

指定認知症対応型共同生活介護 重要事項説明書

グループホーム ミューズの空 高原

R7. 12. 1 現在

当事業所は介護保険の指定を受けています。
高原町指定 第4571800186

当事業所は、ご利用者に対して指定認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

1. 運営事業者

法 人 名 社会福祉法人報謝会
法 人 の 所 在 地 宮崎県西諸県郡高原町大字蒲牟田 7348番地2
電 話 番 号 0984-42-5001
代 表 者 氏 名 竹井 一馬
設 立 年 月 日 平成5年4月7日

2. ご利用事業所

事 業 の 種 類 認知症対応型共同生活介護
事 業 の 目 的 介護保険法令の趣旨に従い認知症対応型共同生活介護としてのサービスの提供
事 業 所 の 名 称 グループホーム ミューズの空 高原
事 業 所 の 所 在 地 宮崎県西諸県郡高原町大字蒲牟田 7351番地2
電 話 番 号 1号館 0984-42-1256
2号館 0984-42-1256
3号館 0984-42-0227
管 理 者 氏 名 1号館 (友重 悠香)
2号館 (山下 和子)
3号館 (中村 美和)

3. 当事業所の運営方針

事業者の介護従業者等は、要介護状態であり認知症の状態であっても、その利用者が可能な限りその共同生活住居において、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、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自立した日常生活を営むことができるよう利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減が図られるよう援助するものとする。

4. 居室の概要

当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。
入居される居室は、全室個室です。

単位 (m²)

| 居室・設備の種類 | 室数 | 1号館 | 室数 | 2号館 | 室数 | 3号館 |
|----------|----|---------------------|----|---------------------|----|----------------------|
| 居室 「洋室」 | 3室 | 39.9 m ² | 3室 | 39.9 m ² | | |
| 居室 「和室」 | 6室 | 79.8 m ² | 6室 | 79.4 m ² | 9室 | 119.1 m ² |
| 食堂・リビング | 1室 | 25.5 m ² | 1室 | 25.5 m ² | 1室 | 25.5 m ² |
| 台所 | 1室 | 12.0 m ² | 1室 | 11.4 m ² | 1室 | 11.4 m ² |
| 浴室 | 1室 | 9.0 m ² | 1室 | 9.0 m ² | 1室 | 9.5 m ² |
| トイレ | 2室 | 21.0 m ² | 2室 | 17.5 m ² | 2室 | 19.0 m ² |
| 洗濯室 | 1室 | 9.0 m ² | 1室 | 9.5 m ² | 1室 | 9.5 m ² |
| リネン室 | 1室 | 6.0 m ² | 1室 | 8.5 m ² | 1室 | 7.6 m ² |
| 職員室 | 1室 | 13.3 m ² | 1室 | 9.5 m ² | 1室 | 17.1 m ² |

* 居室の変更については、ご利用者から居室の変更の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室の変更をする場合があります。その際は、ご利用者ならびにご家族と協議の上決定するものとします。

5. 介護従業者の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して認知症対応型共同生活介護を提供する介護従業者として以下の職種の介護従業者を配置しています。

(主な介護従業者の配置状況)

介護従業者の配置については指定基準を遵守しています。

一日当たりの勤務体制

| 職種 | 時間 | 人数 |
|-------|--------------|-------------------|
| 介護従業者 | 5:00 ~ 22:10 | 各ユニット常勤換算で3名 |
| | 22:10 ~ 5:00 | 事業所内に3名(各ユニットに1名) |

* 常勤換算:介護従業者それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤の介護従業者の所定勤務時間数 [週 38.3 時間] で除した数です。

6. 事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して次のサービスを提供します。

- (1) 利用料金が介護保険から給付されるサービス
- (2) 利用料金の全額をご利用者に負担していただくサービス

(1) 介護保険の給付となるサービス [契約書第3条参照]

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割または8割及び7割）が介護保険から給付されます。

「サービスの概要」

① 食事の介護

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のために離床して食堂にて食事を摂っていただくことを原則としております。
- ・基本食事時間 朝食（8:00～8:45）
昼食（12:00～12:45）
夕食（17:00～17:45）

