

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)

株式会社コラボケア

(グループホーム虹色の家)

重要事項説明書

(認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護)

令和6年4月1日

貴殿に対する介護サービス及び介護予防サービスの提供の開始にあたり、下記の通り重要事項の説明を致します。(提供するサービスは介護保険法並びに介護保険法に關係する厚生労働省令告示内容に基づいています。)

1. 実施主体概要

| | |
|-------|---|
| 名称 | 株式会社コラボケア |
| 所在地 | 広島県尾道市高須町 5755 番地の 1 |
| 連絡先 | 電話番号 (0848) 55-1480 FAX 番号 (0848) 47-1115 |
| 法人種別 | 株式会社 |
| 代表者氏名 | 代表取締役 工藤孝之 |

2. 事業所の運営目的・方針

(事業の目的)

株式会社コラボケアが開設するグループホーム虹色の家(以下「事業所」という。)は指定認知症対応型共同生活介護事業・指定介護予防認知症対応型共同生活介護の事業(以下「事業」という。)を行う。適正な運営を確保する為人員及び管理運営に関する事項を定める。要支援2又は要介護状態であつて認知症の状態である利用者に対し、理念に基づき個々の人格を尊重した、心安らぐ安心した生活を送れる事を目的とする。

(運営の方針)

1. 事業所の介護従事者は、認知症の方の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事、その他生活全般にわたる適切な援助、支援を行う。
2. 認知症対応型共同生活介護計画・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にならないよう配慮し、援助・支援を行う。
3. 事業の実施に当っては、地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

3. 事業所の概要

| | |
|--------|---|
| 施設の名称 | グループホーム虹色の家 |
| 施設の所在地 | 広島県福山市高西町南 100-1 |
| 連絡先 | 電話番号 (084) 939-5117 FAX 番号 (084) 939-5118 |
| 事業所番号 | 指定事業所番号第 3491501940 号 |

4. 施設の概要

(1) 敷地及び建物

| | |
|-------|-----------------------|
| 敷地 | 693.80 m ² |
| 建物・構造 | 鉄骨造・2階建て |
| 延床面積 | 501.60 m ² |

(2) 設備概要

| | | | |
|---------|--|------|-------------------|
| 定員 | 18人（全室個室） | 居室面積 | 10 m ² |
| 設備内容(数) | 浴室(2) 脱衣場(2) 食堂兼談話室(2) トイレ(6) 台所(2) スタッフルーム(1) 相談室(1) | | |
| 緊急通報装置 | 脱衣場、浴室、各トイレ、各居室にナースコールを設置 | | |

5. 職員体制

| | | 常勤 | 非常勤 | 兼務の別 | 合計 | 業務内容 |
|---------|-----------------|--|-----|------|-----|--|
| 管理者 | | 1名 | 名 | 1名 | 1名 | 介護従業者及び業務の管理 (介護職員と兼務) |
| 計画作成担当者 | | 1名 | 1名 | 2名 | 2名 | 介護計画の作成等に係わる 業務及び介護を行う (介護職員と兼務) |
| 介護従事者 | 看護師 | 名 | 1名 | 名 | 1名 | 健康管理等に係わる援助 |
| | 准看護師 | 名 | 名 | 名 | 名 | |
| | 介護福祉士 | 1名 | 名 | 名 | 1名 | 入浴・排泄・食事等生活全般 に係わる援助 |
| | 実務者研修 | 2名 | 名 | 名 | 2名 | |
| | ヘルパー2級 初任者研修 | 2名 | 7名 | 名 | 9名 | |
| | 無資格 | | 名 | | 名 | |
| その他 | | 名 | 1名 | 名 | 1名 | 調理職員他 |
| 合計 | | 7名 | 10名 | | 17名 | |
| 職員の勤務体制 | | ① 日勤 9:00～18:00 ② 早出 7:00～16:00 ③ 遅出 10:00～19:00 ④ 夜勤 17:00～ 9:00 | | | | |

6. 施設サービスの概要

(1)介護保険給付サービス

【食事】

利用者の身体状況、嗜好、栄養バランスに配慮した食事を提供します。

また、定期的に行う嗜好調査や残菜調査等の結果を分析し、献立の改善に努めます。

食事は離床して、食堂・談話室でお召し上がりいただくよう配慮します。

※体調不良の場合は、居室まで配膳します。

(朝食) 午前 7 時～午前 8 時

(昼食) 午前 11 時 45 分～午後 1 時

(夕食) 午後 5 時 30 分～午後 19 時

【入浴】

ご入居者の身体状況に応じた入浴介助及び自立度に応じたサービスを提供します。

基本的には週 2～3 回の入浴又は清拭を行います。

【排泄】

利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立支援をし、日中はトイレでの排泄を基本とし、夜間は個々の状況に応じた対応を行います。

