重 要 事 項 説 明 書

グループホーム恵（以下「ホーム」と言う。）は、ご利用者に対して認知症対応型共同生活介護サービス（以下「サービス」と言う。）を提供いたします。ホームの概要や提供される介護サービスの内容、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。

当ホームへの入居は、原則として要介護認定の結果「要介護」・「要支援２」と認定され、かつ認知症の状態である方が対象となります。

１．事業者

法　人	イツモスマイル株式会社
住所	徳島県徳島市佐古２番町５番１１号
電話番号	Tel　088-611-3131　　Fax　088-611-3130
代 表 者	代表取締役　大田　仁大
設立年月日	平成１５年７月３１日

２．事業所の概要

事業所番号	３６９０１６７９６４
施設の種類	指定認知症対応型共同生活介護
施設の名称	グループホーム恵
施設の所在地	徳島県徳島市春日１丁目４番１２号
電話番号	Tel　088-634-4334　　Fax　088-634-4333
管理者氏名	岸野　布美子
開設年月日	平成２４年７月１日
入所定員	１８名（９名×２ユニット）

３．目的

当ホームが行うサービスの適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護者であって認知症の状態にある高齢者（当該認知症に伴って著しい精神症状を呈する者、及び当該認知症に伴って著しい行動異常がある者、並びにその者の認知症の原因となる疾病が急性の状態にある者を除く。）に共同生活住宅において、利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことによって心身の機能の維持、及び家族の身体的並びに精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

４．運営方針

当ホームの職員は、利用者が家庭的な環境の下でその能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者又はその家族に対し、介護サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行い、入浴、排泄、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。また利用者の人権を尊重し、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、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、利用者が必要とする適切なサービスを提供するものとする。なお、地域との結びつきを重視し、関係市町村、他の居宅サービス事業者及びその

他の保健医療サービス、福祉サービスを提供する事業所と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。また地域住民、又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めるものとする。

5．居室等の概要　（1ユニット）

居室・設備等	室数	備考
居室	9室	全室個室
食堂・談話室	1室	談話コーナーあり
和室	1室	
台所	1室	オール電化
浴室	1室	一般浴
脱衣室	1室	
洗濯室	1室	
スタッフルーム	1室	

6．職員の配置状況

当ホームでは、利用者に対して介護サービスを提供する職員として以下の職員を配置しています。※1ユニット

（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	人員数	人員基準
管理者	1名	常勤（専従）
介護計画作成担当者	1名	常勤（専従）
介護職員	3名	常勤（専従）
介護職員	2名	非常勤（専従）

（主な職員の勤務状況）職員の勤務については指定基準を遵守しています。

職種	勤務時間	休憩
管理者	日勤　8:30 ～ 17:30	1:00
計画作成担当者	日勤　8:30 ～ 17:30	1:00
介護職員	早出　7:00 ～ 16:00	1:00
	日勤　8:30 ～ 17:30	
	遅出　9:30 ～ 18:30	(夜勤者)
	夜勤　16:30 ～ 8:30	4:00

7．サービスと利用料金

＊利用料金が介護保険から給付される場合と、全額をご負担いただく場合があります。

≪介護保険の給付対象となるサービス≫

① 生活指導・相談援助

利用者又は家族に対して、その相談に応じると共に、必要な助言・援助を行う。

② 機能訓練・健康管理

心身の状況に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を回復し、またその減退を防止するための訓練を行う。

③　食事

食事の提供は、利用者の自立支援に配慮し、栄養、身体状況、嗜好を考慮し、利用者とともに適切な時間に行い、食事作りに加わっていただく機会を多く持ちます。

④　排泄

心身の状況に応じて適切な方法により、排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤　入浴

離床・着替え・洗身・洗髪・整容等入浴に関する介護を行います。

⑥　その他

残された能力が最大限発揮できるよう、生活意欲が引き出せるよう、利用者の趣味・嗜好に応じて多様なプログラムを取り入れます。

認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）介護度別自己負担額

要　介　護　度	要支援２	介護度１	介護度２	介護度３	介護度４	介護度５
１日の自己負担額	７４３円	７５３円	７８８円	８１２円	８２８円	８４５円

初期加算（３０日間）	１日につき　３０単位
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	１日につき　６単位
医療連携加算Ⅱ	１日につき　5 単位
医療連携体制加算Ⅰ２	１日につき　47 単位
生活機能向上連携加算	２００単位/月
看取り介護加算（死亡日以前４日以上３０日以下）１４４単位	
（死亡日前日・前々日）	６８０単位　（死亡日）１２８０単位
生産性向上推進加算（Ⅱ）	10 単位/月

