

グループホーム ポランの広場いなせ 介護予防重要事項説明書

当事業所は契約者に対して指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要支援認定の結果「要支援 2」と認定された方で主治医意見書等にて、認知症と診断されている方が対象となります。要支援認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 株式会社 文化タクシー
- (2) 法人所在地 岩手県花巻市双葉町 6 番 2 号
- (3) 電話番号 0198-24-4151
- (4) 代表者氏名 代表取締役 立花 徳久
- (5) 設立年月日 昭和 30 年 12 月 27 日

2. 事業所の概要

- (1) 種類 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
平成 23 年 2 月 1 日指定
- (2) 名称 グループホーム ポランの広場いなせ
- (3) 所在地 岩手県奥州市江刺稲瀬字水先 629
- (4) 電話番号 0197-31-1110
- (5) 管理者氏名 高橋光輝
- (6) 事業の目的 株式会社文化タクシーが設置するグループホーム ポランの広場いなせが行う指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業の適正な運営を確保するための人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の管理者、計画作成担当者、介護職員等が要支援状態にある高齢者に対し、適切な指定介護予防認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。
- (7) 運営方針 認知症によって自立した生活が困難になった要支援状態の利用者に対して、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、心身の特性を踏まえ、利用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、食事、入浴、排泄等の介護その他日常生活上の支援を行う。
- (8) 開設年月日 平成 23 年 2 月 1 日
- (9) 法令遵守責任者 立花 徳久
- (10) 保険事業者指定番号 0391500105
- (11) ユニット数及び定員 2 ユニット 定員 18 名

(12) 居室数の概要 当事業所では、以下の居室・設備を用意しております。利用される居室は原則として個室です。

居室・設備の種類	室数	備 考
宿泊室（個室）	18 室	9.93 m ² を確保しております。
交流スペース	2 室	19.87 m ² 及び 14.90 m ² （畳）を確保しております。
居間・食堂	2 室	39.74 m ² 及び 46.37 m ² を確保しております。
浴室・脱衣所	各 2 室	床暖房を完備し、一人用の他、二・三人用の浴槽を設置しており、状態にあわせて入浴できます。
防火設備		スプリンクラー設備・避難誘導灯設備・消火器・自動火災報知設備・消防機関へ通報する火災報知設備・非常用照明・防災カーテン
その他		相談室・談話室・スタッフルーム・便所

※上記は、厚生労働省が定めた基準により指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所に必置が義務付けられている施設・設備です。

3. 事業実施地域

通常の事業の実施地域 奥州市江刺

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定介護予防認知症対応型生活介護サービスを提供する職員として、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。

従事者の職種	常勤	非常勤	常勤換算	職務の内容
1. 管理者	1 人	人		事業内容調整
2. 介護支援専門員	人	人	人	サービスの調整・相談業務
3. 介護員	人	人	人	日常生活の介護・相談業務
4. 看護職員	人	人	人	健康チェック等の医務業務

※常勤換算とは職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数の当事業所における常勤職員の所定勤務時間数(週 40 時間)で除した数です。

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 管理者	勤務時間 8：30～17：30 その他、利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。
2. 介護支援専門員	勤務時間 8：30～17：30 その他、利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。
3. 介護職員	主な勤務時間 8：30～17：30 夜間の勤務時間 17：00～9：00 その他、利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。
4. 看護職員	勤務時間 8：30～17：30 その他、利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約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、以下の2つの場合があります。

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(介護保険の給付の対象となるサービス)
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合
(介護保険の給付対象とならないサービス)

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

利用料の額は厚生労働大臣が定める基準によるものとし、法定代理受領サービスであるときは、費用基準額から当該事業所に支払われるサービス費の額を控除して得た額とし、サービスの概要については下記の通りとします。

当事業所において、日常生活の世話を行います。

- ① 食 事 ・ 共同生活の一環として利用者とともに調理をします。
 ・ 食事の介助をします。
 ・ 食事サービスの利用は任意です。
- ② 入 浴 ・ 入浴または清拭を行います。
 ・ 衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います。
- ③ 排 泄 ・ 利用者の状況に応じて適切な排泄の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。
- ④ 健康チェック ・ 血圧測定等利用者の全身状態の把握に努めます。

