

グループホーム サンタの家

重要事項説明書（介護予防）

1 グループホーム サンタの家

(1) 当事業所の概要

| | |
|-------|--------------------|
| 施設名 | グループホーム サンタの家 |
| 所在地 | 弘前市大字大川字中桜川18番地10 |
| 電話番号 | 0172-99-1115 |
| FAX番号 | 0172-99-1116 |
| 事業所番号 | 指定事業所番号 0270201676 |

(2) 当事業所の職員体制

〔第1ユニット〕

| 職名 | 資格 | 常勤 | 非常勤 | 合計 | 業務内容 |
|---------|---------------|----|-----|----|--------------|
| 管理者 | 認知症介護管理者研修修了者 | 1名 | | 1名 | 介護職員及び業務の管理 |
| 計画作成担当者 | 認知症介護実務者研修修了者 | 1名 | | 1名 | 介護計画の作成 |
| 介護職員 | 介護福祉士 | 6名 | | 6名 | 入居者の介護に関すること |
| | 介護福祉士実務者研修 | 1名 | | 1名 | |
| | 介護職員初任者研修 | | | | |
| | ヘルパー2級 | 1名 | | 1名 | |
| 事務職員 | | 1名 | | 1名 | 必要な事務を行う |

〔第2ユニット〕

| 職名 | 資格 | 常勤 | 非常勤 | 合計 | 業務内容 |
|---------|---------------|----|-----|----|--------------|
| 管理者 | 認知症介護管理者研修修了者 | 1名 | | 1名 | 介護職員及び業務の管理 |
| 計画作成担当者 | 認知症介護実務者研修修了者 | 1名 | | 1名 | 介護計画の作成 |
| 介護職員 | 介護福祉士 | 6名 | | 6名 | 入居者の介護に関すること |
| | 介護福祉士実務者研修 | | | 名 | |
| | 介護職員初任者研修 | | | 名 | |
| | その他 | | 1名 | 1名 | |
| 事務職員 | | 1名 | | 1名 | 必要な事務を行う |

[第3ユニット]

| 職 名 | 資 格 | 常 勤 | 非常勤 | 合 計 | 業 務 内 容 |
|---------------|--------------------------|-----|-----|-----|--------------|
| 管 理 者 | 認知症介護管理者研修修了者 | 1名 | | 1名 | 介護職員及び業務の管理 |
| 計 画 作 成 担 当 者 | 認知症介護実務者研修修了者 介護支援専門員 | 1名 | | 1名 | 介護計画の作成 |
| 介 護 職 員 | 介護福祉士 | 6名 | | 6名 | 入居者の介護に関すること |
| | 介護福祉士実務者研修 | 1名 | | 1名 | |
| | 介護職員初任者研修 | | | | |
| | その他 | | | 1名 | |
| 事 務 職 員 | | 1名 | | 1名 | 必要な事務を行う |

(2) 当事業所の設備概要

| | | | |
|-----|-------------------------------------|-----|------------|
| 構 造 | 鉄筋コンクリート造3階建（グループホームは、2階・3階）7号館（2階） | | |
| 定 員 | 27人（1ユニット定員9名） | | |
| 居 室 | 9室（定員1名） | 食 堂 | 1室（30.35㎡） |
| 居 間 | 1室 | 浴 室 | 1室（4.32㎡） |

2 当事業所の特徴等

(1) 運営の方針

認知症を有する要介護状態の方を対象として、住み慣れた地域において共同生活を通じ人間としての尊厳を守り、自立的な日常生活を営むことを支援することにより、入居者の心身の機能並びに入居者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るとともに、認知症高齢者の在宅生活を支える。

- ① 入居者の心身の状況に応じ、自主性を保ち意欲的に日々が送ることが出来るようにすることを念頭に、精神的な安定、行動障害の減少及び認知症の進行緩和が図られるような介護サービスを提供する。
- ② 入居者が共同生活を送る上で、自らの役割を持つことにより達成感や満足感を得て自信回復に繋がるような援助を行う。
- ③ 入居者の心身の状況、その置かれている環境もふまえて入居者や家族の意向に添った認知症対応型共同生活介護計画を作成し、これに基づいた適切なケアを実施する。
- ④ 入居者の人格に配慮し権利と人権を守る。
- ⑤ 入居者の健康を維持し増進するように機能訓練・定期検診を行う。
- ⑥ 年1回自らサービスの評価を行った上で、選定した評価機関の実施するサービス評価を受け、その評価結果をふまえて総括的な評価を行い、介護の質の改善を図る。
- ⑦ 2ヶ月に1回運営推進会議を開催し、家族や地域住民へ積極的に情報を公開し当事業所の理解を得る。地域活動にも積極的に参加する。
- ⑧ 公共施設の活用を図り、保健・医療・福祉施設との連携に努める。

