

指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人 敬信福社会

介護予防グループホーム あいの里すばる

1. 事業主体概要

法人名	社会福祉法人敬信福祉会
代表者	理事長 兼 俊 佐 代 美
所在地	〒574-0012 大阪府大東市大字龍間673番地3
TEL	072-869-0788
FAX	072-869-0577
設立年月日	平成27年2月11日
法人の理念	すべての入居者や利用者の皆様が、その人らしい生活を送って頂くために、人としての尊厳を大切にし、地域に愛され信頼される施設づくりを目指します。
介護保険 関連の事業	特別養護老人ホーム あいの里竜間 短期入所生活介護事業所 あいの里竜間 通所介護事業所 あいの里竜間 あいの里ケアプランセンター あいの里ヘルパーステーション グループホーム あいの里きらら 小規模多機能ホーム あいの里ポラリス ケアハウス あいの里竜間 あいの里竜間 診療所

2. 事業所概要

名称	介護予防グループホーム あいの里すばる
目的	認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境の下で、日常生活の介助を通じて安心と尊厳のある生活を営むことを支援します。
運営方針	本事業の社会的意義と責任を深く認識し、事業経営の安定とサービス水準の維持に努力すると共に、利用者に対してその権利を尊重し、礼節と尊厳をもって接するように努めます。
代表者	管理者 廣瀬 光啓
開設年月日	平成27年1月18日
指定年月日	平成27年1月18日
事業所番号	2791900125
所在地	〒574-0012 大阪府大東市大字龍間673番地3

TEL : 072-869-0788

FAX : 072-869-0577

損害賠償責任
保険の加入先
交通の便

全国社会福祉協議会

社会福祉総合損害補償団体契約

JR学研都市線野崎駅よりタクシーで約15分
(料金：約1,500円)

施設シャトルバス (無料)	野崎駅～施設	施設～野崎駅
	9 : 30	9 : 15
	10 : 30	10 : 15
	11 : 30	11 : 15
	13 : 30	13 : 10
	14 : 30	15 : 00
		16 : 10

主な設備の概要 居室全9室

トイレ全6箇所

浴室1室

台所1室

3. 職員体制と職務内容等

(1) 管理者 1名

職員と業務の管理、基準遵守のための指揮命令、利用申込みの調整、サービス実施状況の把握

(2) 計画作成担当者 1名

介護サービス計画の作成

(3) 介護従業者 6名

日常生活全般にわたる介護サービスの提供

4. 勤務体制

(1) 昼間の体制 3名 内訳：早出 7:00～16:00 (1名)
日勤 9:00～18:00 (1名)
遅出 10:00～19:00 (1名)
11:00～20:00 (1名)

(2) 夜間の体制 1名 19:00～ 9:00 (1名)

5. 利用定員

定員：9名 (1ユニット 9名)

6. サービス及び利用料等

(1) 保険給付サービス

食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談、援助等。

上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額(省令により変動あり)が自己負担となります。

但し、入居後30日に限り、下記金額に1日あたり約33円(約66円)割増になります。

(2) 保険対象外サービス

下記のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。

料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。

入居時にかかる費用

入居金 50,000円

※入居金の償却期間は5ヶ月です。

※入居後5ヶ月以内に退居された場合は、
未経過分(残金)を返還します。

毎月にかかる費用

居室の提供(家賃) 46,000円

食事の提供 41,400円 朝食：330円

昼食：560円(おやつ代含む)

夕食：490円

管理費 21,000円

光熱水費 22,000円

個人消耗品の費用 その他、個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。

介護保険料の自己負担分(平成26年8月1日現在)

利用者負担1割に該当する方

要支援2 約807円(1日あたり) 約24,210円(1月あたり)

利用者負担 2割に該当する方

要支援 2 約 1,613円 (1日あたり) 約 48,390円 (1月あたり)

初期加算が入居日から 30日間かかります。基本 1日 30単位

利用者負担 1割の方 約 33円 (1日あたり) 約 990円 (1月あたり)

2割の方 約 66円 (1日あたり) 約 1,980円 (1月あたり)

サービス提供体制強化加算が算定されます。基本 1日 6単位

利用者負担 1割の方 約 7円 (1日あたり) 約 210円 (1月あたり)

2割の方 約 14円 (1日あたり) 約 420円 (1月あたり)

夜間支援体制加算が算定されます。基本 1日 25単位

利用者負担 1割の方 約 54円 (1日あたり) 約 1,620円 (1月あたり)

2割の方 約 107円 (1日あたり) 約 3,210円 (1月あたり)

介護職員処遇改善加算に 8.3%を乗じた額が加算されます。

7. 協力医療機関

(1) 協力医療機関名 医療法人 信愛会 啜生会脳神経外科

大阪府四條畷市中野本町 28-1

TEL: 072-877-6639

医療法人 徳洲会 野崎徳洲会病院

大阪府大東市谷川 2-10-50

TEL: 072-874-1641

協力歯科医院 大野歯科医院

大阪府大東市北条 1-8-35

TEL: 072-877-0808

(2) 入居前からの主治医の交代を望まない方に関しては上記の限りとせず、ご家族とご相談の上、対応いたします

8. 入院時の対応

(1) 医療機関に入院中の居室確保

月額を支払額のうち食費・光熱水費を除いた額をお支払いただきます。

入院が 30日以上となる時は基本的に退去の対象となります。

9. 入居・退去等

(1) 利用者の条件

次の各号に適合する場合、グループホームの利用ができます。

①要支援 2の被認定者であり、かつ認知症の状態にあること。

②少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。

- ③自傷他害の恐れがないこと。
- ④常時医療機関において治療をする必要がないこと。
- ⑤本契約に定めることを承認し、重要事項説明書に賛同できること。

(2) 身元引受人等の条件・義務

身元引受人を1名定めさせていただきます。

身元引受人は、契約上の債務について契約者と連携して責任を負うこととなります。また、事業所が必要ありと認め要請したときはこれに応じて事業所と協議し、身上監護に関する決定、利用者の引き受け、残置財産の引き取り等を行うことに責任を負います。利用者代理人と身元引受人は同じ方であっても可能です。

