

指定（介護予防）認知症対応型
共同生活介護
重要事項説明書

医療法人社団 明佑会

グループホーム ひかり

重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

＜令和5年1月1日現在＞

名称	医療法人社団 明佑会			
所在地	〒866-0061 熊本県八代市渡町 1717			
法人種別	医療法人社団			
代表者	理事長 峯 苜 貴明			
連絡先	TEL	(0965) 62-8721	FAX	(0965) 62-8725
	携帯		E-mail	info@minetoma-hos.jp

2. 事業所の概要

名称	グループホーム ひかり			
所在地	〒866-0061 熊本県八代市渡町 1717 番地			
開設者	峯 苜 貴明			
管理者	石山 勝			
連絡先	TEL	(0965) 62-8468	FAX	(0965) 62-8467
	携帯	080-8563-6813	E-mail	ghhikari@minetoma-hos.jp

3. 事業の目的及び運営方針

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の適正な運営を確保する為に介護保険法等の関係法令に従い、人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護者（要支援2、要介護1～5）であって認知症の状態にある物に、食事・入浴・排泄等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、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ことができるよう支援し、共同生活介護サービスを提供することを目的とします。また、小規模な生活の場（9名）を単位とした共同生活住居において、食事の支度や掃除、洗濯等をスタッフが利用者とともに共同で行い、一日中家庭的で落ち着いた雰囲気の中で生活を送ることにより、認知症の症状の進行を穏やかにし、その認知症の方々に対しては過去に体験したことがある役割などを持っていただくとともに、住み慣れた地域においての交流や活動を通し、潜在的な能力に働きかけることで入居者様の日常生活に必要な能力を再び引き出し、「生活様式を再構築(在宅生活の復帰)する」ことが可能になるようケアを実践していくことを運営方針とします。

4.計画の作成及び評価

計画作成担当者が、入居者又は入居者の代理人、入居者の家族又は身元引受人もしくはその後見人等の希望をもとに介護従業者と協議の上、(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画を作成します。入居者に対する心身の状態観察や介護等から直面している課題等を評価し、入居者及び入居者の代理人、入居者の家族又は身元引受人もしくはその後見人に説明し、同意を得るものとします。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面(サービス報告書)に記載して説明のうえ交付します。

5.建物・設備の概要

敷地面積	7,349 m ²
構造・階数	木造 1 階建て
延床面積	423,03 m ²
利用定員	9 名
居室面積 (1 人部屋)	9.70 m ² (内法)
共用施設	食堂・居間・台所・浴室・脱衣室・地域交流(多目的)室・便所

6.職員の体制

勤務形態	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務
管理者	0	1 名 (介護福祉士と兼務)	0	0
計画作成 担当者	0	1 名以上 (介護福祉士と兼務)	0	0
介護 従事者	4 名以上	内 2 名 (管理者・計画作成担当者と兼務)	0	1 名以上

7.職員の勤務体制

区分	勤務時間
・常勤	① 7:00~16:00 ⑦ 8:00~12:00
・非常勤	② 8:00~17:00 ⑧ 13:00~17:00
・常勤	③ 11:00~20:00 ⑨ 16:30~0:00
兼務	④ 7:00~11:00 ⑩ 0:00~9:30
・非常勤	⑤ 12:00~16:00 ⑪ 7:00~12:00
兼務	⑥ 16:00~20:00 ⑫ 17:00~20:00
夜勤	16:30~翌 9:30 (夜間及び深夜の時間帯 21:00~翌 6:00)

8.サービスの内容と利用料

(1) (介護保険給付サービス)

