

介護予防認知症対応型共同生活介護「みろくの郷」重要事項説明書

1. 介護予防認知症対応型共同生活介護事業の概要

(1) 当事業所の概要

事業所名	グループホーム みろくの郷
所在地	青森県三戸郡田子町大字茂市字仲田2-2
電話番号	0179-33-1300
FAX番号	0179-20-8820
事業所番号	指定事業所番号0272701228

(2) 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者		1名	名	あり	1名	介護従事者及び業務の管理
計画作成 担当者	介護支援専門員	1名	名	あり	1名	介護計画の作成等
	介護福祉士	1名	名	あり	1名	
介護職員		9名	1名	なし	10名	日常生活全般の介護並びに相談、助言等
		12名	1名		13名	

(3) 主な職種の勤務体制

職種	勤務体制	
介護職員	早番	7:00～16:00
	日勤	8:30～17:30
	遅番	11:00～20:00
	夜勤	16:30～9:30

(4) 当事業所の設備の概要

(けんど)

定員	9人	洗濯室	9.93㎡
居室	1人部屋9室(1室9.93㎡)	休憩室	7.45㎡
食堂及び台所 及び居間	132.92㎡	浴室	4.96㎡
		脱衣室	4.96㎡

(かぐち)

定 員	9 人		
居室 (和室) 1 ～ 4	1 2 . 7 6 m ²	休 憩 室	7 . 9 0 m ²
		脱 衣 室	6 . 1 2 m ²
居室 (和室) 5	1 0 . 3 9 m ²	浴 室	4 . 9 4 m ²
		洗 濯 室	7 . 2 2 m ²
居室 (洋室) 6 ～ 9	1 1 . 6 0 m ²	食堂及び台所 及び居間	1 0 7 . 3 5 m ²

2. 当事業所のグループホームの特徴等

(1) 運営の方針

要支援者であって認知症の状態にあるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の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支援することを目的としています。介護予防認知症対応型共同生活介護の他、介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護も行います。

(2) サービスの利用のために

事 項	備 考
従業員への研修の実施	年 1 2 回内部勉強会を実施します。(外部研修は適時実施)
事業提供マニュアル	事業計画に添った余暇サービスを提供いたします。
サービスマニュアル	サービスマニュアルに添った適切なサービスを提供します。
変更の申し込み方法	サービス開始日の前日までに事業者申し出るものとします。
身 体 的 拘 束	入居者又は、他の入居者の生命又は、身体を保護する為緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束は行わない。

(3) サービスの利用に当たっての留意事項

面 会	面会時間 午前 7 時～午後 8 時 (来訪者が宿泊する場合は、必ず許可を得てください)
外 出 ・ 外 泊	外出・外泊の際は、外出・外泊届に必要事項を記入してください。
飲 酒 ・ 喫 煙	医師の指示がある方は、ご遠慮いただく場合があります。
金銭、貴重品の管理	ご希望により、通帳、届出印の管理を行います。また、小口支払や介護費用など日常必要な程度の金銭を管理いたします。
所持品の持ち込み	原則として、身の回り品は持ち込み可能です。
設備、器具の利用	設備、器具はご自由にお使いください。
食事のキャンセル	原則として、サービスの実施日の前日までに申し出てください。

3. 利用料金

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

①介護予防認知症対応型生活介護利用料

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の1日当たりの自己負担額（1割）
要支援2	7,490 円	749 円

※ただし、所得が一定以上の場合はその2割となります。

※合計額に別途18.6%相当の介護職員等処遇改善加算が加わります。

②付加サービスの利用料

	1日、月又は1回 当たりの利用料金	介護保険適用時の 1日、月又は1回当たりの自己負担額（1割）
初期加算	300 円	30 円
サービス提供体制強化加算	220 円	22 円
若年性認知症利用者受入加算	1,200 円	120 円
退所時相談援助加算	4,000 円	400 円
科学的介護推進体制加算	400円／月	40円／月

