

(介護予防) (短期利用) 認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

グループホームブーフーウー（以下「事業所」という。）は、ご契約者に対して（介護予防）（短期利用）認知症対応型共同生活介護サービス（以下「介護サービス」という。）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、契約上ご留意いただきたいことを次の通り説明します。

1 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 姫路文化福祉会
法人所在地	明石市二見町西二見1601-1
電話番号	078-945-0701
代表者氏名	理事長 下林五枝
設立年月日	平成12年3月22日

2 利用施設（事業所）

施設の種類	(介護予防) (短期利用) 認知症対応型共同生活介護
施設の名称	グループホームブーフーウー
施設の所在地	明石市二見町西二見1606
電話番号	078-945-0711
ホーム長(管理者)氏名	曾賀 充
開設年月日	平成16年11月1日
入所定員	18名

☆ 短期利用共同生活介護（ショートステイ）とは定員の範囲内で、空室を利用するもので1名を上限とし、30日以内の利用期間で運用します。ショートステイ利用の場合は、その居室（入院等の事由により空室となった）のご利用者およびご家族のご了承を得ることといたします。

3 事業所の目的

認知症のある要介護（要支援）状態の被保険者（以下、「利用者」という。）について、介護サービス計画に基づき、家庭的な環境の中で、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他日常生活上の支援、機能訓練、健康管理及び療養上の介助を行うことにより、利用者がその有する能力に応じて自立的な日常生活を営むことができるように援助することを目的とします。

4 事業所の運営方針

認知症になり要介護（要支援）状態となっても、尊厳を大事にしてコミュニケーションを円滑にします。そして、最後まで本人らしい生活をしていくことを目的に、共同生活を営むためのいろいろなサービスを提供します。

5 居室等の概要

居室・設備の種類	フーの家（2階） ウーの家（1階）	
	室数	備考
居室（1人部屋）	9室	洗面、収納庫付き
食堂	1室	LD
居間	1室	LD
台所	1室	対面式
浴室	1室	一般浴
脱衣室	1室	
洗濯室	1室	
スタッフルーム	1室	

6 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して介護サービスを提供する職員として、1ユニットあたり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。

職 種	配置及び職務
1 ホーム長（管理者）	1名（兼務） 事業所及び職員の管理を行います
2 介護計画作成担当者	1名以上（兼務） ホームでの生活において、円滑に過ごすためのケアプランを作成させていただきます
3 介護職員	7名以上（常勤換算） 身の回りのお手伝いをさせていただきます

〈主な職員の勤務体制〉＊職員の勤務については指定基準を遵守しています。

職種	勤務体制	配置人員
ホーム長（管理者）	9：00～18：00	1名
介護職員	日勤 9：30～18：30	1名
	準日勤 8：00～17：00	1名
	早出 7：00～16：00	1名

	準遅出 11:00～20:00	1名
	遅出 12:00～21:00	1名
	夜勤 21:00～7:00	1名

7 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ①利用料金の一部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。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

《サービスの概要》

①食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養並びにご利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・ご利用者の残存能力を考慮して自立支援のため、食事作りに加わって頂く機会を多く持ちます。 ・食事時間は制限致しませんが、おおよその目安は、朝食：8:00～ 昼食：12:00～ 夕食：17:00～ です。
②入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・1週間に2回以上入浴又は清拭をおこないます。
③排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
④機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の心身等の回復を図る「生活リハビリ」を中心に機能訓練活動を行います。
⑤生活支援	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活上の世話（離床・着替え・整容・掃除・洗濯等）を、ご利用者の能力に応じて援助します。
⑥その他自立への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・残された能力を最大限発揮し、生活意欲が引き出せるよう、ご利用者の趣味・嗜好に応じて多様なプログラムを取り入れます。

《サービス料金（1日あたり）》

【別紙】料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金（介護保険給付額）の1割または2割か3割をお支払いいただきます。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

介護保険の給付の対象となるサービス以外のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。(【別紙】料金表)

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第7条参照)

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、翌月末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) 窓口で現金支払

(イ) 下記指定口座への振込み

播州信用金庫 市場支店

普通預金 1095124

シバヤシ イキ

社会福祉法人姫路文化福祉会 理事長 下林 五枝

(ウ) 郵便局への振込み

8 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、ご利用者の希望により、下記協力医療機関において診療・往診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	西村医院
所在地	加古川市野口町水足 1874-1
診療科	内科・胃腸科・リハビリテーション科