【日常生活の介助】

寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。

生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。

個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。

洗濯、居室内の清掃、シーツ交換、寝具の交換等適切な環境整備が行われるよう配慮します。

【機能訓練(生活リハビリ)】

入居者の状況に応じて適切な援助を行い、生活機能の維持・改善に努めます。具体的にはレクリエーションへの参加、屋外への散歩、食事作り作業を通し、個々の意欲を高めるよう働きかけ、生活機能の低下を予防します。

【健康管理】

定期的な往診及び利用者の状況に応じ、医療機関への受診を援助します。

感染症の発生及び蔓延を予防する為、予防接種など必要な措置を実施します。

また、緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関に責任をもって引継ぎます。看護職員による日常の健康管理(健康状態の把握)も行います。

【相談及び援助】

入居者及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うよう努めます。

【協力医療機関】

| 医療機関名 | 所在地 | 主な診療科目 |
|----------|---------------------|----------|
| 加納内科消化器科 | 尾道市高須町 3 6 5 9 - 1 | 内科・消化器科 |
| 田川内科医院 | 福山市高西町 1 - 7 - 3 0 | 内科 |
| 高橋医院 | 尾道市高須町 2 6 9 4 | 内科 |
| 能宗クリニック | 尾道市土堂 2 - 6 - 1 7 | 形成外科／皮膚科 |
| 甲斐歯科医院 | 福山市芦田町下有地 9 8 0 - 2 | 歯科（訪問） |

(2) サービスの利用に当たっての留意事項**【面会】**

面会は予約制です。面会日時について事前に事業所へお知らせください。
また、他の利用者の方にご迷惑がかからないようお願い致します。

【外出・外泊】

外出・外泊の際には、必ず行き先（又は宿泊先）・帰宅時間を職員に申し出て下さい。

【医療機関への受診】

原則としてご家族に同行して頂きます。

【喫煙】

喫煙は決められた場所以外ではお断りいたします。

【迷惑行為等】

騒音等、他の利用者の迷惑となる行為はご遠慮ください。

【所持品の管理】

ご愛用の家具や調度品・装飾品等はお持込みいただいて結構です。
ただし、自己管理とし破損・紛失などのトラブルに関しては一切の責任は負いません。

【所持金・貴金属（宝飾品）等の管理】

原則として、所持はお控え下さい。必要となる物品購入等に関しましては預り金から実費充当させて頂きます。また、所持の場合は自己管理とし紛失等のトラブルに関しては一切の責任は負いません。

【宗教活動・政治活動】

利用者の思想、信教は自由ですが、施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

【その他】

施設内へのペット類の持込み及び飼育はお断り致します。居室内では火気の使用は

禁とします。また、刃物類・危険物の持ち込みもお断り致します。

7. 入居条件

- ① 要介護認定の判定で要支援2から要介護5までの認定を受けた方。
- ② かかりつけ医師の診断書等で認知症を有する状態にあることが確認できる方。
- ③ 少人数による共同生活を営むことができる方。

8. 利用料金

(1) 基本料金

※サービス費用に対し各自の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります。

以下の自己負担額は負担割合1割の場合の金額です。

ア) 指定認知症対応型共同生活介護

| | 介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額 | 介護保険適用時の1ヶ月(30日として算 定)あたりの自己負担額の目安 |
|------|-------------------------|---------------------------------------|
| 要介護1 | 753円 | 22,590円(1割) |
| 要介護2 | 788円 | 23,640円(1割) |
| 要介護3 | 812円 | 24,360円(1割) |
| 要介護4 | 828円 | 24,840円(1割) |
| 要介護5 | 845円 | 25,350円(1割) |

イ) 指定介護予防認知症対応型共同生活介護

| | 介護保険適用時の 1日あたりの自己負担額 | 介護保険適用時の1ヶ月(30日として算 定)あたりの自己負担額の目安 |
|------|-------------------------|---------------------------------------|
| 要支援2 | 749円 | 22,470円(1割) |

| 加算の項目 | 単価 | 内容 |
|-------------------------------------|-------|---------------------------|
| 初期加算(入居30日間及び1ヶ月以上入院した後、再入居した場合) | 30 | 1日につき 30円 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | | 1日につき 円 |
| 医療連携体制加算(Ⅰハ) | 37 | 1日につき 37円 |
| 看取り介護加算 | | |
| 死亡日以前31～45日以下 | 72 | 1日につき 72円 |
| 死亡日以前4～30日 | 144 | 1日につき 144円 |
| 死亡日前日及び前々日 | 680 | 1日につき 680円 |
| 死亡日 | 1,280 | 1日につき 1,280円 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ・ベースアップ加算 (※令和6年5月まで) | | 算定した単位数の1000分の104に相当する単位数 |

| | |
|------------------------|---------------------------|
| (※令和6年6月～) 介護職員処遇改善加算Ⅲ | 算定した単位数の1000分の155に相当する単位数 |
|------------------------|---------------------------|

