

重 要 事 項 説 明 書

1 事業の目的と運営方針

要介護状態及び要支援状態にある入居者に対し、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、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、入居者がその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的とし、適切なサービスを提供します。

また、関係市町、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2 事業者

| | |
|---------|-----------------------|
| 事業者名 | 社会福祉法人 阿武福祉会 |
| 所在地 | 山口県阿武郡阿武町大字木与10039番地5 |
| 代表者名 | 理事長 中野 貴夫 |
| 電話番号 | 08388-2-0088 |
| 法人設立年月日 | 平成11年 4月13日 |

3 事業所

| | |
|----------|-----------------------|
| 事業所名 | グループホームいらお苑 |
| 所在地 | 山口県阿武郡阿武町大字福田下1358番地1 |
| 管理者名 | 清水 千枝子 |
| 計画作成担当者名 | 水津 多恵子 |
| 電話番号 | 08388-5-0800 |

4 施設の概要

いらお苑

| | | |
|-----|---------|-----------------------|
| 建 物 | 構 造 | 木造平屋建て |
| | 延べ床面積 | 226.32 m ² |
| | 入 居 定 員 | 6 名 |

<居 室>

| | | | |
|-----------|-----|----------------------|----------------------|
| 居 室 の 種 類 | 室 数 | 面 積 | 1人あたりの面積 |
| 個 室 | 6 室 | 96.25 m ² | 13.75 m ² |

<主な設備>

| | |
|-----------|-----|
| 居 間 ・ 食 堂 | 1ヶ所 |
| 便 所 | 2ヶ所 |
| 浴 室 | 1ヶ所 |
| 脱衣室・洗濯室 | 1ヶ所 |

5 職員体制（主たる職員）

| 職 種 | 人 員 | 常 勤 | | 非常勤 | | 備 考 |
|-----------|-------|-----|-----|-----|-----|-----------------------------|
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | |
| 管 理 者 | 1 人 | | 1 人 | | | 小規模多機能型居宅介護 いらお苑管理者と兼務 |
| 計画作成担当者 | 1 人 | | 1 人 | | | 介護従事者と兼務 |
| 介 護 従 事 者 | 1 5 人 | | 8 人 | | 7 人 | 小規模多機能型居宅介護 いらお苑介護従事者と兼務 |

6 職員の勤務体制

| 従事者の職種 | 勤 務 体 制 |
|----------------------|---|
| 管 理 者 | 正規の時間帯（８：３０～１７：３０） |
| 計画作成担当者 介 護 従 事 者 | 日 勤（ ８：３０～１７：３０） 夜 勤（１７：３０～翌９：３０） ・ 昼間は原則として２人以上の職員が勤務します。 ・ 夜間（１９：００～７：００）は、原則として１人の職員が勤務し、 お世話をさせていただきます。 |

7 サービスの内容

（１）介護保険給付サービス

| | |
|---------|---|
| 食 事 | 献立表により、栄養と入居者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 （食事時間の目安） 朝 食 ７：３０～ 昼 食 １２：００～ 夕 食 １８：００～ |
| 介 護 | 食事等の介助、着替えの介助、排せつ介助、日常生活上の世話等。 |
| 入 浴 | 入浴または清拭を行います。 |
| 機 能 訓 練 | 入居者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。 |
| 健 康 管 理 | 日常の観察、体温・血圧測定等により健康管理を行います。 緊急等必要な場合には主治医あるいは当施設の協力医療機関等に |

| | |
|--|---------------|
| | 責任をもって引き継ぎます。 |
|--|---------------|

(2) 介護保険給付外サービス

| | |
|-----------|---|
| おむつの提供 | 入居者の希望に応じて購入し、入居者に請求します。 |
| 理美容 | ご希望があれば、理美容院まで送迎いたします。 理美容院での料金は実費負担になります。 |
| 日常生活の購入代行 | 衣類・靴等日用品の購入代行を行っています。 購入代金は実費負担になります。 |
| 行政手続きの代行 | 必要に応じて適切に支援します。 |

8 利用料金

- ※ 別紙の利用料金表によって、入居者の要介護度に応じたサービス利用の自己負担額と家賃（個室料）・光熱水費・食費に係わる自己負担額の合計金額をお支払い下さい。サービス利用料金は、入居者の要介護度に応じて異なります。
- ※ 基本サービス費のほかに、加算が発生した場合は、自己負担額に追加されます。
- ※ 月途中で入退居された場合の利用料金は、利用日数に基づいて日割り計算いたします。入院の取り扱いも同様です。