(2) サービス利用のために

| 事 項 | 備 考 |
|-----------|-------------------------------|
| 職員への研修の実施 | 勉強会を定期的で開催し、外部研修には随時参加しております。 |
| 介護マニュアル | 介護マニュアルに添った適切なサービスを提供します。 |
| 身体拘束 | 原則として身体拘束はいたしません。 |

(3) サービスの利用に当たっての留意事項

| | |
|-------------|---|
| 来 訪 ・ 面 会 | 面会時間 午前7時30分～午後8時 時間外の面会については柔軟に対応いたしますので、遠慮なく申し出て下さい。 来訪者の宿泊も可能ですが準備の都合上、早めにご連絡下さい。 |
| 外 出 ・ 外 泊 | 外出・外泊の際には、外出・外泊届の記入をお願いします。必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出て下さい。帰設時に外出・外泊時の状況をお伺いすることがございますのでご協力ください。 |
| 居室・設備・器具の利用 | 事業所内の居室や設備、器具は本来の用途に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。 |
| 迷惑行為等 | 騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。暴力行為等が見られた際には退居していただく可能性があります。 |
| 宗教活動・政治活動 | 事業所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下さい。 |
| 動物飼育 | 事業所内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りいたします。 |
| 金銭、貴重品の管理 | 金銭の自己管理が難しい方は、職員が出納管理いたしますのでご相談下さい。金銭の自己管理される際は、盗難・紛失等について責任は負いかねますのでご了承下さい。 |
| 差し入れ等について | 面会時の差し入れで、食べ物（特に生物）や薬品（目薬・軟膏類含む）の差し入れを希望される際は、必ず職員の許可を得て下さい。許可なく差し入れられた物品による体調不良・事故等の責任は負いかねますのでご了承下さい。 |

3 サービスの内容

| 種 類 | 内 容 |
|---------------|---|
| 食 事 の 介 助 | <p>管理栄養士の立てる献立表により、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。</p> <p>食事は皆様と楽しく食事ができるよう配慮します。</p> <p>(食事時間)</p> <p>朝食 午前7時30分～</p> <p>昼食 午後0時～</p> <p>夕食 午後5時30分～</p> |
| 入 浴 の 介 助 | <p>週2～3回の入浴または清拭を行います。</p> <p>入浴以外の日は、就床前に足浴を行います。</p> |
| 排 泄 の 介 助 | <p>入居者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、その時々状況にあわせて下着・オムツ又はパッドを使い分け、排泄の自立について適切な援助を行います。</p> <p>排泄の誘導や確認、失禁の対応は不安や羞恥心、プライバシーに配慮して行います。</p> |
| 着 替 え 等 の 介 助 | <p>生活リズムを考えて、毎朝夕の着替えを行えるよう配慮します。個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。</p> <p>シーツ交換は週1回実施し、汚染時は随時交換します。</p> |
| 健 康 ・ 衛 生 管 理 | <p>訪問看護ステーショントナカイハウスとの協力により、24時間の医療体制を確立し、夜間の急変時の対応や日常生活の健康管理に努めます。</p> <p>入居者の状況に応じて、洗顔、整髪、髭剃、爪切り等についても適切な援助を行います。入居者が外部の医療機関に通院する場合は、原則としてご家族様にお願いいたします。ご家族様でご都合がつかない場合は、その介添いについてできるだけ配慮します。</p> |
| 相 談 及 び 援 助 | <p>当事業所は、入居者及びそのご家族からいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。</p> |
| ヘアカットのサービス | <p>併設老健の理美容サービスをご利用いただけます。</p> |