(2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	川畑歯科医院
所在地	明石市田町 1-9-30

9 入居の手続き (必要な書類など)

- ① 介護保険被保険者証
- ② 医療保険被保険者証
- ③ 身体障害者手帳 (障害のある方)

<注意>更新毎に必ず施設までお届けください

10 入院に係る取り扱い

入居サービスを受けている場合において、ご利用者が病院または診療所に入院した場合は、サービスを一旦中止した翌日から介護サービス費（介護保険1割または2割負担か3割負担分）は、算定されません。但し住居費、光熱水費、共益費の居室に係る料金については入院中も費用がかかります。

1 1 事業所を退所していただく場合（契約終了について）

(1) 当事業所との契約では、契約が終了する期日は特に定めていません。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、仮に次のような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了し、ご利用者に退所していただくことになります。（契約書第15条参照）

- ① 認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援1と判断された場合
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ③ ホームの滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスが不可能になった場合
- ④ 当ホーム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 ご利用者から退所の申し出があった場合（詳細は次をご参照下さい。）
- ⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は次をご参照下さい。）

(2) ご利用者から退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第16条、第17条）により退所していただく場合、契約の有効期間であっても、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7日前までに解約届出書をご提出ください。但し、次の場合には即時に契約を解約・解除し、ホームを退所することができます。

- 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 ご利用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重大な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 他の利用者がご利用者の身体・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取らない場合

(3) 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）（契約書第18条参照）次の事項に該当する場合には、当ホームから退所していただくことになります。

- | |
|--|
| <p>① ご利用者が、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ない、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</p> <p>② ご利用者による、サービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、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</p> <p>③ ご利用者が故意又は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・精神・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不正行為を行なうことよって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合</p> <p>④ ご利用者が連続して2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</p> <p>⑤ ご利用者が指定介護老人福祉施設・介護老人保健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</p> |
|--|

1.2 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、契約者やその家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。また、必要に応じ市町村に報告します。

1.3 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	ホーム長 曾賀 充
-------------	-----------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。

- (3) 苦情解決体制を整備しています。

- (4) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置

委員会は定期的に開催し、指針の整備、虐待防止を啓発・普及するための定期的な研修の実施、委員会の決定事項等は従業者に周知徹底を図ります。

1.4 雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保について

男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策に取り組みます。

ハラスメントに関する責任者	ホーム長 曾賀 充
---------------	-----------

1.5 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症の発生及びまん延等に関する取り組みの徹底を求める観点から委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シュミレーション）の実施等取り組みます。
（令和6年3月31日まで経過措置期間あり）

1.6 業務継続計画の策定等

感染症や非常事態の発生時において、業務を継続的に実施、再開するために計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的で開催するなどの措置を講じます。
（令和6年3月31日まで経過措置期間あり）

1.7 地域密着型サービス第三者評価について

地域密着型サービスのうち認知症対応型共同生活介護事業所については、サービスの質の観点から、少なくとも年に1回は都道府県が認証した評価機関の実施する第三者評価を受け、その結果を公表する事が義務付けられています。
また、第三者評価機関からのアンケートのご協力もお願いしております。

1.8 苦情の受付について（契約書第22条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

苦情受付窓口（担当者）	グループホームブーフーワー ホーム長 / 主任（計画作成担当者） TEL：（078）945-0711
受付時間	随時

○ また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

明石市福祉部高齢者総合支援室	所在地 明石市中崎1丁目5-1 TEL：（078）918-5091 FAX：（078）919-4060
明石市福祉局福祉施設安全課	所在地 明石市中崎1丁目5-1 西庁舎4階 TEL：（078）918-5279 FAX：（078）918-5114
兵庫県国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9-1-1801号 TEL：（078）332-5601 FAX：（078）332-5650 受付 介護保険課 苦情処理係

19 認知症高齢者グループホームに係る情報提供の項目について

(1) 各項目内容等については、別紙の所定様式に記載

20 その他

(1) 通院・入退院時の送迎

緊急時を除き、通院・入退院時の送迎は、代理人のご協力をお願いします。

(2) 入院時の対応

入院中の対応は、代理人でお願いします。

指定（介護予防）（短期利用）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。

令和 年 月 日

社会福祉法人姫路文化福祉会
グループホームブーフーウー
説明者 : 職名

氏名

印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、（介護予防）（短期利用）認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者(契約者) : 住所

氏名

印

上記代理人 : 住所

氏名

印

利用者との関係