

重要事項説明書

(認知症対応型共同生活介護事業)
(介護予防認知症対応型共同生活介護事業)

当事業所は介護保険の指定を受けております。

(鹿児島県指定第4670201062号)

当事業所のサービスを提供するにあたり、施設の概要や提供致しますサービスの内容、料金、契約上御注意頂きたい事項を、次の内容のとおり御説明申し上げます。

社会福祉法人 祥健会

グループホーム とうごう苑

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 祥健会
(2) 法人所在地 鹿児島県薩摩川内市東郷町斧淵2501番地
(3) 電話番号 0996-42-2111 FAX 0996-42-2105
(4) 代表者 理事長 松尾 眞一郎
(5) 設立年月 平成4年9月

2. 事業所

- (1) 事業所の種類 認知症対応型共同生活介護事業及び介護予防認知症対応型共同生活介護事業
(2) 事業の目的 要介護者で認知症のある利用者が、家庭的な雰囲気環境と地域住民との交流の下で共同生活をする事により、入浴、排泄、食事等の介護及びその他日常生活上の世話や機能訓練を受け、その利用者の有する機能に応じた、自立した日常生活を営むことができるように支援していくことを目的とする。
(3) 事業所の名称 グループホーム とうごう苑
(4) 事業所の所在地 鹿児島県薩摩川内市東郷町斧淵2636番地1
(5) 電話番号 0996-21-6551 FAX 0996-21-6838
(6) 管理者 中間 みゆき 保有資格（介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉主事）
(7) 事業所の運営方針 ①利用者が夢を抱き満足を実感できるようにする。
②利用者の人権を最優先し、生命、身体の安全に配慮する。
③地域福祉の活性化に寄与する。
④サービスの向上に努め、総合的なサービスの提供に努める。
⑤身体拘束の排除に努める。
(8) 開設年月日 平成16年11月12日
(9) 建物の構造 木造瓦葺平屋建
(10) 延べ床面積 698.04㎡（1棟当り349.02㎡(105.8坪)）
(11) 居室数 18居室（1棟当り9居室） トイレは2居室に1箇所設置
(12) 入所定員 18人（1棟当り9人）
(13) 共用施設 食堂、居間、和室、台所、浴室、洗濯設備

3. 職員体制

管理者 常勤 1名（計画作成担当者を兼務）
管理者は、計画作成者を兼務し、事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
計画作成担当者 常勤 2名（1名は管理者と兼務）
管理者の業務を補佐し、利用者の計画作成を行う。
介護職員 常勤 13名
※常勤換算 15名
介護職員は、入浴、排泄、食事の介助等日常生活援助を行う。
事務員 常勤 1名

事務員は、必要な事務処理を行う。

4. 職員の勤務体制

勤務時間

早出勤務（常勤）	7：00～16：00
普通勤務（常勤）	8：00～17：00
遅出勤務（常勤）	10：00～19：00
夜勤勤務	17：00～翌9：00

5. 休業日

年間無休

6. サービス内容

(1) 介護保険サービス

i) 食事サービス

- ・食事材料代は、給付対象外です。
- ・食事は、できる限り離床して、食堂で摂って頂くように配慮します。
- ・食事時間は、特に設けませんが、目安としましては、次のとおりとします。

朝食 8：00～ 9：00

昼食 12：00～13：00

夕食 18：00～19：00

ii) 入浴サービス

- ・原則として、いつでも入浴できますが、入浴介助の必要な方については、週3回以上入浴を行います。また、体調の不調等で入浴が制限された方については、週3回以上清拭を行います。

iii) 排泄に関するサービス

- ・利用者の状況に応じて、適切な排泄の介助と排泄の自立の援助を行います。
- ・おむつ使用の場合のおむつ交換は、1日5回を目安としますが、必要があるようであれば、それ以上を行います。

iv) 日常生活の世話に関するサービス

- ・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……状況に応じて、寝具等の消毒（天日干し等）をします。
- ・シーツ交換……週1回シーツの交換の手伝いをします。
- ・健康管理……日々の健康状態を把握し記録します。年2回健康診断を行います。
- ・洗濯……必要に応じて、洗濯のお手伝いをします。
- ・居室内清掃……必要に応じて、居室内の清掃のお手伝いをします。
- ・役所等の手続き代行……本人及び家族等からの申出があれば、役所等への手続き代行を行います。（内容によってはお断りするもの（財産関係、本人に限るもの等）もあります。）

