

R7年6月1日

グループホーム重要事項説明書

令和 年 月 日

様

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 本城会
(2) 法人所在地 北九州市八幡西区藤原四丁目15-33
(3) 電話番号 093-601-7760
(4) 代表者氏名 理事長 福島 智子
(5) 設立年月日 H8年6月1日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 グループホーム
(2) 施設の名称 ひびきの 虹色館
(3) 施設の所在地 北九州市若松区ひびきの南1丁目2-3
(4) 電話番号 093-695-7788
(5) 施設長氏名 福島 智子
(6) 開設年月日 H25年6月1日
(7) 入所定員 18名(2ユニット…9名+9名)

3. 当施設の目的と運営方針

(1) 基本理念

「笑顔 信頼 安心」笑顔あふれる明るい暮らしを。

(2) 事業所の目的

この事業は、要支援2・要介護者であって認知症の状態にある方について共同生活起居において、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た自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とする。

(3) 運営方針

利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行う。

4. 居室の概要

(1) 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	18室	1室平均9.3㎡
食堂 (2ユニット)	1室	A133.76㎡ B113.01㎡
トイレ	4室	各ユニット(2か所)
浴室	1室	一般浴槽、リフト浴

☆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、居室の空き状況等を勘案して施設がその可否を判断します。また、ご契約者の心身の状況により、ご契約者、ご家族と協議の上、居室を変更する場合があります。

5. 職員の配置状況

＜主な職員の配置状況＞

職種	常勤	非常勤	事業所の指定基準	保有資格
管理者	1（2名兼任）		2	
計画作成担当者	1（2名兼任）		2	介護支援専門員
介護職員	10名以上		6	ヘルパー2級・介護福祉士
看護師	1名			准看護師

＜主な職員の勤務体制及び職務内容＞

職 種	勤務体制	休 日	職務内容
管理者	8：45～17：00 （正規の勤務時間帯） 介護職員勤務時間もあり	4週6休	利用者の処遇計画 生活相談及び指導
介護職員	早出（7：30～15：45） 日勤（8：45～17：00） 遅出（10：45～19：00） 夜勤（16：30～翌9：00）	原則として 4週6休	利用者の生活支援及び介護
介護支援専門員	8：45～17：00 （正規の勤務時間帯） 介護職員勤務時間もあり	原則として 4週6休	利用者のアセスメント、立案、サービス計画作成及び、定期的なモニタリングの実施を行い本人、家族に説明

※状況に応じて勤務体制時間変更有り

6. 当施設が提供するサービス

（1）法定給付サービス

①相談・助言等

- 当施設は、ご契約者の入所時には、ご契約者の従来の生活の状況、家庭の状況、心身の健康状態等について把握し、利用者及びご家族からの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に努めます。（相談窓口：管理者）

②食事

- 当施設では、管理栄養士による献立により、食事を1日3回提供します。食事内容は、栄養並びにご契約者の健康状態及び嗜好等を考慮した選択メニューや季節感あふれる食事等の提供に努めます。又、食事はできるだけ離床してホールで食べていただけるように配慮します。個々の身体、その他の状況に応じた食事の場所の提供をします。

（食事時間） 朝食 8：00～9：00
昼食 12：00～13：00
夕食 18：00～19：00

③入浴

- 週2回以上の入浴又は清拭を行います。座位のとれない方は機械を用いての入浴も可能です。

④排泄

- 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。

⑤離床・着替え・整容等

- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うように配慮します。
- ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助をします。
- ・シーツ交換は、週 1 回、寝具の消毒は必要都度実施します。

⑥健康管理

- ・バイタルチェックを毎日行い、健康管理に努めます。
- ・緊急等必要な場合には、虹色館内の他事業所看護師や主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについて出来るだけ付き添いを行います。

【当施設の協力医療病院】

氏 名： 今光ホームケアクリニック
診療科目： 内科・外科・リハビリテーション科
診察日： 金曜日の月 2 回但し必要時は随時

- ・本来、医師、看護師等の医療職員のみが行うことのできる医療行為の一部を当事業所施設においては必要時に、看護職員との連携致します。

⑦社会生活上便宜

- ・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えると共に、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。（手工芸、リハビリ、レクリエーション、音楽、喫茶コーナー等）

