

グループホームはまかぜ重要事項説明書

令和 6 年 6 月 1 日

当事業所は、介護保険の指定を受けています。
(天草市指定 第4373201229号)

当事業所は、ご契約者に対して指定認知症対応型共同生活介護・指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。事業所の概況や提供される内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

- ※1 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果、要支援2、要介護1～5と認定された方が対象となります。
- 2 主治医等の診断書（認知症症状が確認できる診断書）が必要となります。

◇◆目次◆◇

| | | |
|----|-----------------------------|-----|
| 1 | 事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | 1 |
| 2 | 事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・ | 2 |
| 3 | 事業の目的及び運営方針・・・・・・・・ | 2 |
| 4 | 設備の概要・・・・・・・・・・・・・・・・ | 2 |
| 5 | 職員の配置状況・・・・・・・・ | 3 |
| 6 | サービスの内容と費用・・・・・・・・ | 3～5 |
| 7 | 利用料金等のお支払い方法・・・・・・・・ | 6 |
| 8 | 苦情の受付について・・・・・・・・ | 6 |
| 9 | 非常災害時の対策・・・・・・・・ | 7 |
| 10 | 協力医療機関等・・・・・・・・ | 7 |
| 11 | 夜間緊急時の対応機関・・・・・・・・ | 7 |
| 12 | 利用にあたっての留意事項・・・・・・・・ | 7 |
| 13 | 秘密保持・・・・・・・・ | 8 |
| 14 | サービスの第三者評価の実施状況・・・・・・・・ | 8 |

1 事業者

- (1) 法人名 NPO法人 重宝会
- (2) 法人所在地 熊本県天草市倉岳町宮田1230番地
- (3) 電話番号 0969-64-2065
- (4) 代表者氏名 代表 塚元 麻理子
- (5) 法人設立年月日 平成15年11月19日

2 事業所の概要

- (1) 事業所の名称 グループホーム はまかぜ
(2) 事業所の所在地 熊本県天草市倉岳町宮田270-1
(3) 連絡先(電話) 0969-64-3833
(FAX) 0969-64-3850
(4) 事業所番号 4373201229 号
(5) 管理者の氏名 浦崎 秀子
(6) 開設年月日 平成16年4月1日

3 事業の目的及び運営方針

(1) 目的

要介護・要支援状態であって認知症の状態にある高齢者に対し、共同生活住居において家庭的な環境のもとで、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び必要な機能訓練を行うことにより、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とします。

(2) 運営方針

- 1 利用者の認知症症状の進行を緩和するよう、家庭的な環境のもとで利用者がそれぞれの役割をもって安心して日常生活を送ることができるよう配慮します。
- 2 介護職員は、認知症対応型共同生活介護計画、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮するとともに、親切丁寧を旨とし、利用者やその家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいよう説明を行います。
- 3 利用者本人や他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為をしないようにします。
- 4 事業所は、自らその提供する事業の質の評価を行い、常にその改善を図ります。

4 設備の概要

(1) 構造等

| 建 物 | 構 造 | 鉄骨造 |
|-----|-------|---------|
| | 延べ床面積 | 358.25㎡ |
| | 利用定員 | 9名 |

(2) 居室

| 居室の種類 | 居 室 | 面 積 | 備 考 |
|-------|-----|--------|-----|
| 一人部屋 | 9 室 | 11.00㎡ | |

(3) 主な設備

| 設 備 | 室 数 | 面 積 | 備 考 |
|--------|-----|--------|-----|
| 居 間 | 1 | 12.00㎡ | |
| 食堂兼訓練室 | 1 | 44.00㎡ | |
| 浴 室 | 1 | 11.20㎡ | |

