

グループホーム緑の里

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)

【介護保険事業所番号 3790300200 】

当事業所はご契約者に対して介護サービス提供開始にあたり、厚生省令第37号第173条8条に基づいて、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1 事業者

法 人 名	社会福祉法人 敬世会
法 人 の 所 在 地	坂出市川津町1986番地8
法 人 種 別	社会福祉法人
代 表 者 名	理事長 永井 弘
電 話 番 号	0877-45-0007

2 ご利用施設

事 業 所 の 名 称	グループホーム 緑の里
事 業 所 の 所 在 地	〒762-0043 坂出市寿町一丁目3番1号
代 表 者 名	永井 智恵子
管 理 者 名	吉田 勇樹
電 話 番 号	0877-45-1160
ファクシミリ番号	0877-45-0077

3 事業の目的と運営の方針

事 業 の 目 的	・家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、利用者がその有する能力に応じ、安心と尊厳のある生活を可能な限り自立して営むことができるよう支援します。
施 設 運 営 の 方 針	・利用者の人権を尊重し、個別の介護計画に基づき利用者の自己実現にむけて必要とする適切なサービスを提供します。

4 施設の概要

(1) 敷地および建物

建 物	敷 地	1,527.72㎡
	構 造	鉄筋コンクリート造り一部鉄骨建（耐火建築）
	延べ床面積	2478.01㎡（内592.42㎡）
	利 用 定 員	9名×2ユニット 18名

(2)主な設備

南ユニット

設 備 の 種 類	数	面 積	1 人当りの面積
食 堂 兼 居 間	ホール	1 2 5 . 6 6 m ²	1 3 . 9 6 m ²
浴室及び脱衣室	1 室	1 2 . 3 8 m ²	1 . 3 8 m ²
便 所	2 個所	8 . 0 6 m ²	0 . 9 0 m ²
居 室	9 室 (定員 9 名)	1 1 2 . 6 4 m ²	1 2 . 5 2 m ²

北ユニット

設 備 の 種 類	数	面 積	1 人当りの面積
食 堂 兼 居 間	ホール	1 2 7 . 2 6 m ²	1 4 . 1 4 m ²
浴室及び脱衣室	1 室	1 1 . 4 7 m ²	1 . 2 7 m ²
便 所	2 個所	8 . 0 6 m ²	0 . 9 0 m ²
居 室	9 室 (定員 9 名)	1 1 3 . 4 2 m ²	1 2 . 6 0 m ²

5 職員体制 (主たる職員)

従 業 者 の 職 種	常勤換算後の人員	事業者の指定基準
管 理 者	1 以上	1
計画作成担当者	2 以上	2
介 護 従 事 者	11.5 以上	11.5

※常勤換算とは、勤務延時間数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数で除した数です。

6 職員の勤務体制

従 業 者 の 職 種	勤 務 体 制	休暇
管 理 者	常勤で 3 交替勤務	原則として 4 週 8 休
計画作成担当者	常勤で 3 交替勤務	
介 護 従 事 者	常勤で 3 交替勤務	
備 考	日勤 (1 0 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0) 早出 (7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0) 夜勤 (1 6 : 0 0 ~ 9 : 0 0)	

7 (1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	・管理栄養士の立てる献立により、栄養と利用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。 (ただし、食材料費は給付対象外です。) ・自立支援のため可能な方は、盛り付け、配膳、下膳、後片付け等を職員と一緒にしていただきます。 (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 ・食事時間は利用者のペース、体調にあわせて柔軟に対応いたします。
排 泄	・利用者の尊厳を損なうことなく、状況に応じて適切な介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴の介助	・週2回の入浴を基準とし、体調によっては清拭を行い身体の清潔保持に努めます
着替え等の介助	・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。 ・シーツ交換は週1回を目安に実施し、汚れた場合には随時交換します。
健 康 管 理	・日常的な健康管理に努めます。 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等に責任を持って引き継ぎます。 ・当法人の看護師や契約を結んだ訪問看護師が医療ニーズに対して適切な対応がとれる体制をとっております。
相談及び援助	・当施設は、入所者およびそのご家族からの相談があれば誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口担当者) 管理者 吉田勇樹 リーダー 法兼由里子

