

指定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

グループホーム たぶのき

重要事項説明書

社会福祉法人

福井ゆうあい会

(事業の目的)

第1条 社会福祉法人福井ゆうあい会が、指定地域密着型サービスに該当する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（以下「認知症対応型共同生活介護」という）の事業として設置運営する、グループホーム たぶのき（以下「事業所」という。）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定める。

事業所は、認知症であり要支援又は要介護状態と認定された利用者（以下、「入居者」という。）に対し、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、入居者が有する能力に応じ、可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事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、入居者の社会的孤立感の解消及び生活機能の維持又は向上を目指すし、ならびに家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

(運営の方針)

- 第2条
1. 事業所は、明るく家庭的な雰囲気を持ち、事業所の職員は入居者の人権擁護を第一義に、入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場にたったサービス提供に努める。また、個別の介護計画を作成することにより、入居者が必要とする適切なサービスを提供する。
 2. 本事業の運営にあたっては、関係市町村及び地域の保健・医療・福祉サービスを提供する他の事業者とも密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。
 3. 入居者及びその家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。
 4. 入居者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう入居者の心身の状況を踏まえ、適切なサービスを提供する。

(事業所の名称等)

第3条 事業所の名称及び所在地は、次の通りとする。

- (1) 名 称 グループホーム たぶのき
- (2) 所在地 福井市大願寺3丁目3-6
- (3) 事業所番号 1890100637
- (4) 電話番号 0776-27-3940

(職員の種類及び定数)

第4条 事業所の職員の種類及び定数は、次の通りとする。

- (1) 管理者 1名(兼務)
- (2) 計画作成担当者 1名(兼務)
- (3) 介護職員 管理者及び計画作成担当者を含め夜間及び深夜の時間帯以外に常勤換算方法で利用者対職員が3:1以上になるよう配置。

(職員の職務内容)

第5条 前条に定める職員の職務内容は、次の通りとする。

- (1) 管理者 事業所の職員の管理及び業務の管理を一元的に行う。
- (2) 計画作成担当者 適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成するとともに事業所の他の介護従事者及び居宅介護支援事業者や他の機関との連携を行う。
- (3) 介護職員 入居者に対し、心身の状況を的確に把握し、必要な介護及び支援を行う。

(利用定員)

第6条 利用定員は、1ユニット9名とする。

(手続の説明等)

第7条 事業所は、認知症対応型共同生活介護サービス・介護予防認知症対応型共同生活介護サービス(以下「認知症対応型共同生活介護サービス」という)の提供に際し、あらかじめ利用申込者又はその家族に対し、サービス選択に必要な重要事項を記した文書を交付して説明を行い、利用申込者の同意を得る。

(事業内容と利用料その他費用)

第8条 1. 事業所の認知症対応型共同生活介護の内容は、次の通りとする。

- (1) 日常生活上の援助
- (2) 入浴、排泄、食事等の介助
- (3) 日常生活の中での機能訓練
- (4) 相談、助言等に関すること

2. 事業所が提供する認知症対応型共同生活介護の利用料は、厚生労働大臣の定める基準によるものとし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証に記載の負担割合を乗じた額とする。

3. 事業所は前項の支払いを受ける額のほか、次の各号に掲げる支払いを入居者から受けることができる。

- (1) 居住費 2,400円(1日あたり)
- (2) 食材料費 1,375円(1日あたり)
【朝食 370円、昼食 530円、夕食475円】
- (3) おむつ代 (実費) 別表1参照

- (4) 前各号に掲げるものの他、日常生活で必要となるものに係る費用であつて、その利用者が負担することが適当と認められる費用（実費）
4. 前項の費用の支払いを受ける場合には、入居者又はその家族に対し、事前に当該内容や費用を説明した上で、その支払いに同意する旨の文書に署名押印を受ける。

《料金表》 別紙参照

※基準額に入居者の介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額となります。

(入退居に当たつての留意事項)

- 第9条 1. 認知症対応型共同生活介護の対象者は、要支援又は要介護状態と認定され認知症の状態にあり、かつ次の各号を満たすものとする。
- (1) 少人数による共同生活を営むことに支障が無いこと。
 - (2) 自傷他害のおそれが無いこと。
 - (3) 常時医療機関において治療をする必要が無いこと。
 - (4) 火災防止に努め、管理上支障のあるものを持ち込まないこと
2. 入居後入居者の状態が変化し、前項に該当しなくなった場合退居していただくことがある。在籍保障は原則1ヶ月とする。
3. 退居に際しては、入居者及びその家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、退居後も介護の継続性が維持されるように必要な援助を行うよう努める。

(介護計画の作成)

- 第10条 1. 認知症対応型共同生活介護サービスの開始に際し、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、個別に認知症対応型共同生活介護計画（以下、介護計画）を作成し、概ね3～6ヶ月毎に見直しを行う。
2. 介護計画の作成、変更の際には入居者又は家族に対し、当該計画の内容を説明し、同意を得る。
3. 介護計画を作成した際には、当該計画を入居者に交付する。

(勤務体制の確保等)

- 第11条 1. 事業所は、入居者に対し、適切な認知症対応型共同生活介護を提供するため、職員の勤務体制を定め、継続性を重視したサービスの提供に配慮する。
2. 事業所は、職員の資質向上をはかるため、次のとおり研修の機会を設ける。
- (1) 採用時研修 採用後2ヶ月以内
 - (2) 職種別研修 随時

(非常災害対策)

