

重要事項説明書

(認知症対応型共同生活介護サービス)

社会福祉法人 信愛会
グループホーム グレース

重要事項説明書

(認知症対応型共同生活介護サービス)

この「重要事項説明書」は、「平群町指定地域密着型サービスに関する基準を定める条例及び「平群町指定地域密着型介護予防サービスに関する基準を定める条例(平成24年12月20日条例第23号)」の規定に基づき、指定認知症対応型共同生活介護サービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1. (グループホーム グレースについての相談窓口)

電話 0745-45-0865 (午前9時～午後6時まで)

* ご不明の点は、何でもお尋ね下さい。

2. (当施設の概要)

(1) 事業者概要及び提供できるサービス種類

法人名称	社会福祉法人 信愛会
施設名	グループホーム グレース
所在地・連絡先	奈良県生駒郡平群町大字越木塚336-1 電話 0745-45-0865 FAX 0745-45-8213
代表者名	理事長 馬本 隆夫
介護保険指定番号	認知症対応型共同生活介護 (奈良 2971400201)

(2) 施設の概要 (以下のものは施設全体のものです)

敷地	3747.18 m ²	
建物	構造	鉄骨造 (耐火建築)
	延べ床面積	663.28 m ²

(3) 施設の職員体制

従業者の職種	資格	常勤	非常勤	業務内容
ホーム長	1	1(管理者兼務)		
管理者	1	1(ホーム長兼務)		
計画作成者	介護支援専門員	2		施設サービス計画作成
介護職員等	介護福祉士 2級ヘルパー	6	6	

(4) 設備の概要

居室及び設備	室数	面積(一人当たりの面積)	備考
居室	18	232.92 m ² (12.94 m ²)	
居間 食堂 台所	2	154.99 m ² (17.22 m ²)	
浴室	2	9.87 m ²	
洗面・洗濯室	2	5.04 m ²	
トイレ	5	17.34 m ²	

(5) その他

社会福祉法人 信愛会が設置する事業

- | | |
|--------------|--------|
| 1. 特別養護老人ホーム | グレースの里 |
| 2. 老人デイサービス | グレース |
| 3. 短期入所事業 | グレース |
| 4. 老人居宅介護事業 | グレース |

3. (事業の目的と運営方針)

目的 要介護状態にある高齢者が認知症対応型共同生活介護施設に入居することにより施設サービス計画に基づき可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において日常生活上の適切な援助を提供します。

運営方針 要介護者等の心身の特性をふまえて、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、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の介護及び機能訓練を行うと共に、その人の意志及び人格を尊重し、その人の立場にたってサービスの提供に努めます。

4. (サービスの内容)

- ① 食事の提供
- ② 入浴・排泄の介護
- ③ 相談・援助
- ④ 健康管理
- ⑤ 理美容サービス
- ⑥ 趣味活動

5. (料 金)

状態区分	1日当たりの自己負担分			
	通常	短期	予防	予防短期
要支援 2			749 単位	777 単位
要介護 1	753 単位	781 単位		
要介護 2	788 単位	817 単位		
要介護 3	812 単位	841 単位		
要介護 4	828 単位	858 単位		
要介護 5	845 単位	874 単位		
1) 初期加算		30 単位	入所後 30 日限度	
2) 医療連携体制加算 I ハ		37 単位	1 日につき	
3) 医療連携体制加算 I ロ		47 単位	1 日につき	
4) 医療連携体制加算 I イ		57 単位	1 日につき	
5) 医療連携体制加算 II		5 単位	1 日につき	
6) 退居時相談援助加算		400 単位	1 回限り	
7) 認知症専門ケア加算 I		3 単位	1 日につき	
8) 認知症専門ケア加算 II		4 単位	1 日につき	
9) 生活機能向上連携加算 I		100 単位	1 月につき	
10) 生活機能向上連携加算 II		200 単位	1 月につき	
11) 栄養管理体制加算		30 単位	1 月につき	
12) 口腔衛生管理体制加算		30 単位	1 月につき	
13) 口腔栄養スクリーニング加算		20 単位	6 月に 1 回限度	
14) 科学的介護推進体制加算		40 単位	1 月につき	
15) サービス提供体制強化加算 I		22 単位	1 日につき	
16) サービス提供体制強化加算 II		18 単位	1 日につき	
17) サービス提供体制強化加算 III		6 単位	1 日につき	
18) 入院時費用		246 単位	月 6 日限度	
19) 看取り介護加算 1		72 単位	死亡日以前 31 日～45 日以下	
20) 看取り介護加算 2		144 単位	死亡日以前 4 日～30 日以下	
21) 看取り介護加算 3		680 単位	死亡日以前 2 日又は 3 日	
22) 看取り介護加算 4		1280 単位	死亡日	
23) 協力医療機関連携加算		100 単位又は 40 単位	1 月につき	
24) 退居時情報提供加算		250 単位	1 回につき	
25) 高齢者施設等感染対策向上加算 I		10 単位	1 月につき	
高齢者施設等感染対策向上加算 II		5 単位	1 月につき	
26) 新興感染症等施設療養費		240 単位	1 日につき (月 1 回連続 5 日まで)	
27) 業務継続計画未策定減算		所定単位数の 100 分の 3	令和 7 年 4 月より	
28) 高齢者虐待防止措置未実施減算		所定単位数の 100 分の 1		
29) 認知症チームケア推進加算 I		150 単位	1 月につき	
認知症チームケア推進加算 II		120 単位	1 月につき	
30) 生産性向上推進体制加算 I		100 単位	1 月につき	
生産性向上推進体制加算 II		10 単位	1 月につき	