種類	内容	利用料（1日）下記単価記載。
食事	<ul style="list-style-type: none"> 入居者の心身の状況、嗜好、栄養バランスに配慮した食事を提供します。※食材料費は給付対象外。 食事においては離床し、食堂にてとっていただくよう配慮します。 食事時間（入居者の生活やペースに合わせて対応します） 朝食 8：00～、昼食 12：00～、夕食 17：00～ おやつ 10：00～、15：00～ 	<ul style="list-style-type: none"> ○初期加算 30単位 ○サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18単位 (介護予防) 認知症対応型・短期利用認知症対応型共同生活介護費(Ⅰ) ・要支援 2 760 (788) 単位 ・要介護 1 764 (792) 単位 ・要介護 2 800 (828) 単位
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 入居者の心身の状況に応じ、適切な排泄方法により排泄の介助と排泄の自立支援を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護 3 823 (853) 単位 ・要介護 4 840 (869) 単位 ・要介護 5 858 (886) 単位
入浴	<ul style="list-style-type: none"> 入居者の心身の状況に応じ、適切な入浴の介助と入浴の自立支援及び清拭を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護 5 858 (886) 単位
日常生活上のお世話	<ul style="list-style-type: none"> 離床 入居者の心身の状況に応じ、寝たきりの予防、防止のため離床に努めます。 着替え 入居者の心身の状況に応じ、衣服の着脱のお手伝いを行います。 整容 入居者の心身の状況に応じ、身の回りのお手伝いを行います。 寝具清掃・シーツ交換・健康管理 居室内の掃除・洗濯・役所手続きの代行 	<ul style="list-style-type: none"> ○医療連携体制加算(Ⅰ) 39単位 ○若年性認知症利用者受入加算 120単位 ○口腔衛生管理体制加算 30単位 ○口腔栄養スクリーニング加算 20単位 ○生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位 ○科学的介護推進体制加算 40単位 ○介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数×11.1% ○介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数×3.1% ○認知症対応型共同生活介護 介護職員等ベースアップ等支援加算 2.3%
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> 離床援助、菜園、家事、掃除、洗濯共同作業、屋外散歩や外出による生活機能の維持・向上改善に努めます。 	<ul style="list-style-type: none"> ○退去時相談援助加算
医師による往診手配等	<ul style="list-style-type: none"> 医師による往診手配その他療養上の世話をを行います。 	<ul style="list-style-type: none"> (1人につき1回を限度) 400単位 ○看取り介護加算
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> 入居者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 死亡日以前 31日以上 45日以下 72単位 (死亡日以前 4～30日) 144単位 (死亡日の前日及び前々日) 680単位 (死亡日) 1,280単位
レクリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ご利用者の能力に応じて、個別的若しくは集団的にレクリエーション(歌唱、体操等)を行い、生活機能の維持・向上改善に努めます。 	<ul style="list-style-type: none"> ※各種加算の算定に関しては、ご利用者様毎に異なります。 ※介護保険改定に伴い自己負担額の変動がある場合があります。

※上記料金表内の介護保険利用料に関しては1割負担の場合の単位数。

※法定代理受領分においては介護報酬告示上の額に、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担

割合を乗じた額とし、法定代理受領分以外は介護報酬告示上の10割の支払いを受けるものとします。

(2) 介護保険給付外費用

種 類	内 容	
※下記は介護保険給付の対象外の費用です。実費をお支払いください。		
家 賃	1,300 円/日	39,000 円/30 日
修 理 積 立 費	100 円/日	
※修理積立費の用途…退去時における居室等の修理に係る費用と致します。但し、積立費以上の修理を必要とした場合は不足分を請求致します。尚、修理を行わなかった場合や積立費以下の修理を行った場合における費用の差額においては返却致します。		
食 材 料 費	1,260 円/日	37,800 円/30 日 (内訳 朝食 330 円 昼食 500 円 夕食 430 円)
水 道 光 熱 費	500 円/日	15,000 円/30 日
共 益 費	450 円/日	13,500 円/30 日
※共益費の用途…共用設備 (消防, 空調, 家電製品, 洗濯室, 車両等の保守維持管理費及び共用空間等) における日常生活サービスに係る費用と致します。		
お む つ 代	75 円/1 枚をお支払いください。	
理 美 容 代	1800 円をお支払いください。	
娯 楽 費	実費をお支払いください。	
そ の 他	※上記の他、医療費、行事にかかる費用など指定 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護の提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であり、その利用者様にご負担頂くことが適当と認められる費用においては、別途自己負担になりますので必要時に実費をお支払いください。	

