

指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護
グループホーム ファミーユ重要事項説明書

当事業所（以下「ファミーユ」という。）は、御契約者に対して指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービス（以下「介護サービス」という。）を提供します。ホームの概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※ 当ホームの入所は、原則として要介護認定の結果、要介護の状態（介護予防にあっては要支援2の状態）にある認知症高齢者の方が対象となります。

1. 経営法人

法人名	公益財団法人大牟田医療協会
法人所在地	福岡県大牟田市臼井町 23 番地の 1
電話番号	0944-57-2000
代表者氏名	代表理事 前田謙一
設立年月	昭和 42 年 7 月

2. 利用施設

施設の種類	指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護
施設の名称	グループホーム ファミーユ
施設の所在地	福岡県大牟田市野添町 20 番地 19
電話番号	0944-41-1171
管理者氏名	齊田誠
開所年月日	平成 16 年 9 月 1 日・平成 17 年 5 月 1 日
入所定員	18 名（東館 9 名 西館 9 名）

3. ホームの目的

要介護の状態（介護予防にあっては要支援2の状態）にある認知症高齢者である被保険者（以下、「利用者」という）について、介護サービスに基づき、家庭的な環境の中で、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他日常生活上の支援、機能訓練、健康管理及び療養上の介助をおこなうことにより、利用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援助することを目的とします。

4. ホームの運営方針

認知症になり要支援2や要介護状態になっても、人間として尊厳をもって最後まで本人らしい生活をしていくことを目的に、共同生活を営む為のいろいろなサービスを提供します。また、事業所は地域の代表者、市町村職員、利用者・家族などで構成する運営推進会議を2ヶ月に1回を目途に、(1) サービスの内容等を明らかにする、(2) 利用者の抱え込みを防止する、(3) 地域に開かれたサービスをすることで、サービスの質の確保を図ることを目的に開催します。

(1) 各ユニットの居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
居室（一人部屋）	9室	ベット・洗面付き
食堂	1室	
居間	1室	
台所	1室	
脱衣室	1室	
洗濯室	1室	
スタッフルーム	1室	

(2) 各ユニットの職員の配置状況

当ホームでは、利用者に対して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)	(非常勤)
管理者	1名	
計画作成者	1名	
介護職員	6名	1~2名

<主な職員の勤務時間状況> ※職員の配置については指定基準を遵守しています。

(職種)	(勤務体制)	(配置人数)
管理者	8:30~17:30	1名
計画作成者	8:30~17:30	1名
看護職員	日勤 7:00~19:00 夜勤 18:30~9:30	3~4名 1名

(3) 当ホームが提供するサービスと利用金額

当ホームでは、利用者に対しては以下のサービスを提供します。

① 当ホームが提供するサービスについて

- (ア) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (イ) 利用料金の自己負担金が発生する場合

② 介護保険の給付の対象となるサービス

利用料金の大部分（負担割合証の負担額）が介護保険から給付されます。

③ サービスの概要

(ア) 食事

- ・ 栄養並びに利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者の残存能力を考慮して自立支援の為、食事づくりに加わって頂く機会を多く持ります。
- ・ 食事時間は制限しませんが、およその目安は朝食8時、昼食12時、夕食17時です。

(イ) 入浴

- ・入浴あるいは清拭をケアプランに基づいて行います。

(ウ) 排泄

- ・排泄の自立を促す為、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

(エ) 機能訓練

- ・心身等の維持向上を図る「生活リハビリ」を中心に機能訓練活動を行います。

(オ) 生活サービス

- ・日常生活の世話（離床・着替え・整容・清掃・洗濯等）を、利用者の能力に応じて援助します。
- ・その他自立への支援を行います。
- ・残された能力が最大限に發揮できるよう、生活意欲が引き出せるよう、利用者の趣味や嗜好に応じて多様なプログラムを取り入れます。