5 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定認知症対応型共同生活介護サービス及び指定介護予防認知症対応型共同生活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 | 職 員 数 | 勤 務 体 制 | 主な業務内容 |
|------------|-------|---------------------------------------|------------------------------|
| 1. 管理者 | 1 名 | 7 : 00 ～ 16 : 00 7 : 30 ～ 16 : 30 | 従業者の総括管理 介護職員、デイサービス職員を兼務 |
| 2. 介護職員 | 6 名以上 | 8 : 00 ～ 17 : 00 10 : 30 ～ 19 : 30 | 日常生活介護全般 |
| 3. 計画作成担当者 | 1 名 | 16 : 00 ～ 9 : 00 | 介護計画作成の業務など 介護職員を兼務 |

6 サービスの内容と費用

(1) サービス内容

食事、排泄、入浴、更衣等の介護、その他日常生活上の世話について、介護従事者が支援を行います。

| | |
|----|--|
| 食事 | 献立は、利用者の意思を尊重し意見や要望を取り入れます。また、体調や希望に合わせて自由に場所や時間の変更に対応し、利用者の食事作りや後片付けの参加を受け入れます。 |
| 入浴 | 原則、週 2 回以上の入浴又は清拭を実施します。利用者の要望や心身の状況に応じ、入浴の回数、時間の変更などの対応を行います。 |
| 排泄 | プライバシーに配慮し、利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行います。 |
| 更衣 | それぞれの場面に応じた衣類を出来る限り利用者自ら選択できるようお手伝いします。着脱については、プライバシーに配慮しながら利用者の状態に応じて支援します。 |

(2) 費用

原則として、料金表の利用料金のうち介護保険負担割合証の負担割合に応じた金額が負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により事業者が直接介護保険給付が行われない場合、料金表の利用料金全額をお支払いいただきます。利用料金のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。サービス提供証明書及び領収書は、のちに利用料金の償還払いを受ける際に必要となります。

【料金表】

①認知症対応型共同生活介護

| 認知症対応型共同生活 介護費Ⅰ | | 認知症専門 ケア加算Ⅰ | サービス提供 体制強化加算Ⅲ | 医療連携 体制加算Ⅰ | 医療連携 体制加算Ⅱ | 月額 (30日) |
|--------------------|--------|----------------|-------------------|---------------|---------------|-------------|
| 区 分 | 日 額 | | | | | |
| 要介護 1 | 765 単位 | 3 単位／日 | 6 単位／日 | 57 単位／日 | 5 単位／日 | 25,080 単位 |
| 要介護 2 | 801 単位 | | | | | 26,160 単位 |
| 要介護 3 | 824 単位 | | | | | 26,850 単位 |
| 要介護 4 | 841 単位 | | | | | 27,360 単位 |
| 要介護 5 | 859 単位 | | | | | 27,900 単位 |

○初期加算：入居した日から 30 日以内 30 単位／日

○介護職員等処遇改善加算Ⅱ：月の利用額の 17.8%

②介護予防認知症対応型共同生活介護費

| 区 分 | 日 額 | 認知症専門ケア 加算Ⅰ | サービス提供体制強 化加算Ⅲ | 月額 (30 日) |
|-------|--------|----------------|-------------------|-----------|
| 要支援 2 | 761 単位 | 3 単位／日 | 6 単位／日 | 23,100 単位 |

○初期加算：入居した日から 30 日以内 30 単位／日

○介護職員等処遇改善加算Ⅱ：月の利用額の 17.8%

③家賃、食材料費等

| 区 分 | 日額 (1 日) | 月額 (30 日) |
|------|----------------------------------|-----------|
| 家 賃 | 650 円 | 19,500 円 |
| 食材料費 | 1,100 円 | 33,000 円 |
| | 朝食：300 円 昼食：450 円 夕食：350 円 | |
| 光熱水費 | 400 円 | 12,000 円 |
| 合 計 | 2,150 円 | 64,500 円 |

○上記③については天草市の負担軽減事業があります。

④その他の費用

| | |
|------|---------------------------|
| おむつ代 | 実費 |
| 理美容代 | 理美容店の出張サービス等にかかった実費となります。 |

