

「認知症対応型共同生活介護事業所 愛誠園」重要事項説明書
(指定認知症対応型共同生活介護事業所)

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(沖縄県指定 第 4792600035)

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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定がまだの方は介護保険認定申請後（市町村窓口にて）認定を受けてから申し込みをお願いします。

◆◇目 次◇◆

1. 事業所
2. 事業所の概要
3. 居室等の概要
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）
7. 残置物引取人
8. 苦情の受付について
9. 事故発生時の対応

1. 事業者

- | | |
|-----------|--------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 善隣福社会 |
| (2) 法人所在地 | 沖縄県宜野湾市伊佐 3 丁目 26 番地 8 号 |
| (3) 電話番号 | 098-897-8231 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 我如古 正昭 |
| (5) 設立年月日 | 昭和 55 年 4 月 1 日 |

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類 指定認知症対応型共同生活介護事業所

平成 25 年 9 月 1 日

沖縄県指定 4792600035 号

(2) 事業所の目的 認知症の状態にある要介護者を、共同生活介護において、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及び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生活を営むことができるよう援助することを目的とします。

(3) 事業所の名称 グループホーム中城愛誠園

(4) 事業所の所在地 沖縄県中頭郡中城村字当間 289-5

電話 098-943-3530

FAX098-943-3531

(5) 管理者 當間 哲也

(6) 運営方針 要介護者・要支援者で認知症の状態にあるものを共同生活住居において、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援助する。

(7) 開設年月日 平成 25 年 9 月 1 日

(8) 利用定員 9 人

3. 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しております。利用者の居室は原則として1人部屋です。

居室・設備の種類	室 数	備 考
1人部屋	9 室	洋室・(ベッド)収納 11.16 m ²
食堂兼居間	1	73.616 m ²
玄関ロビー	1	
浴 室	1	3.96 m ²
台 所	1	4.60 m ²
食 堂	1	73.616 m ²
事務所	1	10.08 m ²
トイレ	3	男女兼用・車椅子対応

- 4.職員の配置状況 当施設では、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する職員として、以下の職員を配置しています。

＜職員の配置状況＞

職 種	常 勤 換 算	指 定 基 準
1.管理者	1 名 （ 兼 務 ）	1 名
2.計画作成担当者	1 名 （ 兼 務 ）	1 名
3.介護職	7 名	3 名
4.夜勤者	1 名	1 名

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
1. 管理職	早 番 7 : 00 ～ 16 : 00
2. 計画作成担当者	日 勤 8 : 30 ～ 17 : 30
3. 介護職員	遅 番 10 : 00 ～ 19 : 00
	準夜勤 14 : 30 ～ 23 : 30
	夜 勤 23 : 30 ～ 9 : 30

5.当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

＜当事業所が提供するサービスについて、＞

- | |
|--|
| <p>(1) 利用料金が介護保険から給付される場合</p> <p>(2) 利用料金が介護保険の給付対象とならない場合</p> |
|--|

があります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

① 食事

- ・ 当事業所では、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

② 入浴

- ・ 原則として週 2 回とする。ただし状況に応じては毎日入浴できます。

③ 排泄

- ・ 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行います。

④ 移動

- ・ トイレ・居室への誘導、散歩等の介助を行います。

⑤ 機能訓練

- ・ ご利用者が日常生活を送るのに必要な機能の減退防止のための訓練ならびに心身の活性化を図る為の各種サービス(アクティビティ・サービス)を提供します。

⑥ 健康管理

- ・ バイタルチェックならびに健康維持のための相談・助言等を行います。

⑦ その他自立への支援

- ・ ご利用者の趣味又は嗜好に応じたクラブ活動・レクリエーションを実施します。
- ・ 生活のリズムを考え、食事や洗濯、買い物、園芸等を職員と共同で行い家庭的な生活環境の中で日常生活が送れるよう配慮します。
- ・ 地域との交流を図ります。

<サービス利用料金(月あたり)>

下記の料金によって、ご契約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(自己負担額)と食事に係る自己負担額の合計金額をお支払下さい。

(サービス利用料は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

区分	合計金額料金 (月額) (ア)	日額	利 用 料 内 訳 (イ)			月 額	
			介護保険 1 割 (自己負担)			食事	家賃
			日額×30日	サービス 体制加算 (Ⅱ) 日/18円	処遇改善加 算 I 18.6%	1,250円 ×30日 (ウ)	(月) (エ)
介護度 1	110,359円	765円	22,950円	540円	4,369円	37,500円	45,000円
介護度 2	111,640円	801円	24,030円		4,570円		
介護度 3	112,458円	824円	24,720円		4,698円		
介護度 4	113,063円	841円	25,230円		4,793円		
介護度 5	113,704円	859円	25,770円		4,894円		