9 支払い方法

入居者をご負担される費用は、1ヶ月ごとに計算し、請求いたします。以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

(1) 金融機関口座からの自動引落

ご利用できる金融機関 山口銀行

※サービス利用月の翌25日（金融機関休日の場合は、翌営業日）に引き落とします。

(2) 指定口座へ振込（振込手数料はご負担ください）

山口銀行 阿武支店（普通）5013584

（名義）アブチョウニンチショウコウレイシヤグループホーム イラオン リジチョウ カノ ヲオ

阿武町認知症高齢者グループホームいらお苑

理事長 中野 貴夫

(3) 現金支払

※上記（2）、（3）でのお支払いの場合は、サービス利用月の翌月末までにお支払いします。

10 施設を退居していただく場合

次のような事由に該当する場合には、当施設との契約は終了し、退居していただくことになります。

- (1) 入居者または家族、身元引受人等が退居を申し出た場合
- (2) 要介護認定により、自立または要支援1と判定された場合
- (3) 極端な暴力行為や自傷行為により、共同生活を送ることが困難となった場合
- (4) 入院加療や、継続的な治療が必要な状態となり、サービスの提供が困難となった場合
- (5) 入居者が死亡された場合

11 サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 被保険者証の提示と緊急連絡先等の必要事項を記載した書類を提出してください。
- (2) 施設内での入居者同士の金銭及び飲食等のやりとりは、ご遠慮ください。
- (3) 入居者に飲食物等をお持ちになられた場合は、必ず職員にご連絡ください。
- (4) 外出・外泊をされる場合は事前にご連絡ください。外泊・外出届にご記入をお願いします。
- (5) 騒音等他の入居者の迷惑となる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
- (6) 施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- (7) 施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

12 非常災害対策

- (1) 防災設備
自動火災報知機、誘導灯、スプリンクラー、消火器等を設置しています。
- (2) 防災訓練
施設防災計画に基づき、入居者及び職員等による訓練を行います。

13 緊急時の対応

サービス提供時に、入居者の病状が急変した場合やその他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

14 事故発生時の対応、及び損害賠償について

- (1) サービスの提供中に事故が発生した場合は、速やかに市町、入居者家族及び居宅介護支援事業者等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 当施設において、施設の責任により入居者に生じた損害については、賠償する責任を負います。守秘義務に違反した場合も同様とします。
ただし、損害の発生について、入居者に故意又は過失が認められる場合で、入居者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められた場合には、事業者者の損害賠償を減じさせていただきます。

1.5 守秘義務

業務上知り得た、入居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。この守秘義務は、契約終了後も同様です。

1.6 身体拘束について

原則として、入居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、入居者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その対応の内容及び時間、その際の入居者の心身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。

1.7 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情相談受付担当者

＜計画作成担当者＞ 水津 多恵子

○ 受付時間 月曜日～金曜日 9時～18時

(2) 当施設には、別に第三者委員会を設置しております。

(3) 行政機関その他の苦情受付機関

・阿武町役場 健康福祉課

山口県阿武郡阿武町大字奈古 2 6 3 6

(電 話) 0 8 3 8 8 - 2 - 3 1 1 3

・山口県国民健康保険連合会

山口市朝田 1 9 8 0 - 7

(電 話) 0 8 3 - 9 2 3 - 1 0 1 0

1.8 協力医療機関

| 医療機関の名称 | 所在地 | 医療機関の名称 | 所在地 |
|--------------------|-----------------------|---------|----------------------|
| 阿武町国民健康保険 あぶ診療所 | 阿武郡阿武町奈古 2860 番地 1 | 都志見病院 | 萩市江向 413 番地の 1 |
| 萩むらた病院 | 萩市今古萩町 30-1 | 和田歯科医院 | 阿武郡阿武町奈古 2856 の 1 |

1.9 協力施設

| | |
|---------|------------------------------|
| 施設の名称 | 特別養護老人ホーム 恵寿苑 |
| 施設長名 | 佐村 秀典 |
| 所在地 | 山口県阿武郡阿武町大字木与 1 0 0 3 9 番地 5 |
| 電話番号 | 0 8 3 8 8 - 2 - 0 0 8 8 |
| 看護師体制 | 日中 1 人以上が勤務 夜間は交代で自宅待機 |
| 夜間の職員体制 | 介護職員 3 人 宿直者 1 人 |

