

## 「認知症対応型共同生活介護」重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。  
指定認知症対応型共同生活介護  
指定介護予防認知症対応型共同生活介護  
(宮崎県指定 第 4590300119 号)

当事業所はご契約者に対して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通り説明します。

※当サービスの利用は、要介護認定の結果「要支援2」「要介護1～5」と認定され、専門医により「認知症」と診断された方が対象となります。

### ◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人 .....	1
2. ご利用施設 .....	1
3. 居室の概要 .....	2
4. 職員の配置状況 .....	2
5. 当施設が提供するサービスと利用料金 .....	2
6. 苦情の受付について .....	4

## 1. 施設経営法人

- (1)法人名 社会福祉法人千寿会  
(2)法人所在地 宮崎県延岡市北浦町古江2693番地-2  
(3)電話番号 0982-45-3737  
(4)代表者氏名 理事長 岩上 幹  
(5)設立年月 平成4年7月30日

## 2. ご利用施設

- (1)施設の種類の種類 介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護・平成23年3月1日指定  
宮崎県 4590300119 号
- (2)施設の目的 介護保険法の趣旨に従い、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した生きがいのある生活を営むことができるよう、在宅復帰に向けた介護サービスを提供することを目的とする。
- (3)施設の名称 グループホームせんじゅ
- (4)施設の所在地 宮崎県延岡市北浦町古江2687-1
- (5)電話番号 0982-45-3838
- (6)管理者氏名 岩上 幹
- (7)当施設の運営方針 要支援2、及び要介護1～5の認知症高齢者に対し、共同生活住居において家庭的な環境で、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話をを行うことにより、利用者の精神の安定、認知症の進行の予防を図り、在宅復帰を目指す。また、利用者及びその家族に安心、満足、信頼していただけるサービスの提供に努める。
- (8)開設年月 平成23年3月1日
- (9)入居定員 18人(9人×2ユニット)

### 3. 居室の概要

#### (1)居室等の概要

当グループホームでは以下の居室をご用意しています。入居される居室は、全室個室になっております。利用者の心身の状況や居室の空き状況により居室を決定させていただきます。

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	18室	各室洗面台
合計	18室	
食堂・談話室	2室	
浴室・脱衣室	2室	
台所	2室	
洗濯室	2室	

☆居室の変更:ご利用者、またはご契約者から居室変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況によりその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、利用者やご契約者等と協議のうえ決定するものとします。

### 4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同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。

職種	常勤換算	業務内容
1. 管理者	1	介護職員及び業務の管理
2. 計画作成担当者	(兼)1	認知症対応型共同生活介護サービス計画の作成
3. 介護職員	13人以上	入浴、排泄、食事等生活全般に係る支援

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 介護職員	【早出】7:00~16:00 2名 【遅出】10:00~19:00 2名 【日勤】9:00~18:00 2名 【夜勤】19:00~翌9:00 2名
2. 夜勤専門職員	【夜勤】19:00~翌9:00 1名 *夜間帯については夜勤専門職員の配置が可能

### 5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

- |   |
|---|
| (1)利用料金が介護保険から給付される場合<br>(2)利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

(1)介護保険の給付の対象となるサービス(契約書第4条参照)

以下のサービスについては、介護保険負担割合証に応じた割合が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

- 1 入浴 … 入浴又は清拭を原則として月～土に行います。
- 2 排泄 … 排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- 3 食事 … 季節や行事に考慮し、ご利用者に喜ばれる食事の提供に努めます。

#### 4 その他自立への支援

- ・ご利用者の自立支援のため離床し食堂にて食事をとっていただくことを原則とします。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう支援します。
- ・原則としてシーツ交換を週1回実施します。
- ・上記を含む日常生活において、共同作業による自立を支援します。

#### <身体拘束・抑制廃止>

ご利用者、または他のご利用者等の生命、または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束・抑制は行いません。やむを得ず身体拘束・抑制を行う場合には、ご家族の同意を得て行い、その理由、態様、時間、及びご利用者の状況等を記録し報告いたします。

#### <サービス利用料金>(契約書第8条参照)

別表1の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい。

#### (2)介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条、第8条参照)\*

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。(別表1)

#### <サービスの概要と利用料金>

- ①特別な食事・・ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。
- ②医療機関への送迎サービス・・病院受診はご家族対応ですが、必要に応じて通院の送迎に関するサービスをご利用いただけます。  
・利用料金:北浦町内(800円) 延岡市内(2000円)
- ③貴重品の管理・・ご利用者、ご契約者のご希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。  
・管理する金銭の形態:施設の指定する金融機関に預け入れている預金・現金  
・お預かりするもの:上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、医療保険証、介護保険証  
その他管理者が必要と認める貴重品  
・保管管理者、及び担当者:管理者  
・利用料金:1ヶ月あたり 200円
- ④複写物の交付・・ご利用者、及びご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。(1枚につき10円)
- ⑤日常生活上必要となる諸費用実費  
日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。  
おむつ(紙パンツ、尿取りパット含む)代:実費  
☆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、変更を行う2か月前までにご説明します。

#### (3)利用料金のお支払い方法(契約書第8条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算しご請求いたしますので、翌月16日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ①窓口での現金支払い
- ②下記指定口座への振込み  
延岡農業協同組合 北浦支店  
普通預金 口座番号 0032791 口座名義 グループホームせんじゅ

(4)入所中の医療の提供について

病院受診、通院はご家族対応となります。医療を必要とする場合は、ご利用者、及びご家族のご希望により、医療機関において診療や入院治療を受けることができます。当施設の協力医療機関は下記のとおりですが、優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。

①協力医療機関

医療機関の名称	北浦診療所	北浦歯科医院
所在地	延岡市北浦町古江	延岡市北浦町古江
診療科	内科	歯科

(5)迷惑行為等の禁止

- ①暴力・騒音等のご利用者の迷惑になる行為は禁止されております。
- ②施設内で他のご利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
- ③施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りいたします。

6. 苦情の受付について(契約書第 20 条参照)

(1)当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口 計画作成担当者 佐藤 賢一
- 受付時間 平日 8:00~17:00
- 第三者委員 松本 義文・河野 富一

(2)行政機関その他苦情受付機関

延岡市介護保険課	【所在地】延岡市東本小路2-1 【電話番号】(0982)22-7069 【FAX】(0982)26-8227 【受付時間】 8:30~17:15
国民健康保険団体連合会	【所在地】宮崎市下原町231-1 【電話番号】(0985)35-5111 【FAX】(0985)25-0260 【受付時間】 8:30~17:00

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護サービス提供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。

グループホームせんじゅ

説明者職名 管理者

氏名 岩上 幹

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、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。

契約者(利用者)住所

氏名

保証人住所

氏名

( 続柄 )