$$(ア) = (イ) + (ウ) + (エ)$$

※ 上記の金額は 30 日を目安した金額です。

※ サービス提供体制加算 (Ⅱ) ロとして、1 日 18 円加算となります。

※ 処遇改善加算 I が介護保険 (自己負担) の 11.1% が加算となります。

※ 介護保険から給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担金額を変更します。

※ ご利用者が入院又は外泊された場合、家賃に係る料金をいただきます。

※ 入居した日から 30 日間又は 30 日以上入院後戻られた場合は、初期加算として 1 日につき 30 円が加算されます。

※ 入院後 3 ヶ月以内に退院が見込まれる場合、1 日 6 日「入院時費用」として 246 単位加算されます。

※ 食事に係る料金は、1日の食事回数にかかわらず一律1,250円となります。

※ 入院時等の医療機関への情報提供 250単位/回

※ 新興感染症等施設療養 240単位/1月5回程度

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

① 特別な食事

利用料金：要した費用の実費

② 理髪・美容

ご利用者のご希望により、ご利用いただけます。

利用料金：要した費用の実費

③ 日常生活上必要となる諸経費

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いただくことが適当であるものに係る費用を負担いただきます。

◇ 衣類代・オムツ・リハビリパンツ・尿取りパッド等

④ レクリエーション・クラブ活動

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

⑤ その他

愛誠園クリニックなど

<利用料金：材料代等の実費をいただきます。>

行 事 計 画			
4月	誕生会・	10月	誕生会・運動会
5月	誕生会・母の日・	11月	誕生会・
6月	誕生会・父の日	12月	誕生会・大晦日
7月	誕生会・七夕	1月	誕生会・正月・初詣
8月	誕生会・納涼祭り	2月	誕生会・花見見学
9月	誕生会・敬老週間	3月	誕生会・ひな祭り
備考	利用者の希望に応じたレクリエーションやクラブ活動を取り入れる。		

⑤ 複写物の交付

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できます。複写物を必要とする場合も無料で提供いたします。

(3) 利用料金の支払方法

前項(1)、の料金・費用は、1ヵ月ごとに計算し請求しますので、翌月末月までに指定口座から自動引き落としでお支払いいただきます。

(4) 協力医療機関

協力医療機関	医療機関名	住所	主な診療科目
	宜野湾記念病院	宜野湾市宜野湾3丁目3番地13号	内科・外科・整形外科
	愛誠園クリニック	宜野湾市伊佐3丁目26番地8号	内科・外科

6.施設を退所していただく場合

当事業所との契約では、契約が終了する期間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、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。

- ① 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援1と判定された場合
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又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又は指定辞退した場合
- 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下さい。)
- ⑥ ②事業者から退所の申し出を行った場合(詳細は以下をご参照下さい。)

(1)ご利用者からの退所の申し出(中途解約・契約解除)

契約の有効期間であっても、ご利用者から当事業所の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7日前までに申し出ください。
ただし、以下の場合には即時に契約・解除し、事業所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 ご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ご契約者の心身・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た場合
- ⑥ 他の利用者がご利用者の心身・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、②事業者が適切な対応をとらない場合

(2)事業所からの申し出により退所していただく場合(契約解除)

以下の事業に該当する場合には、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、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.ご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を支払われない場合
- 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もしくは他の利用者等

の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しく不信行為を行うことなど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1ヶ月以上の入院治療を要するに至った場合

⑤.ご利用者が介護老人福祉施設や介護老人保健施設に入居した場合、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

7.残置物引取人

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることがあります。

ただし、入居契約が修了した後、当事業所に残された利用者の所持品(残置物)ご利用者自身引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。また、引渡しに係る費用については、ご利用者又は残置物取引人にご負担いただきます。

8.苦情の受付について

苦情受付担当者は、来所・文書・電話等によりご利用者からの苦情を随時受け付けるものとする。

※ 苦情受付窓口（ 當間 哲也 ）

また、苦情受付ボックスを設置しています。

(2) 苦情処理体制・手順

苦情処理台帳に記載→苦情処理方法の記載・管理者決裁→関係者との連携→改善についてご利用者に確認→苦情処理の成果等台帳に記載→職員への周知

(1) 行政機関その他苦情受付期間

沖縄県介護保険広域 連合 業務課	住 所：読谷村字比謝疇 5 5 番地比謝疇複合施設 2 階 電 話：0 9 8－9 1 1－7 5 0 2 受付時間：9 時～1 7 時
沖縄県国民健康保険 団体連合会	住 所：那覇市西 3 丁目 14 番地 18 号 電 話：0 9 8－8 6 0－2 0 2 6 受付時間：9 時～1 7 時
沖縄県福祉サービス 運営適正委員会	住 所：那覇市首里石嶺町 4 丁目 3 7 3 番地 1 号 電 話：0 9 8－8 6 0－2 8 6 6

9.事故発生時の対応

ご利用者の心身の状態に異変その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医あるいは協力医療機関に連絡するとともに、市町村、家族に対し、適切な措置を講じます。

① 指定認知症対応型共同生活介護事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処理について記録しなければならない。

② 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償は速やかに行わなければならない。

令和 7 年 1 月 24 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て、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

グループホーム中城愛誠園

説明者職名 氏名 當間 哲也 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

利用者氏名 印

身元引受人住所

身元引受人氏名 _____ 印 _____

続 柄 ()