〈サービス利用料金〉

① 基本保険料

下記の料金表は、例として法定代理受領サービスをご利用いただいたご契約者の 1割負担 の場合のサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた参考料金（自己負担額・日額）です。

ご契約者の要介護度	要支援 2
1. ご契約者のサービス利用料金	7,490 円(日額)
2. うち、介護保険から給付される金額	6,741 円(日額)
3. サービス利用に係る自己負担額(1・2)	749 円(日額)

※上記表以外の、2割負担・3割負担等の料金については、ご契約者の要介護度に応じた費用基準を基本に介護保険負担割合証に記載のある負担割合によって異なります。以下の加算も同様です。

- ★ ご契約者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ★ ご契約者に提供する食材料費及び宿泊に要する費用は別途いただきます。（下記(2)①及び②参照）
- ★ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更いたします。

② 初期加算（1日につき）

介護予防認知症対応型共同生活介護事業所と契約した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として下記のとおり加算分の自己負担（1割負担の場合）が必要となります。

1. 加算対象サービスとサービス料金	初期加算(30日まで) 300円(日額)
2. うち、介護保険から給付される金額	270円(日額)
3. サービス利用に係る自己負担額	30円(日額)

③ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）

介護職員の処遇改善を進めていくことを目的とした加算です。基本保険料に各種加算減算を加えた1月あたりの総単位数に（Ⅱ）の場合17.8%を乗じた単位数で算定します。契約者様は1割～3割負担となります。

④ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

介護職員の総数のうち常勤職員の占める割合が75%以上または介護福祉士が50%以上もしくは勤続7年以上30%以上である場合に加算されます。

1日6円（1割負担の場合）が加算されます。

⑤ 利用者の入院期間中の体制

入院後3カ月以内に退院が見込まれる利用者（入院先の病院・診療所に確認等により）について、退院後円滑に再入居できる体制を整えます。

1日あたり246単位（ひと月に6日を限度・月をまたぐ場合は最大で12日算定）

30日を超える入院後に、再入居した場合上記②の初期加算を算定します。

⑦ 夜間支援体制加算

夜間及び深夜の時間帯を通じて介護職員を1ユニット1名配置する事に加えて、夜勤を行う介護従業者又は宿直勤務を行う者を1名以上した場合1日50円（1割負担の場合）が加算されます。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

- ① 食材料費(おやつ含む) ご契約者に提供する食事に要する費用です。
料金：日額 1,280 円
 - ② 家賃 ご契約者に提供する宿泊に要する費用です。
料金：日額 900 円
 - ③ 光熱水費 料金：日額 740 円(4月～11月) 日額 840 円(12月～3月)
 - ④ おむつ代 オムツ・尿とりパット等：実費
 - ⑤ 理美容代：実費
 - ⑥ 前各号に掲げるもののほか、介護予防認知症対応型共同生活介護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かかる費用であって、利用者が負担することが適当と認められる費用につき、実費を徴収します。
- ★ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由についてご説明します。
- ★ 上記のほか、自己負担が発生する場合は事前にご説明ご連絡いたします。

(3) 利用料金のお支払方法

上記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し次のいずれかの方法により翌月25日までにお支払いください。

- ① 事業所での現金支払
- ② 銀行振込み 東北銀行 花巻支店 普通 0155825 (株)文化タクシー

(4) 利用の中止、変更、追加

- ① 介護予防認知症対応型共同生活介護サービスは、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に定められた内容を基本としつつ、契約者の日々の容態、希望等を勘案し、適時な介護を提供するものです。
- ② ご契約者の都合により、介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には原則としてサービスの実施日の前日までに事業所に申し出てください。

(5) 介護予防認知症対応型共同生活介護計画について

介護予防認知症対応型共同生活介護サービスは、利用者一人ひとりの人格を尊重し、ご契約者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、ご契約者と協議の上で介護予防認知症対応型共同生活介護計画を定め、またその状況进行评估します。計画の内容及び評価結果等は書面に記載してご契約者に説明の上交付します。