4 利用料金

(1) 利用料

| 区 分 | 介護保険適用時の 一日あたりの自己負担額 |
|--|-------------------------|
| <p>認知症対応型共同 生活介護費</p> <p>※記載の料金は1割負担の方の 料金です。入居者の負担割合 に応じて 料金は変動します。</p> | <p>要支援2</p> <p>749円</p> |

| | | |
|-----------------------|----------|--------|
| 初期加算(注1) | | 30円 |
| 科学的介護推進体制加算(注2) | | 40円 |
| 医療連携体制加算(Ⅰ)(注3) | | 37円 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(注4) | | 22円 |
| 栄養管理体制加算(注5) | | 30円 |
| 協力医療機関連携加算(注6) | | 100円 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)(注7) | | 10円 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)(注8) | | 5円 |
| 介護職員等処遇改善加算(注9) | | 下記参照 |
| 退所時情報提供加算(注10) | | 1回250円 |
| 家賃 | | 700円 |
| 光熱水費 | | 220円 |
| 食材料費 | | 1,500円 |
| 暖房費 | (11月～3月) | 220円 |
| | (4月) | 110円 |
| 行事費 | | 実費 |
| 寝具代 | | 70円 |
| オムツ費 | | 実費 |
| ヘアカット代(1回) | | 2,200円 |
| 但し、電気カミソリによる顔剃りも行った場合 | | 2,700円 |
| 洗濯機使用料(1回) | | 200円 |
| 口座振替手数料(月額) | | 110円 |

注1) 初期加算は、入居日から起算して30日間について、請求させていただきます。

注2) 科学的介護推進体制加算は月額40円請求させていただきます。

注3) 医療連携体制加算(Ⅰ)は日額37円請求させていただきます。要支援者はありません。

注4) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)は日額22円請求させていただきます。

注5) 栄養管理体制加算は月額30円請求させていただきます。

注6) 協力医療機関連携加算は月額100円請求させていただきます。

注7) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)は月額10円請求させていただきます。

注8) 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)は月額5円請求させていただきます。

注9) 一月のご利用額(介護保険部分)に18.6%を乗じた額を請求させていただきます。

注10) 退所時情報提供加算は退居時に一回のみ請求させていただきます。

※ 若年性認知症に該当する方は、日額120円請求させていただきます。

※ 外部の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が事業所を訪問し、計画作成担当者と身体状況等の評価(アセスメント)を共同して行った場合、生活機能向上連携加算として、月額200円請求させていただきます。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

①入居者のご都合でサービスを終了する場合

退居を希望する日の1ヶ月前までにお申し出ください。

②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 入居者が他の介護保健施設に入所が決まり、その施設側で受け入れが可能となった場合
介護保険給付で、サービスを受けていた入居者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合
- ・ 入居者が病気の悪化やけがにより入院治療が必要となりその移転先が受入可能となった場合
- ・ お客様が亡くなられた場合

③その他

- ・ 入居者が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず5日以内に支払わない場合、または入居者やご家族などが当事業所のサービス職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、サービス契約終了の10日前に文書で通知し、退居していただく場合があります。
- ・ サービスの終了により入居者が当事業所を退居するときは、当事業所は予め退居先が決まっている場合を除き、居宅介護支援事業者またはその他の福祉サービス機関等と連携して、入居者またはその家族に対して、円滑な対処のために必要な援助を行います。なお、入居者の退居までに入居者の生活に要した費用等の実費は、入居者の負担とします。
- ・ 入居者および身元引受人がサービス利用料金を支払えない場合、保証人へ請求する場合がございます。

6 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

| | |
|-------------|----------------------|
| 苦情解決 責任者 | 中 田 倫 代 (第1ユニット 管理者) |
| | 古 川 晋 也 (第2ユニット 管理者) |
| | 寺 山 律 子 (第3ユニット 管理者) |
| 担 当 者 | 中 田 倫 代 (第1ユニット 管理者) |
| | 古 川 晋 也 (第2ユニット 管理者) |
| | 寺 山 律 子 (第3ユニット 管理者) |

| | |
|-------|-----------------|
| 電話番号 | 0172-99-1115 |
| F A X | 0172-99-1116 |
| 受付時間 | 午前8時30分～午後5時30分 |

(2) 第三者委員

| | |
|-------|--|
| 山崎 智 | 第三者委員に対し、以下の方法で直接苦情を伝えることができます。 ①事業所内に設置する第三者委員宛て「相談・意見箱」への投函 ②第三者委員用メールフォームへの入力 |
| 藤田 雅俊 | |

(3) 苦情処理の流れ

別紙「苦情解決対応フローチャート」参照

(4) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村又は青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

| | |
|----------------|--------------|
| 青森県国民健康保険団体連合会 | 017-723-1336 |
| 弘前市役所 | 0172-40-7049 |

