グループホームあぐり河野重要事項説明書

1　グループホーム　あぐり河野の概要

（1）事業所の概要

施設名	グループホームあぐり河野
所在地	長野県下伊那郡豊丘村河野 1669 番地 3
電話番号	0265-34-3535
ＦＡＸ番号	0265-35-1803
事業所番号	指定事業所番号　　2092500095

（2）当施設の職員体制

職　　名	資　　格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	認知症対応型サービス事業管理者研修 実践者研修･介護福祉士	1名	0名	あり	1名	介護従業者及び業務の管理
計画作成担当者	介護支援専門員	1名	0名	あり	1名	認知症対応型共同生活介護計画の作成 入浴・排せつ・食事等生活全般に係わる援助
介護従事者	介護福祉士	1名	2名	あり	3名	入浴・排せつ・食事等生活全般に係わる援助
	正・准看護師	0名	0名	あり	0名	
	認知症ケア専門士	0名		あり	0名	
	初任者研修	0名	2	あり	2名	
	実務者研修	0名	1名	あり	1名	
	その他（介護員）	0名	1名		1名	
計		2名	6名	－	8名	－
職員の勤務形態	①　早勤務　6：30～15：30（1人） ②　日勤務　8：30～17：30（1人） ③　遅勤務　10：30～19：30（1人） ④　夜勤務　16：30～ 9：00（1人）					

（3）　当事業所の設備の概要

定員	9人（全室1人部屋）	居室面積	9.89 ㎡
居間（食堂）	74.77 ㎡	厨房	11.59 ㎡
浴室	ユニット式　4.97 ㎡		

2　当施設の特徴等

（1）運営の方針

（目的）　認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対し、住み慣れた地域、家庭的な環境の中で、食事・入浴、排泄等の日常生活の支援並びに心身の機能訓練を行い、安心と尊厳のある暮らしの中で、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立することが出来るよう、専門スタッフがサポートすることを目的とする。

（方針）　利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めると共に、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。

事業の実施に当っては、関係市町村、指定居宅介護支援事業者、地域の住民・保健・医療・福祉サービス等との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

（2）サービス利用のために

事　　項	備　　考
認知症高齢者の介護経験者	介護経験を持った職員及び、認知症ケア専門士資格保有者有
従業員への研修の実施	採用時研修を採用後１ヶ月以内。経験に応じた研修を随時実施し、フォローアップ研修に積極的に参加
サービスマニュアル	サービスマニュアルに添った適切なサービスを提供します

（3）サービスの利用に当たっての留意事項

面会	面会時間　午前９時～午後７時 （来訪者が宿泊する場合は、事前に連絡を下さい）
外出・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ください。 外泊の際には、必ず行き先と外泊先の電話番号を申し出てください。
飲酒・喫煙	なし
金銭、貴重品の管理	契約時に利用者・家族と話し合いにより決めていく。
所持品の持ち込み	利用者にとって、必要な物は、契約時に決めていく。
設備、器具の利用	利用者にとって、必要な物は、その都度決めていく。

3　サービスの内容

サービス	内　　容
食事	朝食　7 時～　　・昼食　12 時～　　・夕食　6 時～
お茶	午前 10 時前後・午後 3 時前後
入浴	入浴時間は、本人の意思を配慮する。リスクを考える生活暦等十分配慮し、楽しく入浴できたと言う印象が残るところまで支援する。
生活相談	日常生活に関することなどについて相談できる。
緊急時	マニュアルに沿う。日頃から、協力医療機関と連携を密にしている。
介護等	利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資する。利用者と従業員へ食事その他の家事等は共同で行う。

4　利用料金

（1）利用料

ア　認知症対応型共同生活介護利用料

	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額	
		1割負担	2割負担
要支援2	7,610円	761円	1,522円
要介護度1	7,650円	765円	1,530円
要介護度2	8,010円	801円	1,602円
要介護度3	8,240円	824円	1,648円
要介護度4	8,410円	841円	1,682円
要介護度5	8,590円	859円	1,718円

＊自己負担割合は保険者が決定します。

イ　初期加算：30単位／日

＊初期加算は、入所した日から起算して30日以内の期間について、入院・外泊期間を除き加算します。

ウ　医療連携体制加算：37単位／日

＊訪問看護ステーション　ふれあいと契約し、日常の健康管理や24時間連絡可能な体制を確保しています。

エ　認知症専門ケア加算Ⅰ：3単位／日

＊認知症：日常生活自立度Ⅲ以上の者の占める割合2分の1以上である。

＊認知症介護に係る専門的な研修修了者1名1名以上配置し、専門的な認知症ケアを実施していること。

＊従事者に対する認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催していること。

オ　サービス提供体制強化加算Ⅰ：22単位／人・日

カ　介護職員等処遇改善加算Ⅰロ　基本+加算単位×22.8%

キ　口腔衛生管理体制加算：30単位/回

＊歯科衛生士が介護職員に対する口腔ケアに関する技術助言指導

ク　生産性向上体制加算　：10単位／月

＊テクノロジー機器の導入。利用者の介護サービスの質の確保、職員の負担軽減に向けた委員会の開催していること。

ケ　その他の費用

日常生活費	理美容代	対応時もしくは後日（現金）
	口腔ケア品	対応時もしくは後日（現金）
	嗜好品	対応時もしくは後日（現金）
	介護用品代	月末締め（利用料に合わせて）

