

認知症対応型共同生活介護

グループホームかないわ

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(金沢市指定 第 1790100224 号)

当事業所は、利用者に対して「認知症対応型共同生活介護サービス」を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容や契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

目 次

1. 事業者（法人）の概要
2. 事業所の概要
3. 共同生活介護等の目的及び運営方針
4. 設備の概要
5. 職員の体制
6. 職員の勤務体制
7. サービスの内容と費用
8. 利用料金等のお支払方法
9. サービス内容に関する苦情等相談窓口
10. 緊急時等の対応
11. 事故発生時の対応
12. 非常災害時の対策について

1. 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人社団 博友会
代表者名	代表 菊地 勤
所在地	(住所) 金沢市駅西本町6丁目15番41号 (電話) 076-233-1811 (FAX) 076-233-8603

2. 事業所の概要

事業所の名称	グループホームかないわ
所在地	(住所) 金沢市金石北1丁目19番16号 (電話) 076-255-6634 (FAX) 076-266-2131 (Eメール) kanaiwa-gh@knh.or.jp
事業所番号	1790100224
管理者の名前	大岩 安代

3. 共同生活介護等の目的及び運営方針

(1) 目的

共同生活住居の管理者やスタッフが、要介護者であって認知症の状態にあるもの（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く）に対し、適切なサービスを提供することを目的とする。

(2) 運営方針

- ・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等を行なう事により、入居者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるようにする。
- ・入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立った指定認知症対応型共同生活介護の提供に努める。
- ・地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、他の地域密着型サービス事業者、他の地域密着型介護予防サービス事業者、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の密接な連携に努める。

(3) その他

- ・認知症対応型共同生活介護計画等の作成及び事後評価については、計画作成担当者を中心に、入居者の直面している課題等を評価し、入居者やその家族の希望を踏まえて、介護スタッフと協議の上、認知症対応型共同生活介護計画等を作成します。

4. 設備の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨造 3階建
- (2) 延べ床面積 754.37 m²

(3) 併設事業 当事業所では、次の事業を併設して実施しています。
小規模多機能居宅介護事業

設備の種類	室数等	備 考
居間・食堂	1室	キッチン（台所）等が設置されています。
居 室	9室	全室個室、ベッド、エアコン、収納家具等
浴室・脱衣場	1室	一般浴
洗面・便所	3室	共用としてご利用いただきます。
洗濯室	1室	洗濯・乾燥機が設置されています。
地域交流センター	1室	1階にあります。
足 湯		1階テラスにあります。

5. 職員の体制（各ユニット）

スタッフの職種	人数	区分				職務の内容
		常勤（人）		非常勤（人）		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1名		1名			従業者や業務の管理、計画作成担当者を兼務
計画作成担当者	1名		1名			介護計画の作成、他事業所との兼務
介護職員	6名 以上	5名 以上	1名 以上	1名 以上		管理者に指示された介護サービス提供に必要な業務

6. 職員の勤務体制

スタッフの職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯 日 勤 : 8:30~17:30 (原則)	4週8休
介護支援専門員	日 勤 : 8:30~17:30 (原則)	
介護職員	早 番 7:00~16:00 中 番 8:30~17:30 遅 番 9:30~18:30 夜 勤 17:00~翌9:00 【体制】日 勤:3人 夜 勤:1人	4週8休

7. サービスの内容と費用

(1) サービス内容

種類	内容
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養と入居者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・ 食事はできるだけ離床して食堂でとって頂けるよう配慮します。 (食事時間) 朝食 7時30分～8時30分 昼食 12時～13時 夕食 18時～19時
排泄の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入居者の状況に応じて適切な排泄介助を行なうとともに、排泄の自立についても適切な援助を行ないます。
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各自にあわせ入浴または清拭を行ないます。
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行なわれるよう介助します。 ・ シーツ交換は週1回、寝具の消毒は年1回実施します。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。
相談および援助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当施設は、入居者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行なうよう努めます。
おむつの提供	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入居者の希望に応じて提供します。
水道光熱費	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活に関わる水道光熱費

(2) 費用

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。

保険給付サービス	要介護度別に応じて定められた金額(省令により変更あり)から介護保険給付額を除いた金額が利用者負担額になります。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、利用者の負担額を変更します。
----------	---

■地域区分：7級地・・・1単位あたり10.14円

	基本利用料	加算	月額家賃	月額水道光熱費	食材料費	
	1日単位				1日	1ヵ月
要支援2	749単位	個人及びサービス内容による	40,000円	21,000円	1,500円	45,000円
要介護1	753単位					
要介護2	788単位					
要介護3	812単位					
要介護4	828単位					
要介護5	845単位					

