施設の運営方針
 - 1、本事業所において提供する指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービス(以下「サービス」という。)は、介護保険法並びに相模原市基準条例等、告示の趣旨及び内容に沿ったものとします。
 - 2、施設は、入所者について、その者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等に応じて、その者の処遇を妥当適切に行います。

- 3、入所者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立ってサービス提供するよう努めます。
- 4、明るく家族的な雰囲気有し、地域や家族と結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接な連携に努めます。
- 5、サービス提供は懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して、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します。
- 6、サービス提供に当り、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は行いません。
- 7、施設サービスの提供は、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行います。
- 8、定期的に、提供したサービスの質の管理、評価を行い、常に改善を図ります。
- 9、施設は、常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めます。

(8) 開設年月 平成15年4月1日

(9) 入所定員 27人 (1ユニット9人×3)

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要 1ユニットあたり

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	9室	
居間・食堂	1室	
浴室	1室	
洗濯室	1室	
台所	1室	
寮母室	1室	
トイレ	2室	

※上記は、厚生省が定める基準により、認知症高齢者グループホームに必置が義務づけられている施設・設備です。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して認知症対応型共同生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

ひばりユニット利用者9名に対して () 内は兼務

職種	職員配置人数	備考
1. 管理者	(1)	
2. 計画作成担当者	(1)	
3. 介護職員(常勤)	6	
4. 介護職員(非常勤)	2	

けやきユニット利用者9名に対して () 内は兼務

職種	職員配置人数	備考
1・管理者	(1)	

2・計画作成担当者	(1)	
3・介護職員(常勤)	6	
4・介護職員(非常勤)	2	

ゆりユニット利用者9名に対して ()内は兼務

職種	職員配置人数	備考
1・管理者	(1)	
2・計画作成担当者	(1)	
3・介護職員(常勤)	6	
4・介護職員(非常勤)	2	

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1 管理者	通常勤務 9:00~18:00
2 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝 7:00~16:00 1名 日中 9:00~18:00 1名 10:00~19:00 1名 11:30~20:30 1名 夜勤1 16:00~翌10:00 1名 夜勤2 22:00~翌 7:00 1名

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- | |
|---------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 |
| (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |

があります。

<サービスの概要>

① 食事

栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。

また、料理の好きな方にはお手伝いしていただき調理することも可能です。

(食事時間目安)

朝食: 7:30~ 8:30

昼食: 12:00~13:00

夕食: 18:00~19:00

② 入浴: 入浴は毎日利用できます。

③排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

- ④ 健康管理：医師や看護職員が、健康管理を行います。
- ⑤ その他自立への支援
- ⑥ 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ⑦ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

〈サービス利用料金〉

(1) 日常生活費

種類	月額料金	日割料金	備考
家賃	60,000円	1,973円	
食費	45,000円 (1,500円×30日)	1,500円	1日1,500円×30日
光熱水費	20,000円	658円	電気、水道、ガス料金 ガソリン料金
共益費	20,000円	658円	EVメンテナンス 共用部分電気整備点検料 設備整備積立金 共用車リース料金
合計	145,000円		

(2) 要介護認定別負担額

要介護認定別介護単位×日数×単位(10.54)＝保険対象額

保険対象額－保険対象額×0.9＝自己負担額(一割負担額)

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

一ヶ月(30日)の場合

要介護度	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
負担割合証 1割の場合	23,494 円	23,620 円	24,727 円	25,486 円	25,992 円	26,498 円
負担割合証 2割の場合	46,987 円	47,240 円	49,454 円	50,971 円	51,983 円	52,995 円

加算

	負担割合証1割の場合		負担割合証2割の場合	
	1日又は1回	30日	1日又は1回	30日
初期加算※1	32円/日	949円/月	63円/日	1,890円/月
退去時相談援助加算※1	422円/回	—	843円/回	—
看取り介護加算 (死亡日以前4～30日)※1	152円/日	—	304円/日	—
看取り介護加算 (死亡日前日及び前々日)※2	717円/日	—	1,433円/日	—
看取り介護加算(死亡日)※3	1,349円/日	—	2,698円/日	—

介護職員処遇改善加算 (要支援2)	—	2,776円	—	5,553円
介護職員処遇改善加算 (介護度1)	—	2,790円	—	5,581円
介護職員処遇改善加算 (介護度2)	—	2,913円	—	5,826円
介護職員処遇改善加算 (介護度3)	—	2,997円	—	5,995円
介護職員処遇改善加算 (介護度4)	—	3,054円	—	6,107円
介護職員処遇改善加算 (介護度5)	—	3,110円	—	6,219円
若年性認知症利用者 受入加算※1	126円/日	3,794円	253円/日	7,589円
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3円/日	95円	6円/日	190円
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)※2	13円/日	379円	25円/日	759円
サービス提供体制 強化加算(Ⅱ)※2	6円/日	190円	13円/日	379円
サービス提供体制 強化加算(Ⅲ)※2	6円/日	190円	13円/日	379円
医療連携体制加算	41円/日	1,233円	82円/日	2,466円