v) 機能訓練のサービス

- ・離床援助、屋内外散歩同行、家事協働等により生活機能の維持・改善に努めます。

vi) 医師の往診の手配等

・医師の往診の手配，その他療養上のお世話をします。

vii) 相談及び援助

・利用者及びそのご家族等からの相談には誠意を持って応じ，可能な限り必要な援助を行います。

viii) サービス利用料

・要介護度に応じて算出します。

・1日当りの利用料＝下記単位×10円

要支援2 788単位

要介護1 792単位

要介護2 830単位

要介護3 855単位

要介護4 872単位

要介護5 890単位

初期加算 30単位（ただし，入所開始30日間だけ）

若年性認知症利用者受入加算 120単位

サービス提供体制強化加算I 12単位

介護職員処遇改善加算I 1月につき 所定単位×3.9/1000

・法定代理受領の場合は，利用者負担金は，1割相当額となります。

(2) 介護保険給付対象外サービスとその費用

i) 食事材料代

・食事材料代は，次のおとりです。

朝食 200円

昼食 280円

夕食 300円

おやつ 83円 ※1日当り863円

ii) おむつ代

・実費としますが，お持ち込みも出来ます。

iii) 理髪・美容代

・実費とします。

iv) 娯楽費

・実費とします。

v) 居室の利用料

・1ヶ月当り22,000円（月途中での入退所の場合は，日割り計算とします。）

vi) 光熱水費

・1ヶ月当り9,000円（月途中での入退所の場合は，日割り計算とします。）

vii) エアーマット使用料

・一日 100円（実使用日数）

viii) 医療用絆創膏代

・実費とします。

ix) 日常生活上必要となる諸費用経費

- ・日常生活品の購入代金等，利用者の日常生活に要する費用で，利用者に負担して貰うことが適当であるものに係る費用は，利用者の負担とさせていただきます。（実費負担）
- ・利用者またはその家族等が，契約終了後も居室を明渡さない場合等には，本来の契約終了日から現実に居室が明渡された日までの期間に係る居室利用料を，日割り計算して徴収させていただきます。
- ・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は，相当の額に変更させていただきます。その場合には，事前に変更の内容と変更する事由について，変更する２ヶ月前までに契約者へ説明をさせていただきます。

（３）利用料の支払方法

- ・介護保険の給付対象となるサービスの利用料金と介護保険の給付対象とならないサービスの利用料金は，１ヶ月毎に計算して請求させていただきます。
- ・請求書は，翌月の１０日までに契約された方へ郵送，手渡しいずれかの方法でお渡しいたします。
- ・請求書が届きましたら，翌月の１５日までに次のいずれかの方法でお支払い下さい。

i) 窓口支払

直接，グループホームとうごう苑の事務所へお支払ください。

ii) 口座振込

鹿児島銀行東郷代理店 普通預金 口座番号 2358523

口座名義 社会福祉法人祥健会 理事長 松尾眞一郎 の口座へお振込下さい。

※その場合の振込依頼者名は，利用者の名前をお願いいたします。

※その場合の振込手数料は，誠に恐縮ですが，振込依頼者の方でご負担下さいますようお願いいたします。

7. サービス利用に当たっての留意事項

- ・団体生活の秩序を保つために，職員や他の利用者を排斥する行為は厳に慎み，相互の親和を図って明るい雰囲気づくりに努めて下さい。
- ・騒音の発生，放歌高吟等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。
- ・承諾なしに，他の利用者の居室に立ち入らないようにして下さい。
- ・生活を豊かなものにするために，余暇を善用し，退行機能の回復を図って，健康の保持に努めて下さい。
- ・機能訓練は，介護職員等の指導または見守りのもとで行って下さい。
- ・無断外出・外泊は，事故防止の観点から禁止いたします。外出・外泊は，それ以前に行き先と帰着予定日時等を申出て下さい。
- ・自らも事故防止に努め，事業所の建物，什器備品等は大切に取扱い，節水，節電等に協力して下さい。もし故意に事業所の建物，什器備品等を破損した場合は，賠償して頂くことがあります。
- ・貴重品や多額の現金等は，お持込にならないようにして下さい。
- ・利用等の変更は，早目に時間的余裕を持って行なって下さい。
- ・訪問される方は，面会の度に職員へ届出をして下さい。面会時間は，原則として午前９時から午後８時までとさせていただきます。また，宿泊を希望される方は，必ず管理者の許