（2）法定給付外サービス

- ・特別な食事：利用者の希望により、特別食を提供します。
- ・理髪・美容：毎月 1 回ピュアの出張による理髪・美容サービスをご利用いただけます。

（3）その他

- ・サービス提供記録の保管：契約の終了後 5 年間保管します。
- ・サービス提供記録の閲覧：土日曜日・祝祭日を除く毎日 9：00～15：00
- ・サービス提供記録の複写物の交付：複写に際しては、実費相当額を負担していただきます。

7. 施設サービス計画作成までのサービス

施設サービス計画が作成されるまでの間、日常生活が送れるように適切な各種介護サービスを提供します。

8. 利用者負担額

お支払いいただく利用者負担額は概ね次のとおりです。

(1) 法定給付サービス

(地域区分：7窮地 1単位：10.14円)

	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
介護福祉サービス費	749 単位	753 単位	788 単位	812 単位	828 単位	845 単位
1日の介護サービス費 (10割)	7,594 円	7,635 円	7,990 円	8,233 円	8,395 円	8,568 円
1日の自己負担額 (1割)	759 円	763 円	799 円	823 円	839 円	856 円
1ヶ月(30日)当たりの自己負担額 (1割)	22,770円	22,890円	23,970円	24,690円	25,170円	25,680円
1日の自己負担額 (2割)	1,518円	1,527円	1,598円	1,646円	1,679円	1,713円
1ヶ月(30日)当たりの自己負担額 (2割)	45,540円	45,810円	47,940円	49,380円	50,370円	51,390円
1日の自己負担額 (3割)	2,278円	2,290円	2,397円	2,470円	2,518円	2,570円
1ヶ月(30日)当たりの自己負担額 (3割)	68,340円	68,700円	71,910円	74,100円	75,540円	77,100円

(加算分)

(1単位：10.14円)

加 算	単位 (日)	加算内容
初期加算 (入所日より30日間)	30 単位/日	当該入居者が過去3ヶ月間当該事業所に入所したことがない場合、医療機関に30日以上入院した後、退院後に再入所した場合、30日間加算されます。
入院時加算	246 単位/日	利用者が入院し、再入所する体制ができている場合、6日間加算されます。
医療連携加算Ⅰ (ハ)	37 単位/日	事業所の看護職員又は訪問看護ステーション等との契約により正看護師を1名以上確保し、24時間連絡可能な体制をとっている場合加算されます。
看取り介護加算	72 単位/日 (死亡日以前31～45日)	看取り介護の指針・体制ができている、利用者または家族の同意を得て看取り介護に関する計画に基づき、その人らしさを尊重した看取り介護がなされた場合に加算されます。
	144 単位/日 (死亡日以前4～30日)	
	680 単位/日 (死亡日前日及び前々日)	
	1280 単位/日 (死亡日)	

若年性認知症利用者 受け入れ加算	120 単位/日	若年性認知症利用者に対し、個別の担当者を決めサービス提供を行った場合加算されます。
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省（LIFE）に提出した場合加算されます。
サービス提供体制 強化加算 I	22 単位/日	介護職員総数のうち、介護福祉士の割合が70%以上の場合に加算されます。
生産性向上推進体制加算 II	10 単位/月	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っており、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入しているときに算定されます。
認知症チームケア推進加算 (II)	120 単位/月	認知症介護実践者リーダー研修」と「認知症チームケア推進研修」を修了しているものを配置したチームケアで月一回以上の定期的なカンファレンスを開催しケア計画作成した場合に算定されます。
退去時相談援助加算 (1回)	400 単位/日	利用期間が1月を超える利用者が退居し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、利用者の退居時に利用者及びその家族等に対して退居後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行い、かつ、利用者の同意を得て、退居の日から2週間以内に利用者の退居後の居宅地を管轄する市町村及び老人介護支援センター又は地域包括支援センターに対して、利用者の介護状況を示す文書を添えて当該利用者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき1回を限度として算定します。
介護職員等処遇改善加算 I	介護報酬総単位数×加算率（18.6%）	

（2）法定給付外サービス分

種 類	利 用 者 負 担 金	備 考
家賃	45,000円/月	月の途中での入退所時、退所時は日割り計算を行います。 入院・外泊期間中は日割り計算を行いません。
食費	45,000円/月（30日換算）	1500円/日 朝・昼・夕
水道・光熱費	12,000 円/月	入院・外泊の場合は、日割り計算致します。（400円/日）