<利用者負担軽減認定について>

1. 対象となる方は、次の4つすべてに該当する人です。

- ①対象となるグループホームの利用者であること。
- ②世帯全員が市民税非課税であること。
- ③配偶者がいる場合は、配偶者が市民税非課税であること。※
- ④預貯金等の合計額が年金収入等の金額に応じて次の基準以下であること。

| 年金収入等の金額※ | 預貯金の金額（令和3年8月～） |
|---------------|-------------------|
| 80万円以下 | 単身650万円、夫婦1,650万円 |
| 80万円超～120万円以下 | 単身550万円、夫婦1,550万円 |
| 120万円超 | 単身500万円、夫婦1,500万円 |

※公的年金等収入金額（非課税年金を含みます。）＋その他の合計所得金額

※③④における配偶者とは、住民票上の世帯が別になっている配偶者や、婚姻届を出していない事実婚も含みます。

2. 負担軽減する金額（月額の上限額）

事業所の家賃等と食材料費のそれぞれから26,000円を控除した額に対し、次の金額を上限に事業所に対して助成されます。

| 段階 | 年金収入等の金額※ | 家賃等 | 食材料費 |
|------|---------------|---------|--------|
| 第1段階 | 80万円以下 | 14,000円 | 4,000円 |
| 第2段階 | 80万円超～120万円以下 | 7,000円 | 2,000円 |
| 第3段階 | 120万円超 | 7,000円 | 220円 |

3. 手続きについて

負担軽減を受けるためには、市役所高齢者支援課又は各支所で手続きが必要です。

◆申請に必要なもの

- ①天草市認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減対象者認定申請書（様式第3号）
- ②通帳など預貯金の金額が確認できるもの（配偶者がいる方は、配偶者名義のものも必要）
- ③前年の非課税年金（障害年金・遺族年金）の収入額が確認できるもの（通知書等をお持ちの方のみ）

※預金等の確認のために添付が必要なもの（名義・金額がわかる面をコピーしてください）

| 種 類 | 添付するもの |
|---|-----------------------|
| 預貯金（定期、定額、普通） | 通帳の写し |
| 有価証券（株式、国債など） | 証券会社や銀行の口座残高の写し |
| 金・銀（積立購入を含む）など購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属 | 購入先の銀行などの口座残高の写し |
| 投資信託 | 銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し |
| タンス預金（現金） | 自己申告 |
| 負債（住宅ローンや借入金等） | 金銭消費貸借契約書等 |

7 利用料金等のお支払方法

毎月 10 日前後に前月分の利用料金等を利用料金明細書により請求いたしますので、20 日までに下記口座に振り込み送金、現金又は口座引き落とし（自動払込 20 日）にてお支払いください。

| |
|--|
| ゆうちょ銀行（普通） 口座番号 17160-23325421 払込み先 NPO 法人 重宝会 |
|--|

| |
|--|
| 天草信用金庫 倉岳支店（普通） 口座番号 0006666 払込み先 NPO 法人 重宝会 |
|--|

※自動払込み手続き等は、はまかぜ事務所で受付しています。

※入金確認後、領収書を発行いたします。

8 苦情の受付について

| | |
|-------------|---|
| 当事業所お客様相談窓口 | 窓口担当者 鹿釜 いずみ 受付利用時間 午前 8：00～午後 5：00 相談方法 電話 0969-64-3833 面接（当事業所事務室） |
| 行政による相談受付機関 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 東地域包括支援センターあじさい 住 所：天草市栖本町馬場 179 電話番号：0969-66-2266 受付時間：午前 8：00～午後 5：15 ・ 国民健康保険団体連合会 住 所：熊本市東区健軍 2 丁目 4 番 10 号 電話番号：096-214-1101 受付時間：午前 9：00～午後 5：00 ・ 熊本県社会福祉協議会 住 所：熊本市中央区南千反畑町 3 番 7 号 電話番号：096-324-5471 受付時間：午前 9：00～午後 5：00 |
| 苦情処理の体制・手順 | ①苦情、相談を受け、その内容を苦情処理台帳に記載する ②苦情内容についての事実確認を行う ③必要に応じ、苦情内容、処理について管理者も含め検討会議を行う （検討会議を行わない場合でも管理者へ苦情結果を報告する） ④苦情処置内容について、利用者への報告、確認を行う ⑤苦情処理は、原則として 1 日以内に行う ⑥苦情処理について結果等を台帳に記載する |