※1：対象者のみ ※2：(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)は職員変動により、いずれか1つのみ算定します。

1ヶ月 円 印

(3) 敷金 20万円 敷金は、居室補修等に充て、残金は退去時に返金します。

① [美容サービス]

月に2回、美容師の出張による美容サービス(調髪)をご利用いただけます。

利用料金：実費 (1,800円程度)

② おむつ代

紙パンツ 150円 パッド 100円

③ クラブ活動

希望により参加された場合は、材料代等の実費をいただきます。

④ その他の諸費用

日常生活において利用者もしくはご家族が希望された場合の費用

雑誌・クリーニング代 等

⑤ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

⑥ 契約書に定める所定の料金

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金

⑦ 入院、通院の際に係わる費用

入院中の費用は、ご家族で病院と清算してください。また入院中のお世話は、ご家族で対応していただきます。

通院利用料金：片道5 kmまで 1,860 円、以下 1 km増すごとに 50 円追加分をいただきます。

付き添い料金： AM5:00～PM10:00 500円/30分（職員1名につき）

PM10:00～AM5:00 750円/30分（職員1名につき）

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1ヶ月前までにご説明します。

(4) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、当月27日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

- | |
|---|
| ア. 金融機関口座からの自動引き落とし
ご利用できる金融機関：横浜銀行、神奈川県信用農業協同組合連合会他 |
| イ. 下記指定口座への振り込み
横浜銀行 橋本支店 普通預金 1743800 |
| ウ. 窓口での現金支払 |

(5) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

①協力医療機関

医療機関の名称	晃友内科整形外科
所在地	相模原市緑区大島1585-5
診療科	内科、整形外科、脳神経外科、外科、眼科

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人社団 相明会 歯科医師1名 衛生士1～2名
所在地	東京都町田市原町田4-3-14 白鳥ビル2階

③協力施設機関

施設名	特別養護老人ホーム中の郷 短期入所生活介護施設
所在地	相模原市緑区大島1556番

6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に決めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくことになり

ます。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援 1 と判定された場合 ② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりグループホームを閉鎖した場合 ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合 ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合 ⑤ ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。） ⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。） |
|---|

(1) ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設への退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の30日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合 ② ご契約者が入院された場合 ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合 ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合 ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合 ⑥ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合 |
|---|

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所していただくことがあります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合 ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 ④ ご契約者が連続して3か月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合（※1） ⑤ ご契約者が介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合 |
|---|

（※1）：契約者が病院等に入院された場合の対応について

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 3ヶ月以内の入院の場合
3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。しかし、入院前の状態と著しい変化がある場合はご相談させていただきます。 ② 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合
3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。 |
|--|

(3) 円滑な退所のための援助

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- | |
|-----------------------------|
| ○適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介 |
| ○居宅介護支援事業者の紹介 |
| ○その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介 |

7. 残置物引取について

入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品(残置物)をご契約者自身が引き取れない場合は身元引受人において引き取りをお願いします。

8. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口(担当者) [職名] 管理者代理 亀 政昭
○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

相模原市役所 高齢政策課	所在地 相模原市中央区富士見6-1-20あじさい会館4F 電話番号・042-707-7046 受付時間 8時30分から17時15分まで
国民健康保険団体連合会	所在地 横浜市西区楠木町27-1 電話番号・045-329-3400

9. 事故発生時の対応

- 施設は、入居者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入居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。
- 施設は、入居者に対する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速やかに損害賠償を行います。
- サービスの提供中に入居者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは速やかに主治医あるいは協力医療機関に連絡し、適切な措置を講じます。

10. (身体的拘束等を行う際の手続)

- 入居者(利用者)または他の入居者等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、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為を行いません。
- 前項の身体的拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

11. (秘密保持)

- この事業所およびその職員は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者または、家族の秘密を漏らしません。
- 前項の秘密は職員でなくなった後においても適用します。

12. (職員研修)

事業所は職員に対し、その資質の向上のための研修の機会を確保します

1 3. (暴力団排除)

本事業所運営上、次に掲げるものから支配的な影響を受けません。

- (1) 暴力団
- (2) 暴力団員等
- (3) 暴力団経営支配法人等
- (4) 暴力団員等と密接な関係を有すると認められたもの

1 4. (非常災害対策)

事業所は、非常災害に関する具体的な計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

平成 年 月 日

認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

認知症対応型共同生活介護施設 グループホーム中の郷

説明者職名 管理者代理 氏名 亀 政昭 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、同意し交付を受けました。

契約者 (入居者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者代理人
(身元引受人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印