9. 入居にあたっての留意事項

面 会	<ul style="list-style-type: none"> ・来訪者は面会の都度、職員に届け出て下さい。 ・宿泊される際は、必ず申し出て下さい。
外 出 ・ 外 泊	<ul style="list-style-type: none"> ・外出、外出前には、必ず行き先と出発・帰着予定日時を届け出て下さい。 ・上記事項変更の際には速やかにご連絡下さい。
住 居 ・ 居 室 の 利 用	この住居 (共同生活住居内) の設備、備品等は本来の用途、用法に従って大切に ご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた際は、賠償していただく 場合があります。
迷 惑 行 為	承諾、許可なしに他の入居者の居室に立ち入らないで下さい。
喫 煙	決められた場所以外での喫煙はご遠慮下さい。
飲 酒	入居時または事前に職員にご相談下さい。
宗教・政治活動	住居内での他の入所者に対する執拗な宗教及び政治活動はご遠慮下さい。
動 物 飼 育	住居内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
そ の 他	その他上記に記載のない事項、ご要望ご不明な点は随時ご相談に応じます。

10. 利用料、利用者負担額その他の費用の請求及び支払い方法について

<p>①請求方法等 (介護保険を適用する場合)、 その他の費用の請求方法等</p>	<p>利用料、利用者負担額その他の費用の額は、サービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求致します。 上記に係る請求書は、毎月10日までに「8. サービスの内容と利用料」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたします。</p>
<p>②支払い方法等 (介護保険を適用する場合)、 その他の費用の支払い方法等</p>	<p>利用者負担額及びその他の費用の支払いは、原則としてご指定金融機関口座からの自動振替とさせていただきます。利用料は、1カ月単位とし、当該月の利用料は翌月20日にご利用様が指定する口座より振替えますので、20日までにご準備下さい。 ※入金確認後、領収証を発行致します。</p>

※費用 利用者負担額、減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額となります。

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、料金表の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。領収証は、後に利用料の償還払いを受ける時に必要となりますので保管ください。

※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、料金表の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。領収証は、後に利用料の償還払いを受ける時に必要となりますので保管ください。

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

11. サービス内容に関する苦情等相談窓口

<p>苦情・相談窓口</p>	<p>解決責任者・・・介護事業部統括部長 ご利用方法 TEL(0965)62-8468 FAX(0965)62-8467 E-mail ghhikari@minetoma-hos.jp ※その他 事業所訪問による面接は随時対応致します。</p>
<p>担当者</p>	<p>管理者・主任・計画作成担当者</p>

※上記にて解決困難な場合は、下記にも申し立てが出来ますので、その際は必要な報告や諸手続き・連携・協力をお願い致します。

<p>八代市介護保険課</p>	<p>TEL(代表)</p>	<p>(0965)32-1175</p>
<p>熊本県国民健康保険団体連合会</p>	<p>TEL(代表)</p>	<p>(096)214-1101</p>

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	① あり	実 施 日	令和4年2月23日
		結果の開示	① あり 2 なし
2 なし			
自己評価及び外部評価の実施状況	① あり	実 施 日	令和4年2月23日
		評価機関名称	特定非営利活動法人 あすなる福祉サービス評価機構
		結果の開示	① あり 2 なし
2 なし			
第三者評価の実施状況	① あり	実 施 日	令和4年3月24日
		評価機関名称	あすなる福祉サービス評価機構
		結果の開示	① あり 2 なし
2 なし			

1 2.非常災害時の対策

非常時の対応 別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。 別途定める「医療法人社団明佑会 グループホーム ひかり消防計画」にのっとり年2回、3月と11月に夜間及び昼間を想定した地域との共同避難訓練を、入居者様も一緒に行っています。

○消防用設備等の種類

八代広域行政事務組合消防長より平成25年2月27日に下記の消防用設備等、消防法第17条の技術上の基準又は設備等設置維持計画に適合していることの証明を得ています。

- ・ 消火器具 粉末ABC10型 2個
- ・ 特定施設水道連結型スプリンクラー設備
- ・ 自動火災通報装置
- ・ 火災通報装置
- ・ 誘導灯 避難口（B級） 5個
- ・ 共同空間及び各居室のカーテンは、全て防炎性能のあるものを使用しています。