④ サービス料金（1日あたり）

下記の料金表によって、利用者の要介護に応じたサービス料金（介護保険給付額）の（1割～3割）を負担していただきます。

介護保険（1割～3負担額）						合計利用月額
介護度	サービス料金	医療連携加算	サービス提供体制加算Ⅲ	介護職員処遇改善加算	初期ケア加算	上段ケア加算なし 下段ケア加算あり
要支援 2	日額 749	なし				25,131 円
介護 1	日額 753					26,131 円
介護 2	日額 788					26,564 円
介護 3	日額 812					27,564 円
介護 4	日額 828					27,731 円
介護 5	日額 845					28,730 円
				介護保険給付総額に、 111%かけた額の1割負担	入所後1ヶ月間算定	28,530 円
					日額	29,530 円
					30 円	29,064 円
					月額	30,064 円
						29,630 円
						30,630 円

⑤ 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が負担となります。

〔基本料金〕概算として 1 カ月を 30 日で換算

	日額	月額
家賃	2,000 円	60,000 円
水道高熱費	412 円	12,360 円
食材費	1,237 円	37,110 円

月額は当該月の日数を乗じます。

〔基本料金以外必要と思われる費用〕

理美容、オムツ、特別な行事、飲食、クリーニング代、又退所時の荷物搬送代や日常生活において利用者に必要な費用等は実費負担となります。

⑥ 利用料金のお支払い方法

前記①②の料金・費用は 1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。(1 ケ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) 窓口で現金支払い

(イ) 夏期窓口への振込み

西日本シティ銀行 大牟田支店

口座 店番 051 口座番号 1674978

公益財団法人大牟田医療協会 グループホーム ファミーユ

代表理事 前田謙一

(ウ) 金融機関からの引落し

ご利用できる金融機関 西日本シティ銀行

5. 入居中の医療提供について

医療を必要とする場合には、利用者の希望により下記協力医療機関において診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するものではありません) また、サービス供給確保ならびに日々の健康管理や緊急時の対応のために下記の訪問看護ステーションとの連携を行う。

(1) 協力医療機関

医療機関の名称 南大牟田病院

所在地 福岡県大牟田市臼井町 23 番地の 1

診療科 内科、外科、整形外科、循環器科、消化器科

医療機関の名称 南大牟田クリニック

所在地 福岡県大牟田市臼井町 11 番地の 6

診療科 内科、外科、整形外科、循環器科、消化器科

(2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称 平野歯科クリニック
所在地 福岡県大牟田市右京町 69 番地

(3) 連携訪問看護ステーション

事業所の名称 南大牟田病院
所在地 福岡県大牟田市臼井町 23 番地の 1

(4) 入院に係る取扱い

入居サービスを受けている場合において、利用者が病院または診療所に入院した場合は、サービスを一旦中止した翌日から介護サービス費（介護保険 1割～3割負担分）は、算定されません。但し、管理費等、居室に係る料金については入院中も費用がかかります。入院後 3ヵ月以内に退院することが見込まれる利用者に対して、退院後再び当該事業所に円滑に入居できる体制を確保する。

(5) ホームを退所していただく場合（契約終了について）

- ① 当ホームとの契約では、契約が終了する期間は特に定めていません。従って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が、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当ホームとの契約は終了し、ご利用者に退所していただくことになります。（契約書第 15 条参照）
- （ア）認定により利用者の心身の状況が自立または要支援 1 と判断された場合
- （イ）事業者が解散した場合や破産した場合またはやむを得ない事由によりホームを解散した場合
- （ウ）ホームの滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスが不可能になった場合
- （エ）当ホーム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
- （オ）利用者からの退所の申し出があった場合
- （カ）事業者から退所の申し出を行った場合
- ② 利用者から退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第 16 条、第 17 条）により退所して頂く場合は契約の有効期限であっても退所を申しでることができます。
- （ア）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
- （イ）利用者が入院された場合
- （ウ）事業者もしくは、事業所職員が正当な理由なく本契約に定める介護サービスを実施しない場合
- （エ）事業者もしくはサービス事業者が守秘義務に違反した場合
- （オ）事業者もしくはサービス従事者が故意または過失により利用者の身体・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
- （カ）他の利用者が身体・財物・信用等を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取らない場合