② 入浴の介護

- ・入浴又は清拭を週3回おこないます。（体調不良等を除く）

③ 排泄の介護

- ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助をおこないます。

④ 機能訓練

- ・必要に応じ日常生活を通じて、ご利用者の心身の状況に応じ、日常生活をするのに必要な機能の回復又は、その減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 健康管理

- ・医師や看護職員又は、介護従業者が健康管理をおこないます。

⑥ その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、また適切な整容が行われるよう援助します。

「サービス利用料金（1日あたり）」（契約書第3条、第5条参照）

下記の利用表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担）と食費、部屋代、光熱水費、敷金（入所時のみ徴収）の合計金額をお支払いください。

（サービス料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

◎共同生活介護利用料

（1日当り）

| ご利用者の要介護度 | 要介護度1 | 要介護度2 | 要介護度3 | 要介護度4 | 要介護度5 |
|------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ① サービス利用に係る自己負担額 | 753円 (1,506円) [2,259円] | 788円 (1,576円) [2,364円] | 812円 (1,624円) [2,436円] | 828円 (1,656円) [2,484円] | 845円 (1,690円) [2,535円] |

| | |
|--------------------------|--|
| ② 医療連携 体制加算 I (ハ) | 37円 (1日当り) <74円> [111円] |
| ③ 医療連携 体制加算 II | 5円 (1日当り) <10円> [15円] |
| ④ サービス提供 体制強化加算 I | 22円 (1日当り) <44円> [18円] |
| ⑤ 認知症専門ケア 加算 I | 3円 (1日当り) <6円> [9円] |
| ⑥ 夜間支援体制加算 II | 25円 (1日当り) <50円> [75円] |
| ⑦ 協力医療機関 連携加算 | 100円 (1ヶ月当り) <200円> [300円] |
| ⑧ 退居時情報連携加算 | 250円/1回 |
| ⑨ 新興感染症施設 療養費 | 240円 (1日あたり) <480円> [720円] ※月1回連続5日間限度 |
| ⑩ 生産性向上推進 体制加算 II | 10円 (1ヶ月当り) <20円> [30円] |
| ⑪ 看取り介護加算 | 死亡日以前31日以上45日以下 1日につき 72円 <144円> [216円] |
| | 死亡日以前4日以上30日以下 1日につき 144円 <288円> [432円] |
| | 死亡日の前日及び前々日 1日につき 680円 <1,360円> [2,040円] |
| | 死亡日1日につき 1,280円 <2,560円> [3,840円] |
| ⑫ 口腔衛生管理体制加算 | 30円<60円>[90円] (1ヶ月当り) |
| ⑬ 科学的介護推進 体制加算 | 40円<80円>[120円] (1ヶ月当り) |
| ⑭ 入院時費用 | ご利用者が病院又は診療所への入院を要した場合1月に6日を限度として1日につき (入院期間が最初の月から翌月へ連続して跨る場合は最大12日) 246円<492円> [738円] |
| ⑮ 介護職員等待遇改善加算 I | 所定単位数×1,000分の186 |
| ⑯ 食事 (おやつ代) に係 る自己負担額 | 1,215円 (1日当り) 食費 30円 (1日当り) おやつ代 |
| ⑰ 部屋代に係る自己負 担額 | 14,000円 (1ヶ月当り) |
| ⑱ 光熱水費他に係る自己負 担額 | 4,500円 (1ヶ月当り) |
| ㉑ 敷金 | 20,000円 (入所時のみ徴収致します。) |

〈 〉内は、2割負担、[]内は、3割負担のご利用者様のサービス利用料金

となります。

⑯⑰につきましては、共同生活に必要な共通経費となりますので入院及び外泊の場合でも月単位でお支払いいただく料金となります。

但し、ご利用者の長期入院等で、短期利用者がその居室に入居した場合、この期間の経費は短期利用者が負担するものとします。

栄養補助食（褥瘡予防）を希望される場合は、1日40円とします。

★ご利用者が入所した日から起算して30日以内の期間については、初期加算が算定されます。

| | |
|-----------|----------------------|
| 初期加算自己負担額 | 30円〈60円〉[90円] (1日当り) |
|-----------|----------------------|

★ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）。償還払いとなる場合は、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

★介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご利用者の負担額を変更します。

★食事、部屋代、光熱水費が経済の事情の変動（例：電気、ガス、水道等の料金の値上げ）にて不相当となった場合、契約期間中であっても説明した上で変更できるものとします。

◎短期利用共同生活介護利用料

(1日当り)

| ご利用者の要介護度 | 要介護度1 | 要介護度2 | 要介護度3 | 要介護度4 | 要介護度5 |
|------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ① サービス利用に係る自己負担額 | 781円 〈1,562円〉 [2,343円] | 817円 〈1,634円〉 [2,451円] | 841円 〈1,682円〉 [2,523円] | 858円 〈1,716円〉 [2,574円] | 874円 〈1,748円〉 [2,622円] |
| ② 医療連携体制加算 | 37円(1日当り)〈74円〉[111円] | | | | |
| ③ サービス提供体制強化加算Ⅰ | 22円(1日当り)〈44円〉[18円] | | | | |
| ④ 退居時情報連携加算 | 250円/1回 | | | | |
| ⑤ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ | 所定単位数×1,000分の186 | | | | |
| 食事（おやつ代）に係る自己負担額 | 1,215円(1日当り)食費 30円(1日当り)おやつ代 | | | | |
| 部屋代に係る自己負担額 | 480円 | | | | |
| 光熱水費他に係る自己負担額 | 150円 | | | | |

〈 〉内は、2割負担、〔 〕内は、3割負担のご利用者様のサービス利用料金となります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第4条、第5条参照）
以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担になります。

「サービスの概要と利用料金」

①特別な食事の提供（お酒を含みます。）

利用料金：要した費用の実費

ご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

②理髪・美容

利用料金：要した費用の実費

月に1回理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

③貴重品の管理

利用料金：1ヶ月当たり300円

ご利用者の希望により、下記の物については貴重品管理サービスを1ヶ月当たり300円でご利用いただけます。

- ・施設の指定する金融機関に預け入れる預金
- ・上記預金通帳と金融機関へ届出た印鑑

次の物に関しては、お預かりし管理できますが、管理料金はかかりません。

- ・現金、有価証券、年金証書、医療保険証、介護保険証等

預金通帳と金融機関へ届出た印鑑の保管管理は報謝会経理部が行います。

- ・預金の預け入れ及び引出しが必要な場合、報謝会経理部に届けていただきます。
- ・報謝会経理部は上記の届出の内容に従い、預金の預け入れ及び引出しをおこないます。
- ・報謝会経理部は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご利用者に交付します。

④レクレーション、クラブ活動

利用料金：材料代等の実費を頂きます。

ご利用者の希望によりレクレーション、クラブ活動に参加していただくことができます。

- ・レクレーション、行事
- ・クラブ活動
- ・書道、生け花など

⑤複写物の交付

利用料金：1枚につき10円

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧することができます。
また、複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。

⑥日常生活上必要となる諸費用

実費

日常生活品の購入代金等、ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担していただくことが適当であるものに係る費用をご負担いただきます。

おむつ代は介護保険対象外となっていますので、ご持参いただくか、こちらから準備する場合、実費をいただきます。

⑦ 契約書第 19 条に定める所定の料金

ご利用者が契約終了後も居室を明け渡さない場合に、本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金

(1 日当り)

| ご利用者の要介護度 | 要介護度 1 | 要介護度 2 | 要介護度 3 | 要介護度 4 | 要介護度 5 |
|------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| ① サービス利用料金 | 7,530 円 | 7,880 円 | 8,120 円 | 8,280 円 | 8,450 円 |