防火管理者：石山 勝 資格等：甲種防火管理者講習

1.3. 協力医療機関等

1. 名称 医療法人社団 明佑会 峯苔医院

所在地 〒866-0061

熊本県八代市渡町 1717 番地

電話番号 (0965) 62-8721 (FAX) (0965) 62-8725

診療科目 整形外科、胃腸内科、循環器内科、内科、外科、リハビリテーション科

2. 名称 松下歯科医院

所在地 〒866-0062

熊本県八代市豊原中町字南原 2360-1

電話番号 (0965) 35-1881

診療科 歯科

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	① あり	(その内容) 施設賠償責任保険
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	① あり	(その内容) 居宅賠償責任保険
	2 なし	

1.4. 夜間緊急時等の対応機関及び支援体制の概要

当施設は、法人内の医療・看護・介護職の専門職の連携により運動機能評価、入居者の生活リハやその他機能訓練の強化を図っていきます。また、介護老人保健施設八祥苑と夜間緊急時等の認知症状に対する対応の強化及び、その他災害時における利用者の受け入れや支援体制の強化を図っていきます。

1.5. 緊急連絡先

・緊急連絡先一覧

主治医	医療機関名・医師名	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先 1	氏名	続柄
	住所	
	電話番号	携帯
緊急連絡先 2	氏名	続柄
	住所	
	電話番号	携帯
緊急連絡先 3	氏名	続柄
	住所	
	電話番号	携帯

個人情報及び守秘義務に関する同意書

【個人情報保護の趣旨】

当事業所が保有する利用者及びそのご家族に関する個人情報については、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。また、従業員等については退職後も継続いたします。

【個人情報利用範囲】

利用者及びそのご家族の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いらさせていただきます。

- 適切なサービスを円滑に行なうために、連携が必要な場合の情報共有のため
- サービス提供に係る請求業務などの事務手続き
- サービス利用にかかわる管理運営事務（会計、経理、事務報告、サービスの質の向上に関わる業務）のため
- 緊急時等の医師（医療機関）、介護関係機関への連絡、連携のため
- ご家族（キーパーソンなど）及び後見人などへの状況説明及び報告のため
- 当事業所の維持、改善にかかる資料のため
- 当事業所の職員研修などにおける資料のため
- 法令上義務付けられている各関係機関からの依頼があった場合の確認及び照会のため
- 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供並びに保険会社等への届出、相談等のため
- 特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する
- その他、公益に資する運營業務（基礎資料作成、「医療」「福祉」の発展に資する協力、実習協力など）

※当事業所における「介護サービス提供記録」及び「経過記録」等に関しては、ご利用者本人やそのご家族の求めに応じて開示致します。

【肖像権について】

当事業所の「ホームページ」「パンフレット」「事業所内研修」「掲示物」「広報誌」などにおいて、ご利用者及びご家族の映像、写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして以下に○をご記入下さい。

同意する ・ 同意しない

※当法人が「医療及び福祉の発展」「社会貢献」等として特に認めた場合に限り、「行政機関」「日本医師会」等の撮影協力や依頼に伴い上記について使用させていただく場合もございます。

同意書

私は、下記の変更に伴い事業者（乙）よりの説明を受け、この内容に同意いたします。

- 一、（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービス内容説明書
- 一、（介護予防）認知症対応型共同生活介護重要事項説明書
- 一、個人情報及び守秘義務に関する同意書

※ サービス利用「請求書」及び「領収書」の送付先にチェックをお願いいたします。

【その他の送付先】（住 所）〒

（氏名）

- 利用者（甲）様へお渡しする場合、チェックまたは送付先の記入は不要です

令和 年 月 日

利用者（甲） 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

利用者家族代表 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

（ご利用者様本人の判断能力又は身体機能に障害が見られる場合において代筆が必要な場合等選任した場合）

当事業者は、利用者（甲）に対し「サービス内容説明書」「重要事項説明書」「個人情報及び守秘義務に関する同意書」に基づいて、認知症対応型共同生活介護サービス等の内容及び重要事項の説明を行ないました。

令和 年 月 日

説明者 職 名 管理者・施設長

氏 名 石山 勝 (印)

事業者（乙） 所在地 熊本県八代市渡町 1717 番地

事業者（法人）名 医療法人社団 明佑会

事業所名称 グループホーム ひかり

代表者名 理事長 峯苔 貴明 (印)