※退所時に、次に入居される方のことを考慮し、原状復帰にかかる実費費用分は負担して頂きます。

※理美容代、オムツ代、医療費等につきましては実費となります。

※退所後、家賃は荷物を撤去する日まで発生します。

※入院、外泊期間が原則として30日を超えた場合は、契約を解約させていただくことがあります

(3) 事業者は当月の利用者負担金の明細を付して、翌月10日以降に利用者に請求し、利用者は翌月末までに次のいずれかの方法により支払います。但し、退所の場合には事業所による指定期日までに支払うものとします。

① 現金払い

②金融機関振込 ※ 手数料は、(利用者)の負担となります。

福岡銀行黒崎支店(普通預金)		口座名義人	社会福祉法人 本城会 理事長 福島 智子
口座番号	2 8 6 1 3 3 4		

③金融機関口座からの引き落とし

ご利用できる金融機関	福岡銀行 口座振替サービス 他銀行 ワイドネットサービス
------------	---------------------------------

※ 福岡銀行と他銀行では申込用紙が異なります。

(4) 領収書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

9. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「社会福祉法人 本城会 虹色館 消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	若松区消防署・折尾分室の指導を受け合同訓練を実施します。尚、非常時の応援を近隣町内含めて依頼しております。			
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「消防計画」にのっとり年3回以上夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所の方も参加して実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	有	非常用電源	有
	避難階段	2箇所	屋内消火栓	有
	自動火災報知機	有	非常通報装置	有
	誘導灯	箇所	ガス漏れ報知器	有
カーテン布団等は防災性能のあるものを使用しております。				
消防計画等	消防署へ届出日：年2回			

10. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、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。

11. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

12. 身体拘束について

事業所及びサービス従業者は、ご利用者に対する身体拘束、その他の行動を制限する行為

を行いません。但し、ご利用者又は他のご利用者の生命、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の拘束する場合があります。この場合でもご利用者のご家族に報告し、必要に応じて情報の開示に努めるものとします。

1 3. 守秘義務に関する対策

事業所及び従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。また、退職後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

1 4. 協力医療機関

医療機関の名称	今光ホームケアクリニック		
院長名	小山 倫浩		
所在地	北九州市若松区今光 1 丁目9-10	電話番号	093-791-2200
診療科	内科・外科・呼吸器科・リハビリ科	土日も診察を行っています。	

医療機関の名称	皮ふのふたじまクリニック		
院長名	西尾 大介		
所在地	福岡県北九州市若松区二島5-1-42	電話番号	093-772-5012
診療科	皮膚科・アレルギー科	日・祝・木曜午後 休診	

医療機関の名称	かじわら歯科医院		
院長名	梶原 浩喜		
所在地	北九州市若松区下原 1 - 1	電話番号	093-771-8604

1 5. 第三者評価の実施状況

	実施の有無	評価機関	直近の実施年月日
外部評価	有	特定非営利活動法人北九州シーダブル協会	平成 30 年 10 月 18 日

1 6. 相談窓口・苦情対応

- ・ サービスに関する相談や苦情については、その窓口で対応いたします。

当施設ご利用 相 談 室	窓口担当者	施設長：福島 智子
	ご利用時間	随時 (担当者不在の場合は、他の職員が承ります)
	電話番号	0 9 3 - 6 0 1 - 7 7 6 0

※利用者の健康状態等に関する相談は看護師が承ります。

- ・ 苦情、相談の申し出をされた方への助言や立会いをお受けいたします。

第三者苦情処理委員	社会福祉法人 本城会 評議員	山田 和子
	社会福祉法人 本城会 評議員	西 勢津子

- ・ 公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

北九州市門司区役所 保健福祉課介護保険担当	所在地	門司区清滝一丁目1番1号
	電話番号	0 9 3 - 3 3 1 - 1 8 9 4
	F A X	0 9 3 - 3 2 1 - 4 8 0 2
	対応時間	平日 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5