6. 苦情の受付について

(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相談は以下の専門窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口(担当者)

【職名】 管理者 高橋光輝 受付時間 8:30 ～ 17:00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

奥州市役所 健康福祉部長寿社会課	所在地 奥州市水沢大手町1丁目1番地 電話番号 0197 (24) 2111 F A X 0197 (22) 2533
岩手県国民健康保険 団体連合会	所在地 盛岡市大沢川原3丁目7-30 (国保会館内) 電話番号 019 (623) 4322 F A X 019 (622) 1688
岩手県社会福祉協議会	所在地 盛岡市三本柳8地割1-3 (ふれあいランド岩手内) 電話番号 019 (637) 4466 F A X 019 (637) 4255

7. 運営推進会議の設置

当事業所では、介護予防認知症対応型共同生活介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けするため下記のとおり運営推進会議を設置しています。

〈運営推進会議〉

構成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、民生委員、地域包括支援センター、市役所、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者、その他運営推進会議上において出席への招集が必要と思われる者 等

開催：2カ月に1回以上開催

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

8. 協力医療機関

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

〈協力医療機関〉

さくらの内科クリニック 所在地 北上市大曲町7-20
電話番号 0197-61-5060

9. 非常災害時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。また、防災訓練を年2回以上、契約者も参加して行います。

〈消防用設備〉

- ・自動火災報知設備 ・消防機関へ通報する火災報知設備 ・防災カーテン
- ・避難誘導灯設備 ・スプリンクラー設備 ・消火器 ・非常用照明

10. 事故発生時の対応方法

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、速やかに利用者の家族及び市区町村に連絡を行うとともに、応急処置及び緊急受診等の必要な措置を講じます。

この事故の状況及び事故に際して行った措置状況を記録し、再発防止に努めます。

また、サービスの提供により損害すべき事故が発生した場合、損害賠償を行います。但し、利用者の責に起因した事故の場合は、賠償責任を負いません。

1 1. サービス利用にあたっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- 事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。（著しく他利用者への迷惑行為がある場合は退所をお願いする場合があります。）
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- 面会時間は8：30～20：00までとし、それ以外の面会希望時間については、諸事情によるやむを得ない事由等がある場合のみ事前に事業所に申し出て了承を得るものとします。
- 本人または家族が、当事業所の規則を遵守することなく、著しい不信行為や言動により、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合は、契約を解除させていただきます。
- 転倒・転落に関して

利用者が日頃住み慣れた家庭と事業所での生活は、環境がだいぶ異なります。加齢による体力、筋力、注意力の低下も徐々に現れてきます。このような状況を背景として、また過去及び現在の疾患やけが等も要因となり、特にベッドや椅子からの転落、居室内外での転倒が事業所内での生活中に起き、場合によっては骨折などの深刻な事態をまねきます。

当事業所も転倒・転落がないようベッド周辺的环境整備、用具の活用など防止に努めますが、転倒・転落が防ぎきれない場合（特に居室内）があります。

必要な場合センサーマット等の設置により転倒・転落しても最小限の傷となるよう努めますが、居室内での転倒・転落は、事業者は自己の責めに帰すべからざる事由により発生した事故（利用者の責に起因した事故）として、取り扱いさせていただき、医療処置が必要な場合は家族に対応をお願いすることがあります。交流スペース等の居室外でも職員が再三注意したにもかかわらず、転倒・転落する可能性が大きい行動をとった場合も同様です。

施設内での生活は常に転倒・転落のリスクが伴うことを認識していただき、必要な際には家族の協力をお願いいたします。

令和 年 月 日

指定介護予防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。

指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム ポランの広場いなせ

説明者職名

氏 名

⑩

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、且つ自己評価・外部評価に関する結果の説明を受け、指定介護予防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。

利用者住所

氏 名

⑩

代理人住所

氏 名

⑩

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護予防サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護予防サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護予防サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護予防サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅介護予防サービス計画に掲載されている介護予防サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

事業所の名称 グループホーム ポランの広場いなせ 殿

利用者住所

氏 名

⑩

代理人住所

氏 名

⑩