8 利用料金

(1) 基本報酬

(介護保険負担割合証により、1割負担、2割負担、3割負担となります)

要介護度	1日あたりの利用者負担 (1割負担の場合)	1日あたりの利用者負担 (2割負担の場合)	1日あたりの利用者負担 (3割負担の場合)
要支援2	749円/1日	1,498円/1日	2,247円/1日
要介護1	753円/1日	1,506円/1日	2,259円/1日
要介護2	788円/1日	1,576円/1日	2,364円/1日
要介護3	812円/1日	1,624円/1日	2,436円/1日
要介護4	828円/1日	1,656円/1日	2,484円/1日
要介護5	845円/1日	1,690円/1日	2,535円/1日

(2) 加算について

	1日あたりの利用者負担 (1割負担の場合)	1日あたりの利用者負担 (2割負担の場合)	1日あたりの利用者負担 (3割負担の場合)
初期加算	30円/1日	60円/1日	90円/1日
医療連携体制加算	37円/1日	74円/1日	111円/1日
科学的介護推進体制加算	40円/1月	80円/1月	120円/1月
処遇改善加算(Ⅱ)	基本報酬+加算×17.8%の1割	基本報酬+加算×17.8%の2割	基本報酬+加算×17.8%の3割
認知症対応サービス提供体制強化加算Ⅲ	6円/1日	12円/1日	18円/1日

※ご入居後30日間は、初期加算を加算させていただきます。

※医療連携体制加算は、日常的な健康管理や、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる体制をとっている場合に加算されます。

※上記の加算以外に認知症専門ケア加算13単位/日、看取り介護加算72単位/日・144単位/日・680単位/日・1280単位/日、栄養管理体制加算30単位/月、若年性認知症利用者受入加算120単位/日、退去時相談援助加算400単位/回、口腔衛生管理体制加算30単位/月、退去時情報提供加算250単位/回、新興感染症等施設療養費240単位/日、入院時費用246単位/日は発生時に算定させていただきます。

(3) 介護保険対象外利用料

家賃	1,632円/1日	
食事等の提供	・栄養士による食材の検収により、新鮮で安価な食事を提供します。	1700円/1日 朝食 400円 昼食 650円 夕食 650円
おむつの提供	・利用者の状態に合わせご持参ください。こちらでも対応可能です。	実費
理美容サービス	・出張理髪サービスをご利用いただけます。	カット 実費 パーマ 実費

行政手続きの代行	・市役所での書類の申請交付、申請手続き等を代理で行います。	実費 (郵送、交通費等)
その他の日常生活費	・文化的で豊かな生活となるよう行事計画にそってレクリエーションや季節行事を企画しております。 ・その他必要と認められる共用日常生活品	教養娯楽費 150 円／1 日 (税別)
寝具代	・寝具一式	80 円／1 日
水 光 熱 費	・水光熱費一式	400 円／1 日

(4) 月途中の入居又は退去については当該月の暦日数で、日割り計算いたします。

(5) 支払い方法は、月ごとに発行する請求書に基づき以下の方法でお支払いください。

(ア) 銀行口座振込

伊予銀行 坂出支店 普通 1284519 社会福祉法人 敬世会 理事 永井 弘
口座振込みの場合の振り込み手数料はご契約者様の負担となります。また、振込みの際の送金者は、ご家族様でなくご契約者の名前にてお振込ください。

(イ) 口座引き落とし

ゆうちょ銀行以外であれば口座引落しが可能ですが、伊予銀行以外の口座引落しは引落とし手数料が発生し、ご契約者様の負担となります。(伊予銀行以外引落とし手数料 165 円) また引落とし完了となるまでお時間をいただくことがございます。

9 事故発生時の対応

- (1) 当事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに保険者、利用者の家族、居宅介護支援事業者等関係各機関に報告すると共に、必要な措置を行います。また、事故の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
- (2) 当事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償責任保険により対応いたします。

10 提供するサービスの第三者評価の実施状況

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から運営推進会議にて地域の方々の公正中立なサービス評価を年1回受け、結果を公表しています。