その他の料金		
医療連携体制加算（Ⅰ）イ	57 単位／日	
医療連携体制加算（Ⅱ）	5 単位／日	
初期加算(入居後 30 日に限って)	30 単位／月（1 か月以上空いた場合も算定）	
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3 単位／日	
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4 単位／日	
サービス提供体制加算（Ⅰ）	22 単位／日	
サービス提供体制加算（Ⅱ）	18 単位／日	
サービス提供体制加算（Ⅲ）	6 単位／日	
退去時相談援助加算	400 単位（退去時）	
入居者の入退院支援の取り組み	246 単位／日	
口腔衛生管理体制加算	30 単位／月	
口腔・栄養スクリーニング加算	20 単位／6 ヶ月	
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100 単位／月	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200 単位／月	
栄養管理体制加算	30 単位／月	
看取り連携体制加算 ※1	死亡日 31～45 日前 72 単位/日 死亡日 4～30 日前 144 単位/日 死亡日 2～3 日前 680 単位/日 死亡日 1280 単位/日	
若年性認知症利用者受入加算	120 単位／日	
科学的介護推進体制加算	40 単位／月	
介護職員等処遇改善加算	合計単位数の 18.6%	
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10 単位／月	
協力医療機関連携加算	100 単位／月	
おむつ代（必要に応じこれ以外のものを使用する場合もあります）	かないわの物品を利用する方に限り、月額使用数に応じて請求いたします。	
紙パンツ M サイズ	1 袋（20 枚入り） 1,900 円（税込み）	
L サイズ	1 袋（20 枚入り） 2,100 円（税込み）	
尿とりパット	1 袋 1,000～1,900 円（税込み）	
テープ止めタイプ M サイズ	1 袋（24 枚入り） 1,900 円（税込み）	
L サイズ	1 袋（24 枚入り） 2,100 円（税込み）	
使い捨てプラスチック手袋	1 箱（100 枚入り） 500 円（税込み）	
おしり拭き	1 袋（120 枚入り） 800 円（税込み）	

※1 看取り連携体制加算…死亡日から 45 日前までが対象となりますので、遡ってご請求させていただく場合がございます。

※入退居月が 1 ヶ月に満たない場合は、全て日割りで計算します。

※外泊、入院等で居室を 24 時間以上空けられる月は、基本利用料と食材料費は日割りで計算しますが、家賃・水道光熱費は月額請求とします。

計算方法(1カ月)

(A : 介護度単位+加算単位) × 0.083 = B (処遇改善加算、小数点以下四捨五入)

1割負担の場合 (A+B) × 10.14 = C C × 0.9 = D (国保請求、小数点以下切り捨て) C-D = E (利用者負担)

2割負担の場合 (A+B) × 10.14 = C C × 0.8 = D (国保請求、小数点以下切り捨て) C-D = E (利用者負担)

3割負担の場合 (A+B) × 10.14 = C C × 0.7 = D (国保請求、小数点以下切り捨て) C-D = E (利用者負担)

その他のサービス利用料金

<ul style="list-style-type: none"> ・ 交通費 ・ おむつ代 ・ その他日常生活品費 	<p>通常事業地域：半径 10km 圏内 (概ね、金石、大野、鞍月、大徳、戸板等)</p> <p>通常の事業の実施地域を超える場合の送迎：片道 1km 毎 100 円 各種実費相当額</p> <p>日常生活においても通常必要となるものにかかる費用であって、利用者が負担することが適当と認められる費用につき、実費を徴収します。</p>
--	--

8. 利用料金等のお支払方法

毎月、「7. サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した、前月分の利用料金等を利用料明細書にて翌月 15 日までに請求し、20 日前後にご指定の口座から自動引き落としにてお支払いいただきます。※入金確認後、領収証を発行します。

9. サービス内容に関する苦情の相談受付について

当事業所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。

- (1) 苦情受付担当者 [職名] 管理者 (電話 076-255-6635)
- (2) 苦情解決責任者 [職名] 代表 (電話 076-233-1811)
- (3) 第三者委員 苦情解決に要する社会性や客観性の確保と利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するために「第三者委員」を設置しています。
- (4) 受付時間 平日月曜日～金曜日 9:00～17:00

なお、当ホームで解決できない苦情は石川県国民保険団体連合会(国保連)または市町に申し立てできます。

金沢市福祉健康局 介護保険課	所在地 金沢市広坂 1-1-1 電話番号 076-220-2264 受付時間 9:00～17:45
介護サービス苦情相談窓口	所在地 金沢市幸町 12-1 (石川県幸町庁舎 4 階) 電話番号 076-231-1110 受付時間 9:00～17:00
石川県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 金沢市本多町 3-1-10 (社会福祉会館内) 電話番号 076-234-2556 受付時間 9:00～17:00

10. 提供するサービスの第三者評価の状況について

実施の有無	有
実施した直近の年月日	令和6年10月30日
実施した評価機関の名称	特定非営利活動法人 シナジースマイル
評価結果の開示状況	事業所玄関に掲示

11. 緊急時等の対応

- (1) 現に、指定認知症対応共同生活介護等の提供を行っている時に、入居者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。
- (2) 入居者が病状の重度化や加齢による衰弱で、終末期の状態になった場合、医療機関（主治医）家族などと協力し、その人らしい尊重した看取りを行うなどの必要な措置を講じます。（後記説明書添付）

12. 事故発生時の対応

- (1) 指定認知症対応型共同生活介護等の提供により、事故が発生した場合は市町、入居者の家族等に連絡を行なうと共に必要な措置を講じます。
- (2) 前項の事故の状況及び事故に対してとった処置を記録します。
- (3) 入居者に対する指定認知症対応型共同生活介護等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います。
- (4) 入居者の外出時及び徘徊等において近隣に賠償すべき事故が発生した場合、当該グループホームは入居者及びその御家族と協議のうえ速やかに損害賠償を行います。（後記説明書添付）

13. 非常災害時の対策

別途定める「グループホームかないわ消防計画」に則り対応を行いません。

令和 年 月 日

事業者 住所：金沢市駅西本町6丁目15番41号
事業者名：医療法人社団 博友会
事業所名：グループホームかないわ
事業者番号：1790100224
代表者名： 菊地 勤

説明者 職名：

氏名： _____ (印)

私は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護等のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

入居者 住所： _____

氏名： _____ (印)

身元引受人 住所： _____

氏名： _____ (印)

代筆者 住所： _____

氏名： _____ (印)

利用者及び契約者は、当事業所のホームページ,広報誌,SNS 等における利用者個人の写真の掲載に

- ・ 同意します
- ・ 同意しません