

指定介護予防認知症対応型共同生活介護 ハピネスやくら 重要事項説明書

～ 法人基本理念 ～

入居者および利用者が、市民として有する権利を制限される事なく、安全且つ快適な環境で、自由で楽しい、充実した生活を営んでいただくことを目的とします。職員はその目的実現のため、以下4条の理念を行動の規範とします。

行動指針

第1条：自由の尊重 第2条：自治権の確立 第3条：自己決定の権利 第4条：研究創意工夫

グループホームハピネスやくら 運営方針

「ご家族と一緒に、地域と一緒に、ご利用者の生活を守り援助する」

1 サービスの概要

(1) 事業所の概要

| | |
|-------|--------------------|
| 事業所名 | グループホーム ハピネスやくら |
| 所在地 | 青森県八戸市大字八幡字下樋田1番5 |
| 電話番号 | 0178-27-9055 |
| FAX番号 | 0178-27-9056 |
| 事業所番号 | 指定事業者番号 0290300607 |

(2) 事業所の設備の概要

| | | | |
|----------|--------------------------------|---------|-------------------------------|
| 定員 | 18名（2ユニット） | | |
| 居室 | 18室 (11.80 m ²) | スタッフルーム | 1室 (24.85 m ²) |
| 居間・食堂・台所 | 2室 (56.66 m ²) | 相談室 | 1室 (7.45 m ²) |
| 浴室 | 2ヶ所 (6.42 m ²) | トイレ | 2室 (2.18 m ²) |
| 脱衣室・洗濯室 | 2室 (8.90 m ²) | トイレ | 2室 (2.81 m ²) |
| 汚物処理室 | 1室 (6.63 m ²) | トイレ | 2室 (3.50 m ²) |

(3) 事業所の職員体制

| 職名 | 勤務形態 | | 業務内容 |
|---------|------|-------|--------------------------------------|
| 管理者 | 兼務 | 1人 | 介護従事者及び業務の管理 |
| 計画作成担当者 | 兼務 | 2人 | 入居者のサービスに係る計画の作成 (1人は介護支援専門員をあてる) |
| 生活援助員 | 兼務 | 2人以上 | 生活全般に関するお世話 |
| | 専従 | 11人以上 | |

※ 従業者は、認知症対応型共同生活介護と兼務する。

(4) 従業員の勤務時間

| 職 名 | 勤務形態 | 勤務時間 |
|------------------------------|------|-----------------------|
| 管 理 者 計画作成担当者 生活 援 助 員 | 早 番 | 7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0 |
| | 日 勤 | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 |
| | 遅 番 | 1 0 : 3 0 ~ 1 9 : 3 0 |
| | 夜 勤 | 1 7 : 3 0 ~ 8 : 3 0 |

2 事業所の特徴等

要支援2であって認知症の状態にある入居者について、共同生活住居において、入浴、排せつ、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、入居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援助していきます。そのために従業員の研修の機会を設け、業務体制を整備すると共に自己評価、外部評価を行い質の向上に取り組みます。

3 サービスの内容

| 事 項 | 備 考 |
|------|---|
| 食事 | 目安として朝食7:30 昼食12:00 夕食18:00 生活援助員と一緒に献立を決め、準備していただきます。 |
| 入浴 | 週2回以上、入浴できます。 |
| 生活相談 | 計画作成担当者に、日常生活に関する事などについて相談できます。 |
| 介護 | 日常生活全般において実施いたします。 |
| その他 | 散歩、園芸、買い物、行事、レクリエーション等実施いたします。 |
| 活動時間 | 午前6時30分 ~ 午後9時00分 |

4 サービス利用にあたっての留意事項

| 事 項 | 備 考 |
|----------|--|
| 面会 | 面会時間は午前8時から午後7時30分までです。来所の際は、面会票へ必要事項をご記入ください。(上記以外の時間での面会も可能です。) |
| 外出・外泊 | 外出・外泊の際は、届出書へ必要事項を記入してください。 |
| 面会者の宿泊 | 面会者が宿泊する場合は、事前にお申し出ください。 |
| 飲酒・喫煙 | 医師の指示がある方はご遠慮いただく場合があります。また、施設内敷地内は禁煙となっております。 |
| 貴重品の預かり | 健康保険証、後期高齢者医療被保険者証、介護保険被保険者証は、写しを保管させていただき、原本は返却致します。また、施設で管理する物は、責任を持ってお預かり致しますが、居室で自己管理する場合の紛失等について責任は負いません。 |
| 所持品の持ち込み | ご家庭で使用していた家具等をご持参していただく事も可能です。 |
| 設備・器具の利用 | 設備・器具はご自由にお使いください。但し、故意又は重大な過失により、滅失、破損、汚損等があった場合は弁償いただく場合もございます。 |
| 身体拘束 | 原則として行いません。 |
| 感染症予防 | 感染症予防のため、消毒を励行しています。状況に応じマスク着用、面会の制限・禁止をさせて頂く場合もございます。 |