11 苦情等申し立て先

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。

ご利用者 相談窓口	苦情受付担当者 管理者 吉田勇樹 苦情受付責任者 法人本部 草薙貴光 ご利用時間 常時 電話：0877-45-1160
--------------	--

	第三者委員 今池 良雄（０８７７－４６－６６６１） 茶本 純子（０８７７－４６－３３７３） 宮竹 光浩（０８７７－４４－０５２７）
--	--

行政機関その他苦情受付機関

坂出市福祉事務所 か い ご課	所在地 坂出市室町２丁目３番５号 電話番号 0877-44-5090・FAX 0877-45-5028 受付時間 午前９時～午後５時
香川県国民健康保険 団 体 連 合 会	所在地 高松市福岡町 2-3-2 電話番号 087-822-7431・FAX 087-822-6023 受付時間 午前９時～午後５時
福祉サービス運営 適 正 化 委 員 会	所在地 高松市番町１丁目１０番３５号 電話番号 087-861-1300・FAX 087-833-3022 受付時間 午前９時～午後５時

１２ 協力医療機関

医療機関の名称	永井整形外科医院
所 在 地	坂出市川津町２７３０番地
電 話 番 号	０８７７－４５－１１７７
診 療 科	整形外科 内科 外科

医療機関の名称	かじはらペインクリニック
所 在 地	坂出市川津町２７８５番地１
電 話 番 号	０８７７－４５－１１０１
診 療 科	麻酔科

医療機関の名称	永井循環器内科医院
所 在 地	坂出市川津町２８００－１
電 話 番 号	０８７７－４４－１１７７
診 療 科	循環器科 内科

医療機関の名称	いわた歯科医院
所 在 地	坂出市旭町一丁目 1-17
電 話 番 号	０８７７－４６－５０２６
診 療 科	歯科 訪問歯科

医療機関の名称	武部歯科医院
所在地	坂出市文京町1-2-1
電話番号	0877-46-1800
診療科	歯科 口腔外科 訪問歯科

1.3 非常災害時の対策

非常時の対応	「グループホーム緑の里 消防・防災計画」に則り対応いたします。	
訓練等	年2回（1回以上は夜間を想定した）防災訓練を、入居者参加のもと実施します。 年1回は災害訓練を行います。	
防災設備	設備名称	設備名称
	スプリンクラー	消火器具
	自動火災報知機	火災通報装置
	誘導灯	誘導標識
	ガス漏れ報知機	
	カーテンは防災性能のあるものを使用	

1.4 業務継続計画の策定について

- ① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ② 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施します。
- ③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1.5 虐待の防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) 委員会等、虐待防止のために必要な措置

虐待に関する責任者は管理者とし、虐待の防止やサービス提供中に、虐待を受けたと思われる利用者を見つけた場合は、速やかに、必要な対応を講じます。

1.6 身体拘束の防止について

当施設は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し 同意を得た上で、次に掲げることが留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等について記録を行います。また当施設

として、身体拘束を廃止するための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性…直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性…身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・危険が及ぶことを防止することが出来ない場合に限りします。
- (3) 一時性…利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

17 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

来 訪 ・ 面 会	来訪者は、面会時必ず職員に来訪を告げて下さい。 来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。 ＊感染症の発生等で一時的に面会をご遠慮いただくことがございますのであらかじめご了承下さい。
外 出 ・ 外 泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。
医療機関受診時の 付き添い対応につ いて	原則、ご家族による付き添い対応をお願いしております。
居室・設備・ 器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫 煙	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。
迷 惑 行 為 等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教活動・政治活 動	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。
動 物 飼 育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。
ハラスメント行為	(1) 事業者の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。 (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。 (3) サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載すること。 ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります

私は、本書面に基づいてグループホーム緑の里の職員

(職名_____ 氏名_____) から上記重要事項の説明を受けた
ことを確認します。

令和_____年_____月_____日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

署名代行者 住所 _____

氏名 _____ 印 続柄 _____

身元引受人 住所 _____

氏名 _____ 印 続柄 _____

認知症対応型共同生活介護サービス開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。
グループホーム 緑の里

説明者職名_____ 氏名_____ 印