可を得て下さい。

- ・ 転変地変，盗難その他当事者に帰すべきでない事由によって蒙った双方の損害に対しては，各相手側はその責を負わぬものとしますのでご了承下さい。
- ・ 事業所の責に帰すべき事由により利用者，利用者代理人に生じた損害については，事業所が賠償する責を負います。

8. 協力医療機関

名 称 とうごう苑診療所
所在地 薩摩川内市東郷町斧渕2501番地
電話番号 0996-42-2111
診 察 科 内科

名 称 医療法人 松尾医院
所在地 薩摩川内市東郷町斧渕314番地
電話番号 0996-42-0027
診 察 科 内科

名 称 社会福祉法人恩賜財団済生会川内病院
所在地 薩摩川内市原田町2番46号
電話番号 0996-23-5221
診 察 科 内科・外科・整形外科・眼科

名 称 薩摩郡医師会病院
所在地 薩摩郡宮之城町轟町510番地
電話番号 0996-53-0326
診 察 科 内科・外科・整形外科・眼科

名 称 医療法人 瀬口歯科医院
所在地 薩摩川内市東郷町斧渕277番地
電話番号 0996-42-0061
診 察 科 歯科

9. 協力施設

名 称 介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム とうごう苑
所在地 薩摩川内市東郷町斧渕2501番地
電話番号 0996-42-2111

名 称 介護老人保健施設 グラン・ベリテひわき
所在地 薩摩川内市樋脇町市比野2995番地
電話番号 0996-38-2500

名 称 介護老人保健施設 グレースホーム
所在地 薩摩川内市東郷町斧渕8920番地

電話番号 0996-21-6311

10. 災害時の対応

(1) 消防計画

- ・別に定めます。

平成21年 3月27日消防署へ届出済

防火管理者 中島 ひとみ

(2) 避難訓練

- ・年4回以上、火災、地震、水害等を想定した訓練を実施します。

(3) 防災設備

- ・火災報知器、火災受信機、火災通報装置、避難通路への誘導灯、非常用照明、煙探知器、温度探知器、非常用遠隔操作器、無断外出防止用探知器、警備赤外線装置

11. 事故発生時の対応

- (1) 本事業所は、利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合には、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとする。

- (2) 本事業所は、前項の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ものとする。

- (3) 本事業所は、利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとする。

12. 苦情の受付

(1) 当事業所相談室

- ・担当者 中間 みゆき, 中島 ひとみ (左記不在の場合は, 当日日勤職員)
- ・相談受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:30～17:00
- ・相談方法 電話 (0996-21-6551, 0996-42-0211)
面談 (各棟に相談室があります。)

(2) 行政機関その他の苦情受付

名称	薩摩川内市役所 東郷支所地域振興課 健康福祉グループ
所在地	薩摩川内市東郷町斧淵362番地
電話番号	0996-42-1111
FAX番号	0996-42-0767
受付時間	9:00～17:00

名称	国民健康保険団体連合会 介護国保課 (自治会館内)
所在地	鹿児島市鴨池新町7-4
電話番号	099-206-1084
FAX番号	099-206-1066
受付時間	9:00～17:00

名 称 鹿児島県福祉サービス運営適正化委員会
所 在 地 鹿児島市鴨池新町1-7
電話番号 099-286-2200
FAX 番号 099-257-5707
受付時間 9:00~17:00

(3) 第三者委員 [氏名] 古川純子 (42-1358)
松坂一郎 (42-4325)
木場正守 (42-1020)

認知症対応型共同生活介護サービス及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスのご契約に際し、
本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

平成 年 月 日

グループホームとうごう苑

説明者職名 _____

氏 名 _____ 印

私は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、グループホームとうごう苑の利用契約締結
に同意しました。

平成 年 月 日

利 用 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者の代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

個人情報使用同意書

私達（利用者及びその家族）に関する個人情報については、下記に記載する事項に限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

利用者に係る医療上で必要な場合。若しくは、介護計画の作成等との連絡調整において必要な場合。

2. 使用条件

- 個人情報の提供は、必要最小限度とし、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に細心の注意を払うこと。
- 個人情報を使用した場合は、使用目的、立会者名、使用責任者名、使用内容等の経緯、経過を記録しておくこと。

平成 年 月 日

利用者 住所 _____
氏名 _____ 印

利用者の代理人 住所 _____
氏名 _____ 印
続柄 _____

社会福祉法人 祥健会

グループホームとうごう苑

管理者 中間 みゆき 殿