20. 虐待の防止について

当施設は、入居者等の人権の擁護・虐待の発生またはその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

○ 虐待防止に関する担当者 <計画作成担当者> 水津 多恵子

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 職員が支援にあたっての悩みなどを相談できる体制を整えるほか、職員が入居者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

(4) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。

(5) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(6) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(7) サービス提供中に、当該施設職員または養護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

21. サービスの第三者評価の実施状況について

| | |
|------------|---|
| 実施の有無 | 無 |
| 実施した直近の年月日 | |
| 第三者評価機関名 | |
| 評価結果の開示状況 | |

22. 運営推進会議

事業者は、認知症対応型共同生活介護また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、その内容についての評価、要望、助言を受けるため、入居者、入居者の家族、地域住民の代表者、市町職員または地域包括支援センター職員等により構成される運営推進会議を設置し、概ね2ヶ月に1回以上運営推進会議を開催します。

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護サービスの開始にあたり、契約書及び本書面に
基づいて重要な事項の説明を行いました。

施設名 グループホームいらお苑
説明者 計画作成担当者 水津 多恵子 印

契約書及び本書面により、施設から(介護予防) 認知症対応型共同生活介護サービスに
ついて重要事項説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

<入居者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<身元引受人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

続 柄 _____

私は、入居者の意思を確認したうえ、上記署名と押印を代行しました。

<署名代理人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

個人情報の使用に係る同意書

1. 私は、グループホームいらお苑でサービスを受けるにあたり、必要となる情報を提供します。
2. 提供した個人情報が、ケアプラン作成のための担当者会議の資料として使用されることに同意します。
3. 提供した個人情報が、必要な場合医療機関や居宅介護支援事業者等に対し、提供されることに同意します。

<入居者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<身元引受人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

<署名代理人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

「利用料金表」

令和 6 年 6 月 1 日現在

1 介護保険給付サービス利用料金

○ 基本サービス費

| 介護区分 | 1 日あたりの利用料 | 1 日あたりの自己負担額 | | |
|-------|------------------|--------------|---------|---------|
| | | 1 割負担 | 2 割負担 | 3 割負担 |
| 要支援 2 | 7,610 円 (761 単位) | 761 円 | 1,522 円 | 2,283 円 |
| 要介護 1 | 7,650 円 (765 単位) | 765 円 | 1,530 円 | 2,295 円 |
| 要介護 2 | 8,010 円 (801 単位) | 801 円 | 1,602 円 | 2,403 円 |
| 要介護 3 | 8,240 円 (824 単位) | 824 円 | 1,648 円 | 2,472 円 |
| 要介護 4 | 8,410 円 (841 単位) | 841 円 | 1,682 円 | 2,523 円 |
| 要介護 5 | 8,590 円 (859 単位) | 859 円 | 1,718 円 | 2,577 円 |

○介護給付サービス加算

| 区 分 | 1 日あたりの加算額 | 1 日あたりの自己負担額 | | |
|---------------|------------------|--------------|-------|-------|
| | | 1 割負担 | 2 割負担 | 3 割負担 |
| 初期加算 | 300 円 (30 単位) | 30 円 | 60 円 | 90 円 |
| 入院時費用 | 2,460 円 (246 単位) | 246 円 | 492 円 | 738 円 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 所定単位数×17.8% | | | |

※初期加算は、入居日から 30 日間加算されます。(30 日を越える医療機関等への入院後に再入居された場合も同様です。)

※入院時費用は、1 ヶ月に 6 日 (1 回の入院で月をまたがる場合は最大で 12 日) を限度として加算されます。ただし、入院の初日及び最終日は、通常と同様の自己負担分をお支払いいただくこととなります。

2 その他の費用

| | |
|----------|--|
| 食費 | 880 円/日 |
| 家賃 (個室料) | 710 円/日 |
| 光熱水費 | 550 円/日 |
| その他 | 受診代、理美容代、オムツ代など、日常生活の購入代金等入居者の日常生活に要する費用で入居者に負担していただくことが適当と認められるものについては別途その実費をご負担いただきます。 |

※入院又は外泊された場合は、家賃のみいただきます。