

グループホームあおぞら（介護予防）認知症対応型通所介護 重要事項説明書

1、事業の目的

認知症によって自立した生活が困難になった利用者様に対して、家庭的な環境のもとで、食事、排泄、入浴等の日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者様がその有する能力に応じ可能な限り自立して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 当事業所において提供する（介護予防）認知症対応型通所介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとします。
- 2 利用者様の人格を尊重し、常に利用者様の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者様が必要とする適切なサービスを提供します。
- 3 利用者様及びそのご家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明します。
- 4 適切な介護技術を持ってサービスを提供します。
- 5 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行います。

3、事業の概要

法人名	有限会社 あおぞら
代表者名	本殿 正人
事業所名	グループホームあおぞら
所在地	中新川郡上市町若杉三丁目 522 番地
連絡先	（電話）076-472-5503 （FAX）076-472-5567
管理者名	本殿 正人
利用定員	3 名
営業日	月曜日 ～ 日曜日
営業時間	午前 9 : 00 ～ 午後 17 : 00
事業所番号	1 6 9 1 6 0 0 0 3 3

4、建物の概要

構造	鉄骨造り 1 階建て
主な設備	食堂（ディルーム）、トイレ 2 箇所、風呂、洗面所 広い前庭
敷地面積	約 1, 6 0 0 m ²

5、職員の体制

職 種	人数 (人)	常 勤		非常勤		備 考
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			介護職員と兼務 ※1
計画作成担当者	1		1			介護職員と兼務 ※2
看護師	1			1		※3
介護職員	11	6	1	4		※4

※1 管理者は、業務の管理及び職員等の管理を一元的に行います。

※2 計画作成担当者は、適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成することとともに連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連絡・調整を行います。

※3 利用者様に対する日常的な健康管理と通常時及び特に利用者様の健康悪化時における医療機関（主治医）との連絡・調整を行います。

※4 介護従事者は、利用者に対し必要な介護及び支援を行います。

6、サービスの内容

① 入浴、排泄、食事、着替え等の援助・介助

利用者様の自立性を尊重しながら、必要な援助・介助を行います。

② 日常生活の中での機能訓練

散歩、買物、食事作り、掃除、洗濯などを日常生活の中で、共に行いながら、心身機能の維持向上に努めます。

③ 相談、援助

利用者様とそのご家族の生活面での相談・援助を行います。

④ 日常的な健康管理

食欲や運動面、服薬援助、バイタル測定などの健康管理を致します。

⑤ 送迎

ご自宅玄関と施設の間の送迎を致します。

⑥ その他

レクリエーション、行事等のサービスを提供いたします。

7、利用にあたっての留意事項

- 1) サービスの対象者は、要支援1以上であって自傷他害などの行為がない方とします。
- 2) 利用中止に際しては、利用者及び家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続が維持されるよう必要な援助を行うよう努めます。

8、利用料

1) 介護保険給付サービス

1日当たりの利用負担額（1割）は、次の通りです。

単位：円

	要支援1	要支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
3時間以上4時間未満	248	262	267	277	286	295	305
4時間以上5時間未満	260	274	279	290	299	309	319
5時間以上6時間未満	413	436	445	460	477	493	510

	要支援 1	要支援 2	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5
6 時間以上 7 時間未満	4 2 4	4 4 7	4 5 7	4 7 2	4 8 9	5 0 6	5 2 2
7 時間以上 8 時間未満	4 8 4	5 1 3	5 2 3	5 4 2	5 6 0	5 7 8	5 9 8
8 時間以上 9 時間未満	5 0 0	5 2 9	5 4 0	5 5 9	5 7 8	5 9 7	6 1 8

※ 所得によっては自己負担割合が 2 割負担、3 割負担となる場合がございます。

※ 入浴加算として 40 円／回の加算となります。

※ 送迎代は介護費に含まれます。

※ キャンセル代は徴収いたしません。(但し、出来るだけ利用日の前日午後 5 時までに連絡願います)

※ 利用時間延長加算 9 時間以上 10 時間未満の場合 50 単位の加算となります。

10 時間以上 11 時間未満の場合 100 単位の加算となります。

11 時間以上 12 時間未満の場合 150 単位の加算となります。

12 時間以上 13 時間未満の場合 200 単位の加算となります。

13 時間以上 14 時間未満の場合 250 単位の加算となります。

※ その他加算については、当該事業所が厚生労働省の定める要件が整った場合に必要となります。

(別途利用料金表参照)

2) 介護保険給付外サービス

① 食費 600 円／日 (おやつ代を含む)

② おむつ代 実費による

③ 日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、利用者様の負担が適当と認められる費用は、同意を得た上で負担していただきます。

3) 利用料の支払い

利用者又は利用者代理人は事業者に対し、前項の利用料等を当月末日までに、事業者の指定する方法により支払います。

9、協力医療機関

協力医療機関 わかくさ医院 診療科目 内科

協力歯科医療機関 荒井歯科医院 診療科目 歯科

10、秘密の保持と個人情報の保護について

当事業所とその職員は、業務上知り得た利用者様又はそのご家族様等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号の情報提供については、当事業所は、利用者様及びそのご家族様から、予め同意を得た上で行うこととします。

(1) 介護保険サービスの利用のため市町村、居介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関への療養情報の提供。

(2) 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等での人を特定できないように仮名等を使用した情報提供。

11、事故発生時の対応

利用者に対する（介護予防）認知症対応型通所介護の提供により事故が発生した場合は、利用者の家族に連絡を行うとともに、中新川広域行政事務組合、上市町地域包括支援センター並びに富山県高齢福祉課に連絡して、必要な措置を講じます。事故については、事業所として事故の状況、経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。また、利用者に対する（介護予防）認知症対応型通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

1 2、身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害の恐れがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得たうえで必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

1 3、第三者評価の実施状況

【実施の有無】 無

1 4、要望及び苦情の相談

① 当事業所の苦情相談窓口

苦情相談担当者 干場 一成

苦情相談責任者 本殿 正人 *干場不在時は本殿が対応いたします。

連絡先 (電話) 076-472-5503 (FAX) 076-472-5567

② 上記以外の苦情の連絡先については下記の通りです。

機関名	住所	電話番号	受付時間 (平日)
・ 中新川広域行政事務組合 介護保険課	舟橋村国重 242	076-464-1316	8:30～17:15
・ 上市町福祉課	上市町湯上野 1176 番地	076-472-1111	8:30～17:15
・ 上市町地域包括支援センター	〃	076-473-2811	8:30～17:15
・ 立山町健康福祉課	立山町前沢 1169 番地	076-462-9958	8:30～17:15
・ 立山町地域包括支援センター	〃	076-462-9088	8:30～17:15
・ 舟橋村生活環境課	舟橋村仏生寺 55	076-464-1121	8:30～17:15
・ 舟橋村地域包括支援センター	〃	076-464-1847	8:30～17:15
・ 富山県国民健康保険団体 連合会	富山市下野字豆田 995-3	076-431-9833	9:00～17:00
・ 富山県福祉サービス運営 適正化委員会	富山市安住町 5-21	076-432-3280	9:00～17:00

別紙の（介護予防）認知症対応型通所介護利用契約書と重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

グループホーム あおぞら
所長 本殿 正人

(利用者)
住 所

氏 名

(ご家族)
住 所

氏 名

ご家族の緊急時連絡先

ご家族氏名		ご家族氏名	
連絡場所		連絡場所	
電話番号		電話番号	

請求書、書類等の送付先

氏 名	
送付先住所	〒

主治医（必要な場合に記載）

医療機関名	
医師名	
電話番号	