5 利用料金

(1) 介護予防認知症対応型共同生活介護費

| | 介護報酬基準額 | 介護保険適用時の一日当りの自己負担額 | | |
|------|---------|--------------------|--------|--------|
| | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 要支援2 | 7,490円 | 749円 | 1,498円 | 2,247円 |

- ※ 初期加算は利用した日から起算して30日の期間について、入院・外泊を除き加算します。
- ※ 若年性認知症利用者受入加算として対象者は1日あたり120円加算します。
- ※ 介護職員等処遇改善（所定単位数×17.8%）が加算となります。（2024年6月より）

(2) その他の費用について

以下の金額は利用料金の全額が利用者の負担になります。

| | | |
|------|---|-------------|
| 居室費 | 月額 39,000円 | 一日あたり1,280円 |
| 食材費 | 月額 39,000円 | 一日あたり1,280円 |
| 光熱水費 | 月額 12,000円 | 一日あたり 400円 |
| 理美容費 | 実費 | |
| その他 | ・ 利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なもの。 ・ 利用者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なもの。 | |

(3) 30日あたりのお支払い額の合計

| | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|------|----------|----------|----------|
| 要支援2 | 116,469円 | 142,939円 | 169,408円 |

(4) 料金の変更の場合について

利用料、介護保険外サービスの料金に変更が生じた場合、事前に説明した上で変更する場合がございます。

(5) 料金の支払方法

口座からの引き落としになります。

毎月、13日までに前月分の請求書を発行させていただきます。引き落としの場合毎月末日が引き落とし日となります。（土・日曜・祝日の場合は翌日または、翌々日）

6 サービスの終了

- (1) 身元引受人の申し出によりサービスを終了する場合。
- (2) 要介護認定で非該当（自立・要支援1）と判定された場合。
- (3) 集団生活を行うことが困難で、他の入居者に迷惑と思われる行為や再三の注意にも応じない場合。
- (4) サービス利用料金を2ヶ月以上滞納した場合で、再三の督促にも応じない場合。
- (5) ハラスメント（パワハラ、セクシャルハラスメント、その他ハラスメント）等の、過度な要望など著しい

迷惑行為によって、職員の心身に危害が生じ、又は生じる恐れのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止する事が困難である場合。

【 別紙、『介護現場におけるハラスメントの例』参照 】

(6) 長期の入院（2週間以上）が見込まれる場合。

7 プライバシーに関する対応

- (1) 入居者や家族について知り得た情報については、当該施設の職員でなくなった場合でも守秘義務を果たします。
- (2) 入居者に適切なサービスが提供されるよう下記のような場合、連携するサービス事業所間で入居者、家族の情報を共有することがありますので同意をお願いします。

【 別紙、『個人情報保護に対する基本方針・利用目的』参照 】

8 入居者の権利

事業者は、認知症対応型共同生活介護に関して以下の権利を守ります。

- ① 独自の生活歴を有する個人として尊重し、プライバシーを保ち、尊厳を維持します。
- ② 生活やサービスにおいて、十分な情報を提供し、個人の自由を好み、及び主体的な決定を尊重します。
- ③ 安心感と自信を持てるように配慮し、安全と衛生が保たれた環境で生活を保障します。
- ④ 自ら能力を最大限に発揮できるよう支援し、必要に応じて適切な介護を継続的に行います。
- ⑤ 必要に応じて、適切な医療を受けることについて、援助を行います。
- ⑥ 地域社会の一員として、生活・選挙その他一般市民としての行為を保障します。

9 入居者の義務

入居者は、認知症対応型共同生活介護に関して以下の義務を負います。

- ① 入居者の能力や健康状態について、情報を正しく事業者に提供する。
- ② 他の入居者やその訪問者及び従業員の、権利を不当に侵害しない。
- ③ 特段の事情がない限り、事業者の取り決めやルール及び事業者又はその協力医師の指示に従う。
- ④ 事業者が提供する各種サービスに異議がある場合に、速やかに事業者に知らせる。
- ⑤ 保険者並びに介護保険法その他省令に基づく、事業者への立ち入り調査について、入居者及び入居者代理人は協力する。

10 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、その他必要な場合は、主治医、救急隊、家族へ連絡いたします。