(3) 契約の解除

1) 利用契約者による解除

文書で30日の予告期間を置いて通知することにより、いつでも契約解除ができます。

2) 事業所による解除

以下の場合、一定の予告期間において契約を解除することがあります。

- ①正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を3ヶ月分滞納したとき。
- ②伝染性疾患により他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認め、かつ利用者の退去の必要があるとき。
- ③利用者の行動が他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないと事業所が判断したとき。
- ④利用者又は利用者代理人が故意に法令その他本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき。

10. 非常災害時の対策

サービス提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力医療機関等との連携方法を確認し、災害時には、避難等の指揮をとります。

非常災害に備え、年2回以上の避難訓練を行います。

消防署への届け出日：平成20年12月17日

防火管理者：兼 俊 龍 彦

甲 第2006-062号

1 1. 秘密の保持と個人情報

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業所及び事業所の従業者は、サービス提供をする上で、知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後も継続します。

(2) 従業者に対する秘密の保持について

就業規則にて従業者は、サービス提供をする上で、知り得た利用者及びその家族に関する秘密を保持する義務を規定しています。また、その職を辞した後にも秘密の保持の義務があります。

(3) 個人情報の保護について

事業所は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。事業所は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

1 2. 衛生管理

(1) 衛生管理について

事業所の設備及び備品等については、消毒等の衛生的な管理に努めています。また、空調設備により適温の確保に努めています。従業者の健康管理を徹底し、従業者の健康状態によっては、利用者との接触を制限する等の措置を講ずるとともに、従業者に対して手洗い、うがいを励行する等、衛生教育の徹底を図っています。

1 3. 運営推進会議の概要

(1) 運営推進会議の目的

認知症対応型共同生活介護に関する活動状況を報告し、運営推進会議の委員から評価、要望、助言等を受け、サービスの質の確保及び適切な運営ができるよう設置します。より地域に開かれた事業所を目指します。

(2) 委員の構成

社会福祉法人敬信福社会の評議員・利用者のご家族等の中から選任します。

(3) 開催時期

おおむね2ヶ月に1回以上開催します。

1 4. 高齢者虐待防止について

(1) 高齢者虐待防止等のための取り組み

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ①研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- ②個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ③従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

1 5. 事故発生時の対応

当施設において、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は、迅速に必要な措置を講じるとともに、管理者に報告し、速やかに利用者の家族等に連絡を行う。また、事故の状況及び事故に際してとった処遇について記録する。

1 6. 身体的拘束等について

(1) 身体的拘束等の禁止

事業所及びサービス従業者は、契約者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他契約者の行動（以下「身体的拘束等」）を制限しません。

(2) 緊急やむを得ない場合の検討

緊急やむを得ない場合に該当する、以下の要件をすべて満たす状態であるか、管理者・計画作成担当者・介護職員で構成する「身体拘束廃止委員会」で検討会議を行います。個人では判断しません。

- ①当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合。
- ②身体的拘束等を行う以外に代替する介護方法がないこと。
- ③身体的拘束等が一時的であること。

(3) 家族への説明

緊急やむを得ない場合は、予め利用者の家族に身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束等の時間帯、期間等を詳細に説明し、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期間内においてのみ行うものとします。

(4) 身体的拘束等の記録

身体的拘束等を行う場合には、上記の検討会議録、利用者の家族への説明、経過観察や再検討の結果等を記録します。

(5) 再検討

身体的拘束等を行った場合には、日々の心身の状態等の経過観察を行い「身体拘束廃止委員会」で検討会議を行い、拘束の必要性や方法に関する再検討を行い、要件に該当しなくなった場合は、直ちに身体的拘束等を解除します。また、一時的に解除して状態を観察する等の対応も考えます。

17. 苦情処理の体制

(1) 苦情処理の体制及び手順

苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じて訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応方法に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。) 苦情又は相談については、事業所として苦情相談の内容・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

(2) 事業所苦情相談窓口 月曜日～土曜日 9:00～18:00

担当者 (管理者) 廣瀬 光啓

(介護支援専門員) 有家 義修

電話番号：072-869-0788

(3) 行政機関苦情相談窓口

大東市介護保険課 〒574-8555

大阪府大東市谷川1-1-1

電話番号：072-872-2181

国民健康保険団体連合会 〒540-0028

大阪府大阪市中央区常磐町1-3-8

電話番号：06-6949-5418

18. 情報開示事項の掲示

事業所の運営規定、利用契約書、重要事項説明内容等の主要な事柄について情報開示事項としてまとめ、かつ、それを事業所の見やすいところに掲示します。

重要事項説明書の説明年月日

平成 年 月 日

上記の内容について「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）」第64条により準用する第11条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者名 社会福祉法人 敬信福社会
所在地 大阪府大東市大字龍間673番地3
代表者名 理事長 兼 俊 佐 代 美 印
電 話 072-869-0788
介護予防グループホーム あいの里すばる
説明者氏名 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、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 _____ 印

利用者 住 所 _____
代理人 氏 名 _____ 印

利用者との関係 _____

身 元 住 所 _____
引受人 氏 名 _____ 印

利用者との関係 _____