(2) 介護保険サービス以外の利用料
(認知症共同生活介護・介護予防認知症共同生活介護)

| | | 内 容 |
|------|---------|--|
| 家 賃 | 50,000円 | |
| 管理費 | 17,000円 | 施設維持費・修繕費・事務管理部門の人件費及びそれぞれの管理・運営に関する費用 |
| 光熱費 | 12,000円 | 施設水道光熱費 |
| 食材料費 | 45,300円 | 朝食 370円/昼食 570円/夕食 570円 (1,510円) |

※1ヶ月を30日として計算記載しております。

※月中途の入退居（入院含む）は家賃・管理費を日割り計算にてご負担いただきます

(3) 利用者の選択によるサービスの利用料

役所等への手続きの代行業務・・・500円

病院への付添（協力機関以外）・・・1時間以内 1,500円

その後30分毎にプラス500円

(4) その他の費用

入居一時金について

入居の際、入居一時金300,000円が必要となります。

※1年以内の退去に関しては、入居一時金の半額を返金いたします。

それ以外の退去に関しては入居一時金の3分の2を返金いたします。

但し、居室クリーニング費及び修繕費を差し引いた金額を返金いたします。

◎クリーニング及び修繕費用目安（令和6年3月）

・居室クリーニング（エアコン含む）・・・30,000円

・カーテン取替（本体+レース）・・・20,000円

・壁紙張替え（天井以外）・・・・・・・・52,000円

・床張替え（特殊クッションフロア）・150,000円

8. 料金の支払方法

毎月7日までに利用明細書によりご請求いたしますので、当月13日までにお支払い願います。なお、領収書はお支払い後に発行いたします。

お支払いの方法は、銀行振込・事業所への持参払いのいずれかの方法をお選び下さい。

〈振込先〉

中国銀行／東尾道支店（普通預金）口座番号：1081614

しまなみ信用金庫/高須支店（普通預金）口座番号：0101852

口座名義：株式会社コラボケア 代表取締役 工藤孝之

9. 入退居の手続き

(1) 入居手続き

まずはお電話等でお申込みください。

ご利用のお申込みは、当該施設指定の申込用紙に必要事項をご記入いただき、必要書類を添付して提出ください。ご提出いただいた書類をもとに、ご本人・ご家族との面接を実施し、その他の身体状況、認知症症状の程度をご確認させていただき、指定認知症対応型共同生活介護サービス又は指定介護予防認知症共同生活介護サービスに適した状態であるかどうかを判定いたします。

(2) 退居手続き

①ご利用者の都合で退居される場合

退居を希望される1ヶ月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。

- ・ご利用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利用者の要介護認定区分が、非該当(自立・要支援1)と認定された場合
- ・ご利用者が亡くなられた場合

③その他

- ・ご利用者又はその家族が、事業所やその従業員に対して契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合及び共同生活が困難になった場合は、文章で通知した後に退居していただく場合があります。
- ・ご利用者が病院又は診療所に入院し、明らかに2ヶ月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後2ヶ月を経過しても退院できないことが明らかになった場合は、退居していただく場合があります。
- ・サービス料金の支払いが1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも係らず、14日以内に支払いがない場合は、文章で通知した後に退居していただく場合があります。

10. サービス内容等に関する苦情対応

(1) 苦情窓口

- ・当該施設の相談・苦情受付窓口

[担当者]：管理者 ○○○○

[連絡先]：電話 (084) 939-5117 FAX (084) 939-5118

- ・当該施設の苦情解決責任者

[担当者]：管理者 ○○○○

[対応時間]：午前9時から午後6時(時間外対応も行っています)

(2)円滑迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

①担当者の設置

経験のある管理者を担当者とする。

②状況調査及び原因究明

調査が適正且つ迅速に行なわれるよう、職員全員は担当者に協力する。

③具体的対処案の策定

調査結果を基に、瑕疵(かし)の有無や、客観的にみた責任の有無を総合的に判断し、具体的対処案を策定する。必要に応じて、利用者や、苦情に直接関与する職員から対処案に対する意見を聴取する。