- ご利用者が要介護以外と判定された場合のサービス利用料金：7,480 円（1 日当り）
- 食事を提供した場合：1,215 円（1 日あたり）おやつ代 30 円（1 日当り）栄養補助食（褥瘡予防）希望者のみ 40 円（1 日あたり）
- 部屋代、光熱水費については月額利用料の自己負担額を日割り計算した額

⑧その他

ご利用者の外出時における付添いに係る費用を下記のとおりご負担いただきます。但し、協力医療機関及び、高原町内の医療機関への付添いに係る費用のご負担はありません。

下記の地域以外につきましては、事前に届け出いただき、料金につきましては打ち合わせ致します。

| 付添地域 | 高原町 | 小林市 (野尻町除く) | 小林市 野尻町 | えびの市 |
|------|------------|-----------------|------------|----------|
| 付添料金 | 1, 500 円 | 1, 500 円 | 2, 250 円 | 3, 000 円 |
| 付添地域 | 都城市 高崎町 | 都城市 (高崎町を除く) | 宮崎市 | |
| 付添料金 | 1, 500 円 | 3, 000 円 | 3, 750 円 | |

(3) 利用料金のお支払方法（契約書第 5 条参照）

前記（1）、（2）の料金、費用は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までにお支払いください。（1ヶ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額とします。）

(4) 当事業所利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により下記の協力医療機関において診療や入院治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、入院治療を保証するものではありません。また下記医療機関での診療、入院治療を義務付けるものではありません。)

○協力医療機関

園田病院
宮崎県小林市堤 3005 番地 1
電話 0984-22-2221

○協力歯科機関

高原あらたけ歯科クリニック
宮崎県西諸県郡高原町大字広原 4955 番地 7
電話 0984-42-1123

7. 施設を退所していただく場合（契約終了について）

当事業所との契約では契約が終了する日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いたった場合は当事業所との契約は終了し、ご利用者に退所していただくことになります。（契約書第 13 条参照）

- ① 要介護認定によりご利用者的心身の状況が自立または要介護以外と判定された場合。
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合、またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
- ③ 事業所の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合。
- ④ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合。
- ⑤ ご利用者からの退所の申し出があった場合。（詳細は以下をご参照ください）
- ⑥ 事業者からの退所の申し出があった場合。（詳細は以下をご参照ください）

(1) ご利用者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第 14 条、第 15 条参照）

契約の有効期間であっても、ご利用者から当事業所からの退所を申し出ることができます。その場合は、退所を希望する日の 30 日前に退所届出書をご提出ください。但し、以下の場合は、即時に契約を解約解除し、施設を退所することができます。

- ① 介護保険対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合。
- ② ご利用者が入院された場合。
- ③ 事業者若しくはサービス従業者が正当な理由なく本契約に定める認知症対応型共同生活介護サービスを実施しない場合。

- ④ 事業者若しくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合。
- ⑤ 事業者若しくはサービス従業者が故意又は過失により、ご利用者の生命・身体・財産・信用を傷つけ、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。
- ⑥ 他の利用者がご利用者の生命・身体・財産・信用等を傷つけた場合、若しくは傷つけられ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。

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合 (契約書第 16 条参照)

以下の事項に該当する場合には、当事業所から退所していただくことがあります。

- ① ご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、また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。
- ② ご利用者によるサービス利用料金の支払いが 2 ヶ月以上遅延し相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合。
- ③ ご利用者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者、若しくは他の利用者等の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行う等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。
- ④ ご利用者が連續して 90 日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若しくは入院した場合
- ⑤ ご利用者が介護老人保健施設等に入所した場合。

★ご利用者が病院等に入院された場合の対応について (契約書第 18 条参照)

当施設の入所中に医療機関への入院の必要性が生じた場合の対応は以下のとおりです。

①検査入院等 6 日以内の短期入院の場合

6 日以内に退院された場合は、退院後再び入所することができます。但し入院期間中であっても共同生活に必要な共通経費は、所定の利用料金をご負担いただきます。

② 7 日以上 90 日以内の入院の場合

90 日以内に退院され共同生活に支障がない場合には、退院後再び事業所に入所することができます。入院期間中であっても共同生活に必要な共通経費は、所定の利用料金をご負担いただきます。

