

## 「痴呆対応型共同生活介護」重要事項説明書

社会福祉法人 敬 羨 会  
グループホーム さ つ き

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(事業所番号 3 4 7 1 7 0 0 3 2 2 )

当事業所はご契約者に対して指定痴呆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、原則として要介護認定の結果「要介護」で痴呆と診断された方が対象となります。要介護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。

### 目次

|                           |   |
|---------------------------|---|
| 1. 施設経営法人.....            | 1 |
| 2. ご利用施設.....             | 2 |
| 3. 居室の概要.....             | 2 |
| 4. 職員の配置状況.....           | 3 |
| 5. 当施設が提供するサービスと利用料金..... | 3 |
| 6. 苦情の受付について.....         | 6 |
| 7. 施設内事故等の対応について.....     | 7 |

### 1. 事業所経営法人

- |           |                         |
|-----------|-------------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 敬 羨 会            |
| (2) 法人所在地 | 広島県府中市木野山町箱田奥甲 1538 番地  |
| (3) 電話番号  | 0 8 4 7 - 6 8 - 2 5 8 5 |
| (4) 代表者名  | 理事長 小森 時子               |
| (5) 設立年月  | 1 9 9 5 年 8 月 7 日       |

## 2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定痴呆対応型共同生活介護事業所 2003年11月30日 指令福厚第56号
- (2) 施設の目的 社会福祉法人敬羨会が開設する痴呆対応型共同生活介護事業グループホーム「さつき」(以下「事業所」という。)が行う指定痴呆対応型共同生活介護事業(以下「事業」という。)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護従業者が、要介護状態にあるものに対して適正な指定痴呆対応型共同生活介護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 さつき
- (4) 施設の所在地 広島県府中市木野山町箱田奥前 1537-1 番地
- (5) 電話番号 0847-68-2432
- (6) 施設長(管理者) 脊戸明子
- (7) 当施設の運営方針 指定痴呆対応型共同生活介護の事業は、要介護者であって痴呆の状態にある人について、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、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に努めるものである。
- (8) 開設年月 2003年12月1日
- (9) 入所定員 9人

## 3. 居室の概要

### (1) 居室等の概要

| 居室・設備の種類 | 室数   | 面積(一人あたりの面積)           | 備考                  |
|----------|------|------------------------|---------------------|
| 1 人 部 屋  | 9 室  | 14.44 m <sup>2</sup>   |                     |
| 居間       | 1 室  | } 35.19 m <sup>2</sup> |                     |
| 食堂       | 1 室  |                        |                     |
| 浴室       | 1 室  |                        | 6.77 m <sup>2</sup> |
| 台所       | 1 箇所 | 10.82 m <sup>2</sup>   |                     |
| 便所       | 3 箇所 | 3.61 m <sup>2</sup>    | 1 箇所当たり             |

上記は、厚生省が定める基準により、指定痴呆対応型共同生活介護事業所に必置が義務づけられている設備です。

居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況に

より施設でその可否を決定します。また、ご契約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、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

当事業所では、居室以外に以下の設備をご利用いただくことができます。

(2) 利用に当たって別途利用料金をご負担いただく事業所設備

|    |  |  |
|----|--|--|
| なし |  |  |
|----|--|--|

上記は、介護保険の給付対象とならないため、ご利用の際は、ご契約者に別途利用料金をご負担いただきます。

#### 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定痴呆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      | 人数<br>(人) | 区分    |    |        |    | 常勤換算後<br>の人数(人) | 職務の内容 |
|---------|-----------|-------|----|--------|----|-----------------|-------|
|         |           | 常勤(人) |    | 非常勤(人) |    |                 |       |
|         |           | 専従    | 兼務 | 専従     | 兼務 |                 |       |
| 1. 管理者  |           | 1     |    |        |    | 1               | 1名    |
| 2. 介護職員 |           | 6     |    | 2      |    | 8               | 8名    |
| 3. 宿直員  |           |       |    |        |    |                 | 名     |

常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数(例：週40時間)で除した数です。  
(例) 週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、1名(8時間×5名÷40時間=1名)となります。

<主な職種の勤務体制>

| 職種      | 勤務体制  |
|---------|---|
| 1. 介護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員<br>早朝： 7：30～16：30 1名<br>日中： 9：00～18：00 2名<br>夜間： 16：30～ 9：30 1名 |
| 2. 宿直員  | 19：00～ 7：00 0名  |

#### 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は、

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

があります。

(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、利用料金の大部分(通常9割)が介護保険から給付されます。

(2) 基本料金(お部屋代 49,500円・光熱水費 16,500円・食材費 25,500円)