※ただし、所得が一定以上の場合はその2割又は3割となります。

※初期加算は、入所した日から起算して30日以内の期間について、加算します。

※若年性認知症利用者受入加算については、対象となる方のみに加算されます。

※退所時相談援助加算は、利用期間が1ヶ月を超える方が退所される場合に一人につき1回のみ加算されます。

※科学的介護推進体制加算は、介護保険法に定められた高齢者の尊厳を保持して、自立した日常生活を支援することを理念とした介護サービスにおいて、科学的介護情報を評価する加算です。

③短期利用認知症対応型生活介護利用料

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の1日当たりの自己負担額（1割）
要支援2	7,770 円	777 円

※ただし、所得が一定以上の場合はその2割又は3割となります。

※短期利用の場合、初期加算、科学的介護推進体制加算は加算されません。

※合計額に別途18.6%相当の介護職員等処遇改善加算が加わります。

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス

①食材料費 1日 1,100円（朝300円、昼400円、夕400円）

②その他の費用

家賃	23,000円／月 月途中の入退所は日割計算とする 短期利用の場合も日割計算とする
----	--

水 道 光 熱 費	6 0 0 円／日
お む つ 代	リハビリパンツ 9 0 円、尿とりパット 2 2 円、フラットタイプ 2 5 円、 尿取りパット（マジックテープ付き） 2 0 円 日常生活上必要な場合、負担頂きます
理 美 容 代	実 費
健 康 管 理 費	インフルエンザ等予防接種費用実費
レクリエーション費用	実 費
ク ラ ブ 活 動 費	実 費

（３）料金の支払方法

1 か月ごとに計算し、ご契約者はこれを翌月の 2 0 日までに支払ってください。

お支払方法は、銀行振込、又は農協、郵便局の口座より引き落としもできます。

4．サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

（２）サービスの終了

①ご契約者のご都合でサービスを終了する場合

退所を希望する日の 1 4 日前までにお申し出ください。

②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご契約者が他の介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご契約者の要介護認定区分が、非該当（自立・要支援 1）
又は要介護と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- ・ご契約者が亡くなられた場合

③その他

- ・ご契約者がサービス利用料金の支払いを原則として 2 か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず支払わない場合、又はご契約者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、サービス契約終了の 7 日前に文書で通知し、退所していただく場合があります。
- ・ご契約者が、病院又は診療所に入院し、明らかに 7 日以内に退院できる見込みがない場合

(3) 介護予防短期利用共同生活介護について

- ・当事業所は、各共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室や短期利用者専用の居室等を利用し、短期間の指定介護予防認知症対応型共同生活介護（以下「介護予防短期利用共同生活介護」という。）を提供します。
- ・介護予防短期利用共同生活介護の定員は一の共同生活住居につき1名となります。
- ・介護予防短期利用共同生活介護の利用は、あらかじめ30日以内の利用期間を定めて利用することとします。

・介護予防短期利用共同生活介護の利用に当たっては、利用者を担当する居宅介護支援専門員が作成する居宅サービス計画の内容に沿い、当事業所の計画作成担当者が介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成することとし、当該介護予防認知症対応型共同生活介護計画に従いサービスを提供します。

・入居者が入院等のために、長期にわたり不在となる場合は、入居者及び家族の同意を得て、介護予防短期利用共同生活介護の居室に利用することがある。なお、この期間の家賃等の経費については入居者ではなく、介護予防短期利用共同生活介護の利用者が負担するものとします。