11 事故発生時の対応

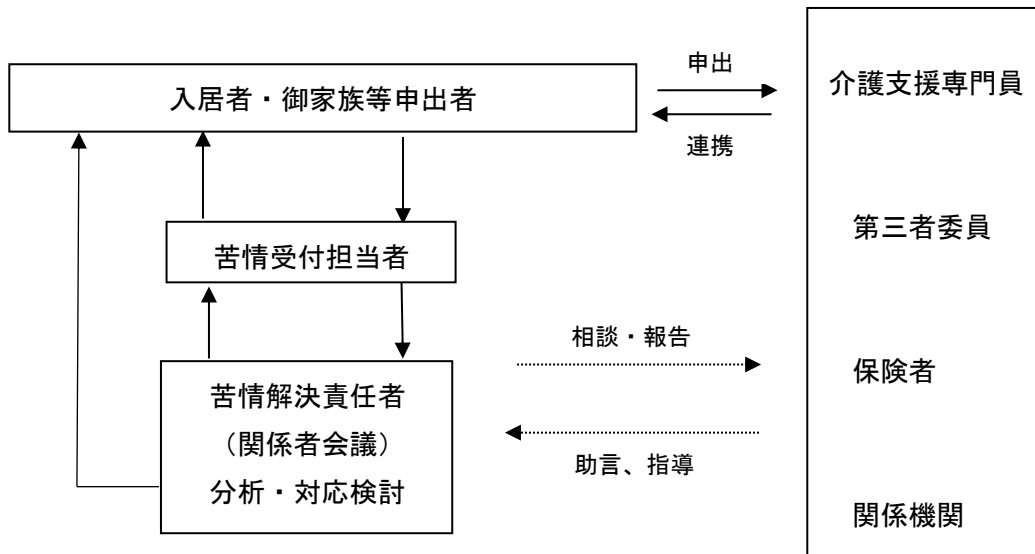
サービス提供中に事故が発生した場合は、家族に連絡するとともに、受診する等必要な措置を講じます。また、入居者に対して施設の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

1.2 サービス内容に関する苦情

(1) 苦情等窓口

担当者 管理者 中村 珠美
 苦情解決責任者 施設長 武石 敏昭
 電話 0178-27-9055 F A X 0178-27-9056
 受付日時 年中無休

(2) 苦情解決の流れ



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村または、青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口や青森県運営適正化委員会などに苦情を申し出ることができます。

<連絡先> 八戸市介護保険課 0178-43-9292
 青森県国民健康保険団体連合会 017-723-1336
 青森県運営適正化委員会 017-731-3039

1.3 第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

| | |
|--------------|-----------------|
| 【実施の有無】 | 有 |
| 【実施した直近の年月日】 | 令和6年11月25日 |
| 【第三者評価機関名】 | 公益社団法人青森県老人福祉協会 |
| 【評価結果の開示状況】 | 手交・郵送・事業所内に掲示 |

14 協力病院

内科種市病院、さくら病院、いしおかデンタルクリニックと協力病院指定契約を締結しています。

15 高齢者虐待防止について

(1) 虐待を防止するための研修を年2回以上行います。

(2) 事業者は虐待を受けたと思われる入居者から相談があった場合は、保険者へ通報する責任を負います。

16 非常災害対策

| | |
|--------|---|
| 防災時の対応 | 自動通報装置により、消防署へ連絡、及び緊急連絡網により全職員へ連絡します。 |
| 防災設備 | 火災通報設備・自動火災報知設備・スプリンクラー・消火器を設置しています。 また、年2回の設備点検を専門業者へ委託しています。 |
| 防災訓練 | 年2回以上の訓練を実施します。 |
| 防火責任者 | 責任者を任命しています。 |

年 月 日

本書面により、事業者から指定介護予防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ました。

住 所
入 居 者 氏 名 印
(代筆の場合の続柄)

住 所
身元引受人 氏 名 印
続 柄

サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

所 在 地 青森県八戸市大字八幡字下樋田 1 番 5
事 業 所 名 称 グループホーム ハピネスやくら
説明者氏名 印

別紙 【 介護現場におけるハラスメントの例 】

① パワーハラスメント

- ・ 大声を発する
- ・ 怒鳴る
- ・ 叩く
- ・ 脅す 等

② セクシャルハラスメント

- ・ 必要もなく手や腕をさわる
- ・ 抱きしめる
- ・ 卑劣な言動を繰り返す
- ・ 個人的な連絡先を聞く 等

③ その他のハラスメント

- ・ 通常のサービス以外の要求をする
- ・ 介護保険において「できない」とされているサービスを要求する
- ・ 威圧的態度で職員に接する 等