31) 夜間支援体制加算Ⅰ	50単位	1日につき
夜間支援体制加算Ⅱ	25単位	1日につき
32) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) (所定単位数にサービス特別算率を乗じた単位数で算定)		18.6%
33) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) (所定単位数にサービス特別算率を乗じた単位数で算定)		17.8%
34) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)		15.5%
35) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)		12.5%
36) 介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)	(Ⅲ)の80/100→R7.4月からなくなります。	
<p>※地域区分の変更により平群町の地域区分が、「7級」となり1単位=10.14円として計算します。 ※現在(令和6年4月1日)は、2)、5)、17)、33)を算定していますが、体制により、いずれかの算定又は、いずれも算定しない場合があります。 ※上記は、1割の個人負担の方の場合の金額です。個別の負担額につきましては、負担限度額割合証の負担割合通りとします。</p>		

- ① 食材料費 朝食325円 昼食560円 夕食660円 おやつ205円
 - ② 光熱費(月額) 1ヶ月あたり 10,000円
 - ③ 家賃分(減価償却を含む) (月額) 50,000円
 - ④ 日用品費 (日額) 1日あたり 1,000円
 - ⑤ 理美容代一実費
 - ⑥ 紙オムツ代一実費
- 預かり金管理費-500円

支払方法について

毎月20日頃に請求書を郵送でお届けします。お支払いは指定の銀行口座より毎月27日に引き落としさせていただきます。

6. (緊急時の対応方法)

利用者のご家族に連絡すると共に、利用者の主治医又は施設の嘱託医に連絡し指示を仰ぐと共に、適切な対応をとるようにいたします。

	氏名	名称	TEL	所在地
主治医	石井 禎暢	石井クリニック	0743-76-2828	生駒市壱分町
協力病院		郡山青藍病院	0743-56-8000	大和郡山市本庄町
協力病院		白庭病院	0743-70-0022	生駒市白庭台
協力病院		奈良セントラル病院	0742-93-8520	奈良市石木町
協力病院		生駒市立病院	0743-72-1111	生駒市東生駒
協力病院		恵王病院	0745-72-3101	王寺町王寺

7. (当施設ご利用時の留意事項 危険行為、入院時等の対応について)

- ① 1 喫煙・飲酒 2 迷惑行為等(特に暴力行為) 3 現金・所持品 4 動物飼育
5 施設の器具・設備等の破壊 6 無断外出等 7 自傷行為 8 その他
以上の行為について施設の方針に従えない場合には、やむを得ず退所していただきます。
- ② 利用者が、要介護認定において自立及び要支援1と認定されたときは、退所していただきます。
- ③ 利用者の自己都合により、退所することが出来ます。(自宅、及び他の施設への入所)
- ④ 利用者が死亡した場合、退所となります。
- ⑤ 利用者が病院に入院した場合、3ヶ月以内に退院が出来る見込みがない場合退所となります。但し、病院退院後のことについては配慮します。

8. (非常災害時の対策)

- 1 別途に定める「グループホーム グレース消防計画」に従い、適切に対応します。
- 2 防災設備については、関係法令に従い各種整備しています。

9. (事故発生時の対応)

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村および関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

10. (守秘義務に関する対策)

施設及び従業者は、業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を保守します。
また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

11. (身体拘束の禁止)

原則として、入所者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に入所者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入所者の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

12. (ハラスメント対策強化への取り組み)

認知症対応型共同生活介護 グレースは、就業環境内、支援業務内におけるパワーハラスメント、モラルハラスメント、セクシャルハラスメント、妊娠・出産・育児・介護休暇等に関するハラスメント対策の策定に取り組みます。

それに基づき、利用者、あるいは家族の以下の行為などにより当事業所の通常の業務遂行に支障がでていと判断した場合には、平群町介護保険課との相談のうえ、契約を解除することがあります。

- ・非協力などによる双方の信頼関係を損壊する行為
- ・社会通念を超えたと思われる苦情やハラスメント行為（物を投げる、刃物を向ける、手を払いのけるなどの暴力、乱暴な言動や、無理な要求など）
- ・体を触る、性的な卑猥な言動などのセクシャルハラスメント
- ・その他、個人の連絡先をきく、ストーカー行為など

13. (サービスについての相談・苦情等)

当ホームのサービスに関する利用者及び家族等からの苦情・要望・相談等は下記により受け付けています。

当 施 設	相談窓口 管理者 中田 香 副管理者 延寿 真実 受付時間 9時～18時 電 話 0745-45-0865
市町村相談窓口	平群町 福祉課 受付時間 平日9時～17時 電 話 0745-45-1001
公的団体相談窓口	奈良県国民健康保険団体連合会 受付時間 平日9時～17時 電 話 0744-21-6811

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護の利用にあたり、契約書及び本書面で重要な事項の説明を行いました。

(事業者)

〔所在地〕 奈良県生駒郡平群町大字越木塚336-1

〔事業者名〕 社会福祉法人 信愛会
グループホーム グレース

〔代表者〕 理事長 馬本 隆夫 印

〔説明者〕 所属 _____

氏名 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者から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ました。

(利用者)

〔住所〕

〔氏名〕 印

(身元引受人)

〔住所〕

〔氏名〕 印