7 協力医療機関

| | |
|---------|------------------------------|
| 医療機関の名称 | サンタハウスクリニック |
| 医院長名 | 工藤 堯史 |
| 所在地 | 弘前市大字大川字中桜川19番地1 |
| 電話番号 | 0172-99-1799 |
| 診療科目 | 内科・外科・形成外科・泌尿器科 |
| 医療機関の名称 | 医療法人弘愛会 弘愛会病院 |
| 医院長名 | 橘 正人 |
| 所在地 | 弘前市大字宮川3丁目1番地4 |
| 電話番号 | 0172-33-2871 |
| 診療科目 | 内科・外科・呼吸器外科・消化器外科・整形外科・形成外科等 |
| 医療機関の名称 | 医療法人ときわ会 ときわ会病院 |
| 医院長名 | 永山 淳造 |
| 所在地 | 南津軽郡藤崎町大字榊字亀田2番地1 |
| 電話番号 | 0172-65-3771 |
| 診療科目 | 内科・消化器科・外科・整形外科・リウマチ科・緩和ケア科等 |
| 医療機関の名称 | 国民健康保険 板柳中央病院 |
| 医院長名 | 照井 健 |
| 所在地 | 北津軽郡板柳町大字灰沼字岩井74番地2 |
| 電話番号 | 0172-73-3231 |
| 診療科目 | 内科・外科・整形外科・耳鼻科・眼科 |

| | |
|---------|--------------------------|
| 医療機関の名称 | 津軽保健生活協同組合 藤代健生病院 |
| 医 院 長 名 | 関 谷 修 |
| 所 在 地 | 弘前市大字藤代二丁目12番地1 |
| 電 話 番 号 | 0172-36-5181 |
| 診 療 科 目 | 精神神経科・内科・リハビリテーション科・放射線科 |
| 医療機関の名称 | 代官町クリニック 吉田歯科 |
| 医 院 長 名 | 吉 田 敏 弘 |
| 所 在 地 | 弘前市大字代官町108番地 |
| 電 話 番 号 | 0172-38-4142 |
| 診 療 科 目 | 歯科 |

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族等へ連絡をいたします。

| | | | | |
|---------|-------|--|-------|--|
| 病 院 名 | 病 院 名 | | 主 治 医 | |
| | 電話番号 | | | |
| ご 家 族 ① | 氏 名 | | | |
| | 連 絡 先 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| ご 家 族 ② | 氏 名 | | | |
| | 連 絡 先 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| ご 家 族 ③ | 氏 名 | | | |
| | 連 絡 先 | | | |
| | 電話番号 | | | |

9 秘密の保持及び個人情報の保護

(1) 当事業所とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た入居者又は扶養者若しくはその家族などに関する個人情報の利用目的を定め、適切に取り扱います。

また、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき業務として明記されていることから、情報提供を行います。

- ① サービス提供困難時の事業所間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所等との連携
- ③ 入居者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 入居者に病状の変化が生じた場合の主治の医師への連絡等
- ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提出する場合等）

(2) 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

10 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、入居者がお住まいの市町村、ご家族に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、入居者に対して事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

11 非常災害対策

| | |
|----------|---|
| 非常時の対応 | 「消防計画」にのっとり対応を行います。 |
| 近隣との協力関係 | 大川町内会（大川消防団）と常時の相互の応援を約束しています。 |
| 防災訓練 | 「消防計画」にのっとり、年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居者の方々も参加して実施します。 |
| 防災設備 | スプリンクラー・非常階段・自動火災報知・誘導灯・消火栓、防火扉・非常放送設備・非常用電源 |

12 その他

当事業所についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求ください。

令和 年 月 日

同意書

グループホームのサービス提供開始にあたり、入居者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 弘前市大字大川字中桜川18番地10
名称 グループホーム サンタの家
電話番号 0172-99-1115

説明者氏名

印

私は、本書面により、事業者からグループホームについての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意します。

入居者

住所 _____

氏名 _____ 印

入居者の家族等

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 ()

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、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、入居者の状態、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怪我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) 居宅サービス計画に記載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所(体調を崩し又は怪我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、個人情報の提供にあたっては関係者以外の者に漏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
グループホーム サンタの家 殿

〈入居者〉

住 所

氏 名

印

〈身元引受人及び親族〉

住 所

氏 名

印

苦情解決対応フローチャート