④ご利用者に対する説明・報告

具体的対処案を実行し、利用者に対して説明・報告する。利用者からの理解を得られた時点で、当該苦情の処理を終えたものとする。従って、理解が得られない場合は、対処案を再検討し、できるだけ理解が得られるように努める。

⑤再発防止の検討

苦情事例について類似の再発を防止するため、月1回のスタッフ会議において、検討していく。

以上の処理体制を取りながら、

⑥苦情などがあった場合は、直ちに担当者が相手方に連絡を取り直接訪問する等し、詳しい事情を聞くとともに、直接処遇職員からも事情を確認する。

⑦担当者が必要であると感じた場合は、管理者を含めて検討会議を行う。(検討会議を行わない場合でも、必ず管理者までは処理結果を報告する)。

⑧検討の結果、(利用者に謝罪に行く等)速やかに具体的な対応をとる。

⑨記録を取り、台帳に保管し、再発防止に役立てる。

(3)その他

①当該施設を含めたサービス事業者に瑕疵がある等、その利用者に損害を与えた場合は、出来るだけ円満に解決するような善後策を講ずる。

②普段から苦情が出ないようなサービス提供に心がける。(朝・夕の引継ぎ、連絡ノートで確認、職員に対する研修の実施、利用者とのコミュニケーションを大切にする)

③その他の相談窓口

★公的機関の窓口

● 福山市市役所介護保険課

電話:084-928-1166 (福山市東桜町3番5号)

受付時間:月~金 8:30~17:15 (祝除く)

● 広島県国民健康保険団体連合会

e-mail: kokuhoso@hirosima-cdas.or.jp

電話:082-554-0782 Fax:082-511-9126

1.1. 非常災害対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対応する計画に基づき、また消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

〈非常時の対応〉:「消防計画」に従って対応いたします。

〈近隣との協力関係〉：非常時の相互の応援を約束します。

〈平常時の訓練等〉：別途定める「消防計画」に基づき、年2回昼間及び夜間を想定した避難訓練を、入居者の方も参加して実施致します。

〈防災設備〉：自動火災報知器・非常通報装置・誘導灯・非常用電源・スプリンクラー
※カーテン等は防火性能があるものを使用しています。

〈消防計画等〉：消防署への届出

【防火管理者】 ○○○○

1 2. 損害賠償

介護サービス提供中に、ご利用者の生命・身体・財産に対して賠償すべき事故が発生した場合は誠意をもって速やかに損害賠償いたします。

ただし、天変地異等の不可抗力による場合等、事業者に故意過失がなかった場合はこの限りではありません。

また、事故発生時にご利用者に重大な過失があった場合は損害賠償を減じることがあります。

★契約保険会社★

損害保険ジャパン株式会社 「事業活動総合保険」

1 3. 緊急時・事故発生時の対応方法

①サービス提供中に容態に変化等があった場合は、医師・救急隊・ご家族等へ速やかに連絡致します。

②サービス提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置・医療機関への搬送等の処置を講じ、速やかにご利用者がお住まいの市町村・ご家族等に連絡を行います。
また、事故の状況及び事故に関してと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。

1 4. 身体拘束の禁止

ご利用者又はその他のご利用者等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、身体拘束は行いません。

やむを得ず身体拘束、その他ご利用者の行動を制限する行為を行う場合は、ご家族の同意を得て行い、その理由・態様・時間及び利用者の状況等を記録し報告いたします。

※詳しくは別紙「身体拘束に関するマニュアル」を参照してください。

1 5. 秘密の保持及び個人情報保護について

①事業所の従業者は、在職中はもとより離職後も正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者及び家族の秘密をもらしません。

②事業者は、ご利用者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、あらかじめ文章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。

③事業者は会議等で個人情報を用いる場合には会議の内容・参加者等を記録に残し、利用者及び家族の要望があれば、いつでも閲覧できるものとします。

16. 運営推進会議の実施について

利用者及び市町職員並びに地域住民の代表等に対し、提供するサービス内容等を明らかにすると共に地域との連携を保ち、更にはその提供するサービスの質の確保及び向上を図る為に、運営推進会議を設置し2ヶ月に1回程度開催いたしますのでご理解とご参加をお願いいたします。

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の提供開始にあたり、ご入居者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所所在地 福山市高西町南100-1

事業所名 グループホーム虹色の家

説明者 氏名 _____ (印)

私は、本書面により、事業者から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についての重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

ご利用者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ (印) 続柄： _____