1ヶ月 = 91,500円

<サービスの概要>

入浴・排泄・食事・着替え等の介護

日常生活上のお世話

日常生活の中での機能訓練

相談、援助

<サービス利用料金(1日あたり)>(契約書第8条参照)

下記の料金表によって、ご契約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。(上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

| 1.ご契約者の要介護度とサービス利用料金  | 要介護度1  | 要介護度2  | 要介護度3  | 要介護度4  | 要介護度5  |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                       | 7,960円 | 8,120円 | 8,280円 | 8,440円 | 8,610円 |
| 2.うち、介護保険から給付される金額    | 7,164円 | 7,308円 | 7,452円 | 7,596円 | 7,749円 |
| 3.サービス利用に係る自己負担額(1-2) | 796円   | 812円   | 828円   | 844円   | 861円   |

ご契約者がまだ要介護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。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(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。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します。

(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、利用料金の全額をご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

洗濯・掃除等の家事援助

| サービスに要する<br>時間と利用料金 | 30分以上<br>1時間未満<br>円 | 1時間以上<br>1時間半未満<br>円 | 1時間半以上<br>(30分増す毎に)<br>円 |
|---------------------|---------------------|----------------------|--------------------------|
|---------------------|---------------------|----------------------|--------------------------|

理髪・美容

[理髪サービス]

月に1回、理容師の出張による理髪サービス(調髪、顔剃、洗髪)をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり1,500円

[美容サービス]

月 回、美容師の出張による美容サービス(調髪、パーマ、洗髪)をご利用いただけます。(現在出張美容なし)

利用料金：1回あたり 円(パーマご利用の場合は別途 円)

買い物、行政機関の手続きの代行

利用料金：1回あたり0円

医療機関への通院上の世話

利用料金：1回あたり1,000円

レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

複写物の交付

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 0円

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契約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負担いただきます。

おむつ代：実費(料金表参照)

尿取りパットスーパー 1枚 15円

尿取りパットL 1枚 20円

メディパアクティー 1枚 30円

メディパアクティースーパー 1枚 45円

メディパンツM 1枚 75円

メディパンツL 1枚 83円

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か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

|   |
|---|
| ア．窓口での現金支払                                      |
| イ．下記指定口座への振り込み<br>福山市農業協同組合 北支店 普通預金            |
| 郵便振替  |
| ウ．金融機関口座からの自動引き落とし<br>ご利用できる金融機関：農業協同組合・本支店、郵便局 |

(4) 介護の場所(契約書第7条参照)\*

ご契約者にとって適切なサービスを提供するために必要な場合には、契約者に対して、その居室の他、介護専用居室又は一時介護室において、サービスを提供します。

その必要性の判断は、契約者の意思を確認し、契約者の主治医もしくは協力医療機関の医師の意見を聞いて行うこととします。

(5) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力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。(但し、下記医療機関での優先的な診療・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。)

協力医療機関

|         |            |               |
|---------|------------|---------------|
| 医療機関の名称 | 県立神石三和病院   | 府中市北市民病院      |
| 所在地     | 神石郡神石高原町三和 | 府中市上下町上下2100  |
| 診療科     | 内科・整形・眼科   | 内科・外科・整形・産婦人科 |

協力歯科医療機関

|         |              |
|---------|--------------|
| 医療機関の名称 | はまはら歯科       |
| 所在地     | 府中市栗柄町3149-1 |

6. 苦情の受付について(契約書第20条参照)

(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ご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口(担当者)

[職名] 計画担当者 高尾 尚美

受付時間 毎週月曜日～日曜日

8:00～17:30

また、苦情受付ボックスを事務室に設置しています。

( 2 ) 行政機関その他苦情受付機関

|                    |  |
|--------------------|--|
| 府中市役所<br>介護保険担当課   | 所在地 広島県府中市府川町315<br>電話番号・FAX 0847-43-7191<br>受付時間 8:30~17:30   |
| 広島県<br>国民健康保険団体連合会 | 所在地 広島県広島市中区宝町4-23<br>電話番号・FAX 082-545-0011<br>受付時間 8:30~17:30 |
| 府中市社会福祉協議会         | 所在地 広島県府中市広谷町919-3<br>電話番号・FAX 0847-41-1297<br>受付時間 8:00~17:30 |

7. 施設内事故等の対応について

当ホームご利用中にホーム内においての状態急変・事故等について、「緊急時マニュアル」に基づき処置を行い、通院必要な場合には直ちに緊急時協力医療機関へ搬送いたします。また同時にご家族へもご連絡し、正確な情報提供に努めます。