9 非常災害時の対策

| | | | | |
|----------|--|------|------|------|
| 非常災害時の対応 | 別途定める「非常災害マニュアル」に沿って対応を行います。 | | | |
| 避難訓練 | 別途定める「はまかぜ防災計画」に沿って、年 2 回夜間及び昼間を想定した避難訓練を行います。 | | | |
| 防災設備 | 設 備 | 消火器 | 非常口 | 誘導灯 |
| | 個 数 | 4 箇所 | 5 箇所 | 6 箇所 |
| | <ul style="list-style-type: none"> カーテン等は防災のものを使用しています。 スプリンクラーの設置 | | | |
| 防火管理者 | 山方 隆太郎 | | | |

10 協力医療機関等

| | | |
|----------------|-----|-------------------------|
| ①くらたけ小松医院 | 住 所 | 天草市倉岳町宮田 1 1 3 3 - 2 |
| | 診療科 | 内科・小児科 |
| | 電 話 | 0 9 6 9 - 6 4 - 3 7 3 7 |
| ②オーラルケアサポートさくら | 住 所 | 天草市有明町大島子 3 0 4 4 - 1 |
| | 電 話 | 0 9 6 9 - 2 5 - 6 3 7 7 |

11 夜間緊急時の対応機関

| | | |
|---------------|-----|-------------------------|
| ①特別養護老人ホーム愛愛園 | 住 所 | 天草市倉岳町棚底 8 5 0 - 1 0 5 |
| | 電 話 | 0 9 6 9 - 6 4 - 3 3 6 6 |
| ②本渡ケアホーム | 住 所 | 天草市下浦町 2 0 9 0 - 1 |
| | 電 話 | 0 9 6 9 - 2 4 - 4 1 4 1 |

12 利用にあたっての留意事項

| | |
|-----------|--|
| 来訪・面会 | 面会時間 午前 8 : 00 ~ 午後 8 : 00 来訪者は面会時間を遵守して、必ず職員に届け出てください。 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。 |
| 外出・外泊 | 外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください。 |
| 喫煙 | 館内は禁煙です。喫煙は指定の場所をお願いします。 |
| 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ください。 また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないでください。 |
| 所持金品の管理 | 所持金品は自己責任で管理してください。 |
| 宗教活動・政治活動 | 住居内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。 |
| 動物飼育 | 住居内へのペットの持ち込み、及び飼育はお断りします。 |

※感染症の流行等により面会、外出（外泊）を規制する場合があります。

1 3 秘密保持

認知症対応型共同生活介護サービスを提供する上で知り得たご契約者およびそのご家族に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏洩いたしません。この守秘義務は、契約が終了した後も同様といたします。また、職員が退職した後も同様とします。

14 サービスの第三者評価の実施状況

| | |
|-------------|------------------|
| 【実施の有無】 | 有 |
| 【直近の実施年月日】 | 令和 5 年 12 月 11 日 |
| 【第三者評価機関名】 | NPO 九州評価機構 |
| 【評価結果の開示状況】 | グループホーム玄関 |

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）サービスの提供に際し、本書面にに基づきサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

| | | |
|-----|------|-----------------------|
| 事業者 | 住 所 | 熊本県天草市倉岳町宮田 2 7 0 - 1 |
| | 事業所名 | グループホームはまかぜ |
| | 管理者 | 浦崎 秀子 (印) |

説明者 職 名
氏 名 印

私は、本書面に基つて事業者から重要事項の説明を受け、認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）のサービス内容及び重要事項を了承しました。

利用者 住 所
氏 名 ⑩

| | | |
|-------|-----|---|
| 家族代表者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | ⑩ |