北九州市小倉北区役所 保健福祉課介護保険担当	所在地	北九州市小倉北区大手町1番1号
	電話番号	093-582-3433
	FAX	093-561-7777
	対応時間	平日 8:30～17:15
北九州市小倉南区役所 保健福祉課介護保険担当	所在地	北九州市小倉南区若園五丁目1番2号
	電話番号	093-951-4127
	FAX	093-951-4136
	対応時間	平日 8:30～17:15
北九州市若松区役所 保健福祉課介護保険担当	所在地	北九州市若松区浜町一丁目1番1号
	電話番号	093-761-4046
	FAX	093-751-0044
	対応時間	平日 8:30～17:15
北九州市八幡西区役所 保健福祉課介護保険担当	所在地	北九州市八幡西区黒崎三丁目15番3号
	電話番号	093-642-1446
	FAX	093-642-2941
	対応時間	平日 8:30～17:15
北九州市八幡東区役所 保健福祉課介護保険担当	所在地	北九州市八幡東区中央一丁目1番1号
	電話番号	093-671-6885
	FAX	093-662-2781
	対応時間	平日 8:30～17:15
北九州市戸畑区役所 保健福祉課介護保険担当	所在地	北九州市戸畑区千防一丁目1番1号
	電話番号	093-871-4527
	FAX	093-873-2941
	対応時間	平日 8:30～17:15
北九州市役所介護保険課	所在地	北九州市小倉北区城内1番1号
	電話番号	093-582-2771
福岡県国民健康保険 国体連合会（国保連）	所在地	福岡市博多区吉塚本町13-47
	電話番号	092-642-7859
	FAX	092-642-7857
	対応時間	平日 8:30～17:00

17. 損害賠償責任保険

保険会社	第一保険 株式会社
保健内容	1名 25,000千円：1事故 100,000千円 財物損壊 1事故10,000千円

18. 契約解除

次の項目に該当する場合は契約を解除することがあります。

- (1) 病院又は診療所に30日以上入院し、退院の見込みがない場合。

ただし、入院後3ヶ月以内に退院することが明らかに見込まれる場合は必要な便宜を図るとともに、退院後も優先的に再入所できるようにします。

- (2) 利用者及びその家族等が当事業所に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。

- (3) 利用者や家族等から当事業所職員等に対して、面談時やサービス提供時などにおいて暴力や暴力行為、脅迫行為、ハラスメント行為及びそれに類する行為があった場合。

19. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

(1) 来訪・面会

来訪者は、面会時間（8：30～20：00）を遵守し、必ずその都度職員に届け出て下さい。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得て下さい。

(2) 電話受付時間

当施設の宿直はシルバー人材センターに委託しています。18時以降は宿直者が電話対応致しますので、緊急時や急な要件以外の要件は翌日での連絡をお願いします。

ただし、こちらからの着信があった場合はその限りではありません。

(3) 外出・外泊

外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出て下さい。

(4) 嘱託医師以外への医療機関への受診

家族の方で対応（介添え）願います。但し緊急の場合はその限りではありません。

(5) 居室・設備・器具の利用

施設内の居室や設備、器具は本来の用法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。

(6) 喫煙・飲酒

喫煙は決められた場所以外ではお断りします。

館内は禁煙となっています。

(7) 迷惑行為

騒音等、他の入居者のご迷惑に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下さい。

(8) 所持品の管理

貴重品は持ち込まないで下さい。原則として、当施設で管理します。

(9) 現金等の管理

利用者による現金管理はお断りします。

(10) 宗教活動・政治活動

施設内での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。

(11) 動物飼育

施設内のペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

グループホーム入所サービス提供開始に際し、本書面に基づき、重要事項及び個人情報の利用に関しての説明を行いました。

事業者

(住所) 北九州市八幡西区藤原四丁目15番33号
(事業社名) 社会福祉法人 本城会
(代表者) 福島 智子

事業所

(住所) 北九州市若松区ひびきの南一丁目2-3
(事業社名) グループホーム ひびきの虹色館
(介護保険指定番号) 4090200108

説明者

(職名) _____
(氏名) _____ (印)

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項及び別紙1の個人情報の利用に関しての説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

【契約者】(住所) _____

(氏名) _____ (印)

【署名代行者】(住所) _____

(氏名) _____ (印)

(契約者との関係：)

【利用者家族】(住所) _____

(氏名) _____ (印)

(契約者との関係：)