詳しくは「緊急時マニュアル」によって対応いたします。

年 月 日

痴呆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。

グループホーム さつき

説明者職名 名前 印

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、痴呆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 名前 印

代理人住所 名前 印  
( 続柄 )

## <重要事項説明書付属文書>

### 1. 施設の概要

(1) 建物の構造 木造平屋建瓦葺

(2) 建物の延べ床面積 286.99㎡

(3) 併設事業

当ホームでは、次の事業を併設して実施しています。

[介護老人福祉施設] 2000年3月30日 指令福セ第88号 定員53名

[短期入所生活介護] 2000年1月26日 指令福セ第39号 定員13名

[通所介護] 2000年1月26日 指令福セ第38号 定員30名

[居宅介護支援事業] 1999年7月30日 指令福セ第4号

(4) ホームの周辺環境\*

(騒音、日当たり等)

緑豊で日当たりのよい環境

### 2. 職員の配置状況

#### <配置職員の職種>

**介護職員**...ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

3名の利用者に対して1名の介護職員を配置しています。

**生活相談員**...ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

併設施設の生活指導員が対応いたします。

**看護職員**... 主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も併設施設の看護職員が行います。

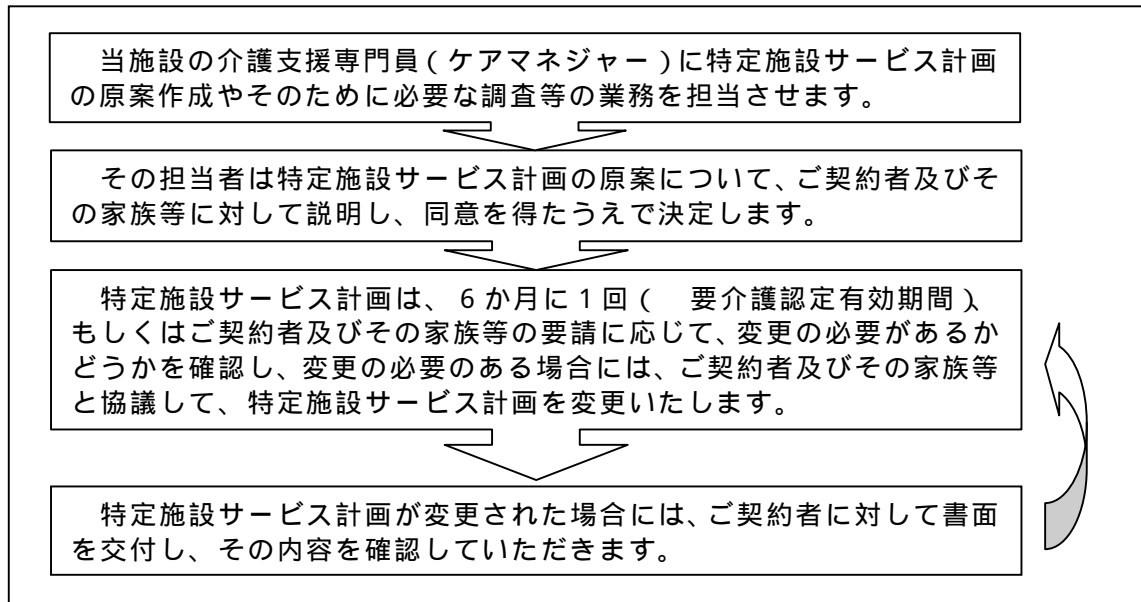
**機能訓練指導員**...ご契約者の機能訓練を担当します。

併設施設の機能訓練担当が希望により行います。

### 3. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「特定施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「特定施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。（契約書第3条参照）



### 4. サービス提供における事業者の義務（契約書第10条、第11条参照）

当施設では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。

ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。

ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。

ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。

ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。

ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）

ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供いたします。

## 5 . 損害賠償について（契約書第 12 条、第 13 条参照）

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 6 . サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 2 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更にも同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができます。（契約書第 15 条参照）

|   |
|---|
| ご契約者が死亡した場合<br>要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合<br>施設への入居契約が終了した場合<br>事業者が破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合<br>施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合<br>当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合<br>ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）<br>事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。） |
|---|

### （1）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 16 条、第 17 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から入所契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 5 日前（最大 7 日）までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

|  |
|--|
| 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合<br>事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める特定施設入所者生活介護サービスを実施しない場合<br>事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合<br>事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合<br>他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合 |
|--|

( 2 ) 事業者からの契約解除の申し出 ( 契約書第 18 条参照 )

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 6 か月以上 ( 最低 3 か月 ) 遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合

ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

( 3 ) 契約の終了に伴う援助 ( 契約書第 15 条参照 )

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。