- (③) 事業者からの申し出により退所していただく場合、(契約解除) (契約書第 18 条参照)
以下の事項に該当する場合には、当ホームから退所していただくことがあります。
- (ア) 利用者が、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
- (イ) 利用者による、サービス料金の支払いが 3 ヶ月以上遅延し相当期間を定めた催告
にかかるわらず支払われない場合
- (ウ) 利用者が故意又は過失により事業者又はサービス事業者もしくは、他の利用者等
の生命・身体・精神・財物・信用等を傷つけ又は著しい不正行為を行うことによ
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
- (エ) 利用者が連続して 1 ヶ月を超えて病院または診療所に入院すると見込まれる場合
もしくは入院した場合

6. 事故発生時の対応

利用者が安心して認知症共同生活介護の受けられるよう事故発生時の速やかな対応を行います。
利用者に対する認知症対応型生活介護の提供により事故が発生した場合には、大牟田市、利用者
家族、医療機関等に連絡を行い、必要な措置を講じます。

当該事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録を行います。

この他、以下の点に留意します。

- (1) 利用者に対する認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合の対応方法
(対応マニュアル) を定めておきます。
- (2) 賠償すべき事態において速やかに賠償を行う為、損害賠償保険に加入しています。
- (3) 事故が生じた際には、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

損害賠償

- (1) 事業者は、利用者に対するサービスの提供に当たって、万が一事故が発生し、利用者の
生命、身体、財産に損害が生じた場合は、不可効力による場合を除き、速やかに契約
者に対して損害を賠償します。但し、利用者に故意または過失が認められる場合は、事
業者は賠償責任を免除され、賠償額を免除されることがあります。
- (2) 利用者の故意または、過失により、居室または備品につき通常の保守・管理程度を超
える補修等が必要になった場合には、その費用は利用者または利用者代理人が負担します。

7. 苦情の受付について (契約書第 22 条参照)

- (1) 当ホームにおける苦情やご相談は以下の窓口で受付けます。また、苦情ボックスを事務
室前に設置しています。
苦情窓口 齋田誠
受付時間 8：30～17：30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

行政機関 大牟田市保健福祉部 福祉課
所在地 福岡県大牟田市有明町 2 番地 3
電話番号 0944-41-2683

行政機関 福岡県国民健康保険団連合会
所在地 福岡県福岡市博多区吉塚本町 13 番地 47
電話番号 092-642-7800

8. 非常時災害対策について

事業所は、消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画を定めるとともに、非常災害に備える為、年 2 回以上の避難、救出その他必要な訓練を行う。

9. 衛生管理について

- (1) 共同生活介護を提供するのに必要な設備、備品等の清潔を保持し、常に衛生管理に留意する。
- (2) 事業所職員は、感染症等に関する知識の習得に努める。

10. 個人情報保護について

事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」、「個人情報保護に関する法律」、「個人情報に関する法律についてのガイドライン」及び「医療・介護関係における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を順守し適切な取り扱いに努めるものとする。事業所が得た利用者の個人情報については、事業者での介護サービス提供以外の目的では、原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその家族の了承を得るものとする。

11. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待を防止するための事業所職員に対する研修の実施
- (2) その虐待防止のために必要な措置

事業所は、サービス提供中に当該事業所職員又は養護者（利用者家族）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市に通報するものとする。

令和 年 月 日

重要事項説明書の説明を、事業所職員()が、利用者()及び利用者家族()へ説明を行いました。

私は、重要事項説明書の説明を受けました。

利用者 住所

氏名 印

上記代理人 住所

利用者との関係

氏名 印