但し、ご利用者の長期入院等で、短期利用者がその居室に入居した場合、この期間の経費は短期利用者が負担するものとします。

③ 90 日以内の退院が見込まれない場合

90 日以内の退院が見込まれない場合は、契約を解除する場合があります。この場合には当事業所に再び優先的に入所することはできません。

(3) 円滑な退所のための援助（契約書第17条参照）

ご利用者が当事業所を退所する場合には、ご利用者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、おかかれている環境等を勘案し円滑な退所のために必要な以下の援助をご利用者に対して速やかに行います。

- ・適切な病院若しくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- ・居宅介護支援事業者の紹介
- ・その他保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者の紹介

8. 代理人及び身元引受人（契約書第20条参照）

入所契約が終了した後、当事業所に残された、ご利用者の所持品（残置物）をご利用者自身が引き取れない場合に備えて「代理人及び身元引受人」を定めていただきます。

* 入所契約締結時に残置物引取人が定められていない場合であっても入所契約を締結することは可能です。

9. 苦情の受付について（契約書第22条）

当施設における苦情やご相談は、下記の窓口で受け付けております。

★当施設の苦情受付窓口

| | | |
|------|-----------------------|--------------|
| 担当者 | 1号館 管理者 | 友重 悠香 |
| | 2号館 管理者 | 山下 和子 |
| | 3号館 管理者 | 中村 美和 |
| 受付日時 | 月曜日～金曜日 8:30～17:20 | |
| 電話番号 | 1号館 | 0984-42-1256 |
| | 2号館 | 0984-42-1256 |
| | 3号館 | 0984-42-0227 |

★行政機関その他の苦情受付機関

| | | |
|------------------------------|-----|--------------------------|
| 高原町総合保健福祉センター ほほえみ館 介護保険係 | 所在地 | 宮崎県西諸県郡高原町 大字西麓360番地1 |
| | 電話 | 0984-42-2550 |

| | | |
|--------------------|------|----------------|
| | 受付時間 | 8：30～17：15 |
| 宮崎県 国民健康保険団体連合会 | 所在地 | 宮崎県宮崎市下原町231-1 |
| | 電話 | 0985-35-5301 |
| | 受付時間 | 8：30～17：15 |
| 宮崎県 社会福祉協議会 | 所在地 | 宮崎県宮崎市下原町2-22 |
| | 電話 | 0985-22-3145 |
| | 受付時間 | 8：30～17：15 |

事業所利用の注意事項

当事業所のご利用にあたって事業所に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため下記の事項をお守りください。

（1）持込の制限

持ち込み品につきましては介護従業者にご相談ください。

（2）面会について

基本時間（毎日） 9：00～17：00

※上記以外の時間等に面会を希望される場合、事前に職員までご相談ください。

尚、施設内・外の感染症や災害等の発生に伴い、面会を一時中止することがございますのでご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

（3）外出、外泊

外出、外泊される場合は、事前にお申し出ください。

（4）食事

食事が不要の場合は、前日までにお申し出ください。

（5）施設、設備の使用上の注意

- ・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ・故意に又は、わずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者の自己の負担により原状に復していただくか、又は相当の対価をお支払いいただく場合があります。
- ・ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご利用者の居室内に立入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合にはご本人のプライバシー保護について十分な配慮をおこないます。
- ・当事業所の介護従業者や他の入所者に対し迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

令和 年 月 日

指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、利用者に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

法 人 名 社会福祉法人 報謝会
法人所在地 宮崎県西諸県郡高原町大字蒲牟田 7348番地2

事 業 所 名 グループホーム ミューズの空 高原

説 明 者 _____ 印 _____

私は、本書面により、事業者から指定認知症対応型共同生活介護サービスについて重要事項の説明を受け同意しました。

ご利用者様

住 所

氏 名 _____

印 _____

代理人及び身元引受人

住 所

氏 名 _____

印 続柄 _____