- 第12条 1. 事業所で火災及び地震等の災害が発生した場合は、職員は入居者の避難誘導を行い、さらに、火災の場合は職員による初期消火に努めることとする。
2. 事業所は非常災害に備え防火計画を定めるとともに、災害に対する対処方法、避難経路及び協力機関との連携を確認し、年2回は避難訓練及び消火訓練を行う。

(衛生管理)

- 第13条 事業所は、サービス提供に関する機械備品類を清潔に保持し、適宜消毒を施し常に衛生管理に留意する。さらに職員は感染症等に関する知識の習得に努める。

(秘密保持等)

- 第14条 1. 事業所の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を漏らさない。
2. 事業所は、従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じる。
3. 事業所は、サービス担当者会議等において、入居者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により入居者の同意を得る。

(緊急時の対応)

- 第15条 事業所等においてサービスを提供している際に、入居者の心身に異変その他緊急事態が生じた場合、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じる。

第16条

協力医療機関の概要及び協力内容	協力医療機関： 大滝クリニック 診療科：外科、内科、胃腸科、循環器科、心臓血管外科、整形外科、肛門科 住所 福井市大願寺3丁目9-3 三好歯科 住所 福井市4丁目23-5 協力内容：入居者の病状の急変に対応するため、通院、入院の処置等について必要密接な連携をとり、入院可能な体制をとります。
-----------------	--

※医療費は自己負担です。

※送迎、付添いは原則、家族対応です。

(利益供与等の禁止)

- 第17条 1. 事業所及び職員は、居宅介護支援を行う事業者又はその職員に対し、当該事業所を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。
2. 事業所及び職員は、居宅介護支援を行う事業者又はその職員から、当該事業所から退所する旨を紹介することの対償として、金品その他財産上の利益を収受してはならない。

(苦情の処理)

- 第18条 事業所は、サービス内容に関する利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、窓口を設置し、事実関係の調査及び説明、改善事項その他必要な措置を講じる。

苦情申出窓口

利用時間	月～土曜日	8：30～17：30
利用方法	電話	0776-27-3940 FAX 0776-27-3036
面接場所	グループホーム	たぶのき 相談室
苦情受付箱	グループホーム	たぶのき玄関に設置
	(ア)	苦情解決責任者 佐々木 理孝 (管理者)
	(イ)	苦情受付担当者 佐々木 理孝 (管理者)

苦情解決の方法

(1) 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面等により苦情受付担当者が随時受け付けます。
なお、第3者委員に直接苦情を申出することもできます。

(2) 苦情受付の報告、確認

苦情受付担当者が、受け付けた苦情を苦情解決責任者と第3者委員（苦情申出人が第3者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告します。
第3者委員は、内容を確認し苦情申出人に対して報告を受けた旨を通知します。

(3) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際苦情申出人は、第3者委員の助言や立会いを求めることができます。

なお、第3者委員の立会いにより話し合いは次により行います。

- ア. 第3者委員による苦情内容の確認
- イ. 第3者委員により解決案の調整、助言
- ウ. 話し合いの結果や改善事項の確認

(4) 行政機関その他苦情受付機関

本事業者で解決できない苦情は、下記の機関に直接申し出ることができます。

福井市福祉保健部 介護保険課	所在地 電話 FAX	福井市大手3丁目10-1 0776-20-5715 0776-20-5766
福井県 国民健康保険団体連合会	所在地 電話 FAX	福井市西開発4丁目202番1号 0776-57-1614 0776-57-1615
福井県社会福祉協議会	所在地 電話 FAX	福井市光陽2丁目3-22 0776-24-2339 0776-24-8942

(損害賠償)

第19条 事業所は、入居者に対し、サービス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う。ただし、事業所に故意の過失が認められない場合には、この限りでは無い。

(その他の運営に関する事項)

- 第20条
1. 事業所は、見やすい場所に運営内容、勤務体制、利用料その他サービス内容に関する事項を掲示しておく。
 2. 事業所は、地域住民やその自発的な活動等との連携・協力を行うなど地域との交流に努める。
 3. 事業所は、本事業の会計と、その他事業の会計を区分する。
 4. この規程に定める事項のほか、本事業の運営に関する重要事項は、当法人の理事長と事業所の管理者が協議して定める。

附則 この規程は、平成25年 8月 1日から施行する。
平成29年4月1日改訂
平成30年4月1日改訂
平成30年8月1日改訂
令和 3年4月1日改訂
令和 6年4月1日改訂

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

グループホーム たぶのき
説明者職名 管理者
氏 名 佐々木 理孝 印

私は、本書面に基づいて事業者からの重要事項の説明を受け、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。

入居者氏名

入居契約者氏名
住 所

氏 名 印

別表1

おむつ料金表

令和6年4月～自己負担額

種類	要介護1～5の方		
	枚数/月	自己負担額/月	
		課税世帯	非課税世帯
尿とりパッド パワフル	120枚	1,518円	607円
テープタイプ	50枚	2,365円	946円
パンツタイプ	50枚	2,200円	880円
テープタイプ	90枚	4,257円	1,702円
パンツタイプ	90枚	3,960円	1,584円
軽失禁用尿取りパッド 170cc	90枚	1,980円	792円
高吸収尿取りパッド(夜用)	30枚	825円	330円
高吸収尿取りパッド(夜用)	60枚	1,650円	660円

《すこやか介護用品支給事業》

※すこやか介護用品支給事業のおむつ料金については、変更になる場合がございます。