認知症対応型共同生活介護職員処遇改善加算（Ⅱ）

認知症対応型共同生活介護介護職員処遇改善加算遇改善加算対象のサービス単位数の合計×２２０／１０００（小数点以下四捨五入　但し、利用者負担は小数点以下切り捨て）

≪介護保険の給付対象とならないサービス≫

基本料金

管理費（家賃）	食 材 料 費	光 熱 水 費	ベッド 代	合　計
日額 1,000 円	日額 1,250 円	日額 500 円	日額 50 円	日額 2800 円

基本料金以外で必要とする費用

理美容代・おむつ・特別な行事にかかる代金・飲食・クリーニング代・入退所時の荷物搬送代等、日常生活において利用者に必要な費用は、原則実費負担となります。

８．利用料のお支払いについて

利用料・費用は１ヶ月ごとに計算しご請求いたしますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

①　窓口にて現金支払い。

②　指定口座への振込み。

阿波銀行　両国橋支店　普通預金　1303193

イツモスマイル株式会社　代表取締役　大田　仁大

③　金融機関口座からの引き落とし。（ご利用できる金融機関：徳島銀行、阿波銀行）

９．医療について

医療を必要とする場合は、利用者の希望により、下記協力医療機関において診察を受けることができます。但し下記協力医療機関での優先的な医療を保証するものではありません。また、下記協力医療機関での診療を義務づけるものでもありません。

・協力医療機関：イツモスマイルクリニック（徳島市佐古５番町５－１１）

・協力歯科医院：勝瀬歯科医院（徳島市徳島町城ノ内６－８３）

利用者が病院または診療所に入院した場合は、入院した翌日から介護サービス費（介護保険１割負担分）は算定されません。但し管理費等、居室に係る料金については入院中も費用がかかります。

１０．退所していただく場合（契約終了について）

（１）　ホームとの契約では、契約が終了する期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至った場合には、ホームとの契約は終了し、利用者に退所していただくことになります。（契約書第 14 条参照）

①　認定により利用者の心身の状況が自立又は要支援１と判断された場合。

②　事業者が解散・破産した場合またはやむ得ない事由によりホームを閉鎖した場合。

③　ホームの滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスが不可能になった場合。

④　ホームが介護保険の指定を取り消された場合、又は指定を辞退した場合。

⑤　利用者から退所の申し出があった場合。

⑦　事業所から退所の申し出を行った場合。

（２）　利用者から退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第 15 条、第 16 条）により退所していただく場合、契約の有効期間であっても、退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の１０日前までに事業者まで申し出て下さい。但し、以下の場合には即時に契約を解約･解除し、ホームを退所することができます。

①　介護保険給付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　利用者が入院された場合。

③　事業者もしくはサービス従事者が、正当な理由なく本契約に定める介護サービスを実施しない場合。

④　事業者もしくはサービス従事者が、守秘義務に違反した場合。

⑤　事業者もしくはサービス従事者が、故意又は過失により利用者の身体･財物･信用等を傷つけ、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　他の利用者が利用者の身体･財物･信用等を傷つけた場合もしくは傷つけ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。

（３）　事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）（契約書第 18 条参照）

以下の事項に該当する場合には、当ホームから退所していただくことがあります。

① 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重大事項について、故意にこれを告げず、又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 利用者による、サービス利用料金の支払いが３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 利用者が故意又は過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命･身体･精神･財物・信用等を傷つけ、又は著しい不正行為を行うことによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

④ 利用者が連続して１ヵ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合、もしくは入院した場合。

⑤ 利用者が指定介護老人福祉施設･介護老人保健施設に入所した場合、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合。

１１．苦情の受付について

① 当ホームにおける苦情の受付

当ホームにおける苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

苦情受付窓口（担当者）　ユニット１：田中　栄子　ユニット２：岸野　布美子

受付時間　午前８時３０分～午後５時３０分

※但し、３６５日２４時間連絡可能な体制

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

② 行政機関その他苦情受付機関

徳島県国民健康保険団体連合会	徳島市川内町平石若松７８－１	088-666-0111
徳島市介護ながいき課	徳島市幸町２丁目５番地	088-621-5586

サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和　　年　　月　　日

グループホーム恵

説明者　：　職種

氏名　　印

私は本書面に基づいてホームから重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

契約者（本人）　：　住所

氏名　　印

上記代理人　：　住所

契約者との関係

（　　）　氏名　　印