・介護予防短期利用共同生活介護の利用者の入退居に際しては、利用者を担当する居宅介護支援専門員と連携を図ります。

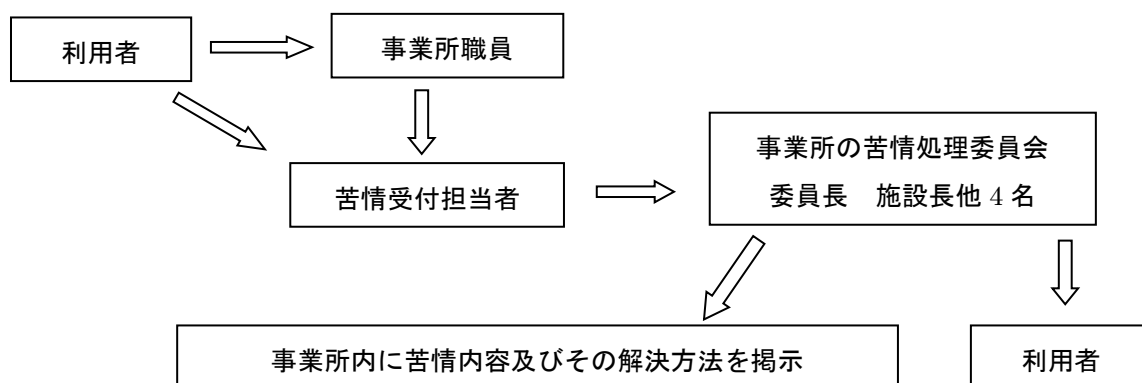
5. 「みろくの郷」のお客さま相談・苦情窓口

- ① 主担当者 グループホームみろくの郷主任
電話番号 グループホームみろくの郷けんど TEL 0179-33-1300
FAX 0179-20-8820
- 副担当者 グループホームみろくの郷フローアーチーフ
電話番号 グループホームみろくの郷かぐち TEL 0179-33-1200
FAX 0179-20-8820

受付 年中（ただし 12月31日 ～ 1月2日を除く）

受付時間 午前 9時 ～ 午後 5時

② 苦情処理体制



③その他

当事業所以外に、お住まいの市町村又は青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア 田子町役場 地域包括支援課 電話 0179-20-7100

イ 青森県国民健康保険団体連合会相談苦情窓口 電話 017-723-1301

6. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	氏名			
	連絡先		電話番号	
ご家族 ①	氏名			
	連絡先		電話番号	
ご家族 ②	氏名			
	連絡先		電話番号	

7. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業所はあいおい損害保険株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

8. 非常災害対策

防災時の対応	まず119番に通報し、自衛組織に基づき、利用者を安全な場所に誘導し且つ、消化に努める。
防災設備	差動式スポット型感知器、定温式スポット型感知器、煙感知器、防火扉、消火栓により対応可能です。
防災訓練	月1回実施する。
防火責任者	専任の責任者を任命しています。

9. 虐待防止に関する事項

利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じるものします。

- (1) 虐待の防止のための対策検討委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 従業員に対し、虐待防止のための研修を定期的を実施します。
- (4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置きます。

- 2 事業所は、サービス提供中に当該事業所従業員又は養護者（利用者の家族等現に養護するもの）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

10. 身体的拘束等

事業所は、サービスの提供に当たっては、入所者又は他の入所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、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ないません。

- 2 前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様および時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。なお、当該記録は2年間保存するものとします。
- 3 身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じるものとします。
 - (1) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業員に周知徹底を図ります。
 - (2) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
 - (3) 介護職員その他の従業員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に（年2回以上）実施します。

11. 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を保持し、従業員が退職した後も第三者に漏洩しません。
- (2) 当該事業所の従業員であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でお客様又はご家族の個人情報を用います。
- (4) 研修会等の事例としてご契約者並びにご家族の個人情報を、あらかじめ同意を得た上で使用させていただく場合があります。この場合において、個人が特定できない方法により使用いたします。

12. その他

指定認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、短期入所生活介護、通所介護も行っております。

本契約を証するため、本書2通を作成し、契約者、事業者が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

指定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あたり、利用者に対して本書面に基
づいて、重要な事項を説明しました。

グループホーム みろくの郷

説明者氏名

印

私は、本書面により、事業者から指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスについての重要事
項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者 氏名

印

(代理人) 氏名

印

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- （１） 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援事業者又は地域包括支援センターと介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- （２） 上記（１）の外、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター又は介護サービス事業者との連絡調整のために必要な場合。
- （３） 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- （１） 居宅サービス計画又は介護予防サービス計画に記載されている介護サービス事業所
- （２） 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する時間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- （１） 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- （２） 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

社会福祉法人吉幸会 殿

住所

氏名

印

（家族）住所

氏名

印