コ　介護保険サービス以外の利用料

居住費	1カ月　45,000円
食　費	1カ月　41,800円
水道光熱費	1カ月　18,000円
電気器具使用料	1ヶ月　器具1器　200円

（2）料金の支払方法

月末締め切りの翌月 20 日（但し、20 日が休日の場合は翌営業日とする）とし、原則として、契約者（又は代理人）名義の金融機関口座振替（振替依頼書に基づく）で処理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

お電話等でお申し込みください。当施設の担当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

ア　お客様のご都合でサービスを終了する場合

退所を希望する日の 15 日前までにお申し出ください。

イ　自動終了

以下の場合は、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。

・お客様が他の介護保険施設に入所した場合
・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立・要支援 1）と認定された場合
・お客様が亡くなられた場合

ウ　その他

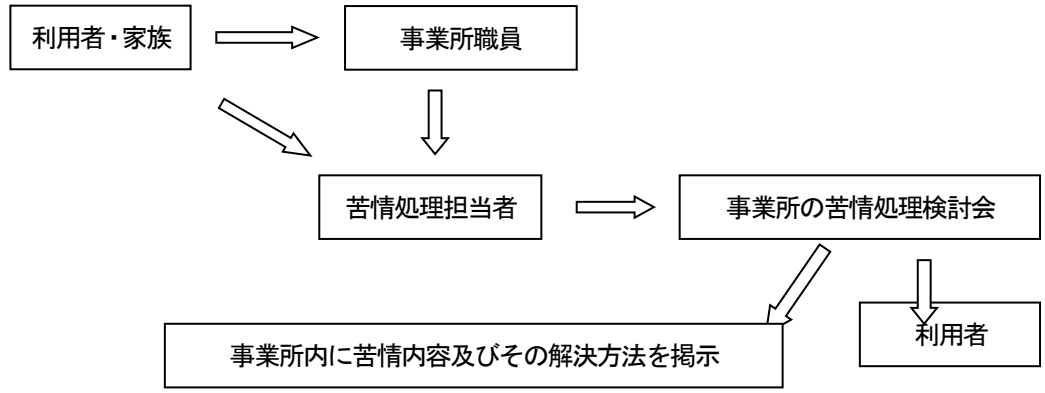
・お客様やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、サービス契約終了の 15 日前に文書で通知し、退所していただく場合があります。
・お客様が病院又は診療所に入院し、明らかに 1 カ月以内に退院できる見込みがない場合、又は入院後 1 カ月経過しても退院できないことが明らかになった場合

6　サービス内容に関する苦情

（1）　当施設のお客様相談・苦情窓口

担当者　　管理者・主任
電　話　　0265－34－3535　・　ＦＡＸ　0265－35－1803
受付日　　年中（ただし、12 月 29 日～1 月 3 日を除く）
受付時間　午前 8 時 30 分～午後 5 時

（2）苦情処理体制



（3）その他

サービスに関する相談、苦情、お問い合わせについては、次の窓口で対応します。

あぐり河野相談窓口	ＴＥＬ　0265－34－3535	対応者　管理者・主任
豊丘村介護相談口	ＴＥＬ　0265－35－3311	
高森町介護相談口	ＴＥＬ　0265－35-9412	
国民健康保険団体連合会	ＴＥＬ　0262－38－1580	

7　緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態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、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	氏名			
	連絡先		電話番号	
ご家族	氏名			
	連絡先		電話番号	

8　事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。なお、当事業所の介護サービスにより、利用者に対して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。（当事業所は信州農協施設株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。）

9　非常災害対策

防災時の対応	地元消防団・消防署の指導により、対応する。
防災設備	居室毎や浴室、トイレに煙・熱感知器の設置。
防災訓練	定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。
防火責任者	１名

10　秘密の保持について

(1)　当該事業所の従事者は、その業務上知り得た利用者及びご家族の個人情報については、利用者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後も第三者に漏らしません。又、従事者は退職後も個人情報は第三者に漏らしません。

(2)　事業者では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又は、サービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でお客様又はご家族の個人情報を利用できるものとします。

11 その他

法改正等により変更があった場合は、随時「別紙様式」にて、説明させて頂きます。

令和　　年　　月　　日

○　利用者（又は代理人）

私は、認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○　説明者　　所属事業所　グループホームあぐり河野

役職：　所長　　氏　名　　松下　尚史