

認知症対応型共同生活介護事業

介護予防認知症対応型共同生活介護事業

重要事項説明（グループホーム 寿光園）

（令和3年8月1日改定）

当施設は介護保険の指定を受けています。
（大阪府指定 第2775500834号）

当施設はご契約者に対して（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。施設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。

目 次

1. 施設経営法人	2
2. ご利用施設	2
3. 居室の概要	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	3
6. 施設を退所して頂く場合（契約の終了について）	7
7. 残置物引取	8
8. 苦情の受付について	9
9. 高齢者虐待防止について	9
10. 秘密保持	9
11. 事故発生時の対応	10

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 寿 光 会
- (2) 法人所在地 大阪府八尾市神宮寺1丁目154番地
- (3) 電話番号 (072) 943-3603
- (4) 代表者氏名 理 事 長 森田 浩稔
- (5) 設立年月日 昭和53年2月

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護施設
平成12年4月1日指定
大阪府 第 2775500834号
- (2) 施設の目的 指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護施設は、介護保険法令に従い、認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境の下で、心身の特性を踏まえ、利用者の認知症症状の緩和や悪化の防止を図り、尊厳ある自立した生活を営むことができるように、食事、入浴、排泄等の日常生活場面でのお世話や機能訓練等の介護その他必要なサービスを提供します。
この施設は、要支援2・要介護者で認知症の状態にあり、小人数による共同生活を営むことに支障のない方がご利用いただけます。
- (3) 施設の名称 グループホーム 寿光園
- (4) 施設の所在地 大阪府八尾市楽音寺2-125
- (5) 電話番号 (072) 941-2130
- (6) 管理者氏名 福森 潔
- (7) 当施設の運営方針 施設利用者の意思及び、人格・人権の尊重に努めるとともに、保健・福祉・医療の連携、地域及び地域住民との連携の強化に努め高齢者が地域社会において安心して生活を送ることができる様支援致します。又、サービスの担い手が常に誠意をもって質の高いサービスが提供できるよう職員の研修・研究により専門性の向上に努めます。
- (8) 開設年月日 平成12年4月1日
- (9) 入所定員 9名

3. 居室概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として個室となっております。

居室・設備の種類	室数	備 考
居 室	9 室	全室個室
L・D・K	1 室	リビング・台所・食堂
浴 室	1 室	一般浴槽
洗 濯 室	1 室	
休 憩 室	2 室	

- *洗面台は各居室内に備え付けてあります。トイレは各フロアに設置してあります。
- *この施設設備の利用にあたって、特別にご負担いただく費用はありません。

4. 職員の配置状況

当施設では、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 種	常 勤 換 算
1. 施設長（管理者）	1 名
2. 計画作成担当者	1 名
3. 介護従事者	7.0 名

常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間の勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、1 名

（8時間×5名÷40時間=1名）となります。

〈配置職員の職種〉

計画作成担当者…介護計画の作成、助言等及び、その介護計画に沿った支援・援助を行います。

介護従事者…ご契約者の日常生活の支援・援助を行います。（4名以上配置）

《主な職種の勤務体制》

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	日勤 9:00～18:00 1名
	夜勤 16:00～翌 10:00 1名

*利用者の体調が優れないとき、リハビリ希望などの時は併設の施設の診察・リハビリを受けることが可能です。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金が全額ご契約者に負担いただく場合があります。

《サービスの概要》

①食事

・当施設では、栄養並びにご契約者の身体の状況、および嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間） 朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～

②入浴

・入浴又は清拭の機会を週 3 回確保します。

③泄

・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

・併設施設の機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を利用できます。

〈サービス利用料金〉

下記の料金表によって、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費額を除いた金額(自己負担額)と家賃、食費、光熱費にかかる標準自己負担額の合計金額をお支払いください。(サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度、負担割合に応じて異なります。)なお、下記の利用料は、30日間で計算しております。

1. ご契約者の要介護度 と サービス利用料金		要介護 1 288,670 円	要介護 2 301,472 円	要介護 3 309,643 円	要介護 4 315,694 円	要介護 5 322,089 円
2. うち、介護保険から給付される金額	1 割	259,803 円	271,324 円	278,678 円	284,124 円	289,880 円
	2 割	230,936 円	241,177 円	247,714 円	252,555 円	257,671 円
	3 割	202,069 円	211,030 円	216,750 円	220,985 円	225,462 円
3. サービス利用にかかる自己負担額 (1-2)	1 割	28,867 円	30,148 円	30,965 円	31,570 円	32,209 円
	2 割	57,734 円	60,295 円	61,929 円	63,139 円	64,418 円
	3 割	86,601 円	90,442 円	92,893 円	94,709 円	96,627 円
4. 家賃		39,000 円				
5. 食費		42,000 円				
6. 光熱費		13,500 円				
7. リース料		1,500 円				
8. 自己負担額合計 (3+4+5+6+7)	1 割	124,867 円	126,148 円	126,965 円	127,570 円	128,209 円
	2 割	153,734 円	156,295 円	157,929 円	159,139 円	160,418 円
	3 割	182,601 円	186,442 円	188,893 円	190,709 円	192,627 円

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、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、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要な事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆上記金額の他、入所されてから最初の 30 日間は初期加算がつきます。(30 日間で 941 円程度の負担額になります。)

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(1) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①理髪・美容

[理髪サービス]

月に1回、理容師の出張による理髪サービス(調髪、顔剃、洗髪)をご利用いただけます。

[美容サービス]

月1回、美容師による出張美容サービス(調髪、パーマ、洗髪)をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり1,500円(パーマご利用の場合は別途料金5,000円)

②貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。

○管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金

○お預りするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券
年金証書

○保管管理責任者：管理者

○お納方法：手続きの概要は以下の通りです。

・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出いただきます。

・保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。

・保管管理者は、入出金記録を作成し、その写しをご契約者へ交付します。
4半期に1度又は退所又はご依頼があったとき。

*利用料金：無料

③レクリエーション・クラブ活動

ご契約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。利用料金：材料代等の実費をいただきます。

④日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものについて、その費用をご負担いただきます。

⑤居室の明渡し—精算—

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡されない場合等に、本来の契約終了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

ご契約者の要介護度 料金(1日)	要介護度1 1,000円	要介護度2 1,000円	要介護度3 1,000円
---------------------	-----------------	-----------------	-----------------

⑥外泊・入院等による居室管理費

外泊、入院など居室を明けられる場合、管理費(居室清掃等)として1日1,000円いただきます。

⑦返金について

1日につき、実費用の日割り分（食費、光熱費は日割り分返却致します。）

⑦その他

経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3)利用料金のお支払方法

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15日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。(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金額とします。)

ア. 窓口でのお支払い

イ. 下記指定口座への振り込み

大阪シティ信用金庫 山本支店 普通預金 4419851

口座名義 : 社会福祉法人寿光会

グループホーム寿光園 管理者 福森 潔

(4)利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記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・入院治療を義務づけるものでもありません。)

①協力医療機関

医療機関の名称 : 寿光園診療所

所在地 : 大阪府八尾市楽音寺2丁目125

診療科 : 内科、外科、精神科

医療機関の名称 : 医療法人 貴島会 貴島病院本院

医療法人 徳洲会 八尾徳洲会総合病院

所在地 : 大阪府八尾市楽音寺3-33

診療科 : 内科、外科、整形外科

②協力精神科医療機関

医療機関の名称 : 医療法人 清心会 こころのホスピタル

所在地 : 大阪府八尾市天王寺屋6丁目59番地

④診医療機関

歯科医療機関 : 山本歯科

希望医療機関	有 ・ 無
希望医療機関名	

6. 施設を退所していただく場合(契約の終了について)

当施設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。したがって、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、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくこととなります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">①要介護認定によりご契約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ホームを閉鎖した場合③施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合④当施設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ご契約者から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。)事業者から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)ご契約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、ご契約者から当施設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 7 日前までに解約届出書をご提出ください。

但し、以下の場合には、即時契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">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施設の運営規定の変更に同意できない場合③ご契約者が入院された場合④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サービスを実施しない場合⑤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⑥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⑦他の利用者がこの契約者の身体・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とらない場合 |
|--|

(2)事業者からの申し出により退所していただく場合(契約解除)

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所していただくことがあります。

- ① ご契約者が、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た場合
- ② ご契約者の認知症に伴う著しい精神症状、行動異常が認められる場合
- ③ ご契約者による、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
- ④ ご契約者が、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・信用等を傷つけ、又は著しい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
- ⑤ ご契約者が連続して 1 ヶ月以上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。上記入院期間中であっても所定の利用料金をご負担いただきます。

- ⑥ ご契約者が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

(3) 円滑な退所のための援助

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置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契約者に対して速やかに行います。

- | |
|-----------------------------|
| ○適切な病院も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 |
| ○その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介 |

7. 残置物引取人

契約にあたり身元引受人をお願いすることはありませんが、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。

当施設は、「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、引渡しにかかる費用については、ご契約者または残置物引取人にご負担いただきます。

*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。

8. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- ・苦情受付窓口（担当者）

片山 勝彦

- ・受付時間 毎週月曜日～土曜日

9：00～18：00

- ・電話 (072)941-2130

(2) 行政機関その他苦情受付期間

八尾市介護保険 担当課	所在地：八尾市本町1丁目1番1号 電話：(072)924-9360 FAX：(072)924-1005 受付時間：9：00～17：15
国民健康保険団体 連合会	所在地：大阪府中央区常磐町1丁目3番8 号中央大通FNビル内 電話：(06)6949-5446 FAX：(06)6949-5417 受付時間：9：00～17：00

9. 高齢者虐待防止について

当施設は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 研修等を通して、職員の人権意識の向上や知識、技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (3) 職員が支援に当たっての悩みなどを相談できる体制を整えるほか、職員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

10. 秘密保持と個人情報保護について

当施設及び職員は、サービスの提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。また、この義務はサービス提供契約が終了した後においても継続します。

事業者は利用者から予め文書で同意を得ない限り、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても同様とします。

11. 事故発生時、緊急時の対応

当施設が利用者に対して行うサービスの提供により事故が発生した場合には、指定された緊急連絡先に事故発生時の経過及び状況説明を行い、速やかに適切な措置を講じます。また、市町村に連絡を行うとともに、その状況等を記録します。

また、当施設が利用者に対して行うサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。

緊急連絡先 1			
氏名		続柄	
住所		電話番号	
緊急連絡先 2			
氏名		続柄	
住所		電話番号	

12. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合又は、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

【重要事項説明書付属文書】

1. 施設利用の留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

(1) 持ち込み制限

入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

- ・カミソリ、ナイフ等の刃物・マッチ、ライター等の火器・他人に危険を及ぼすと
思われる物すべて
- ・多額の所持金(盗難や紛失があると困りますので、ご本人が所持する金銭は小額で
お願いします。)

(2) 面会

面会時間 8:00~21:00

(3) 外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出ください。

(4) 食事

食事が不要な場合は、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、ご契約者に自己負担により原状に復してい
ただるか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・ご契約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、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができ
るものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、
十分な配慮を行います。
- ・当施設の職員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。

(6) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

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、本書面に基づき重要
事項の説明を行いました。

指定認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム寿光園
説明者職名 計画作成担当者 氏名 片山 勝彦 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び重度化対応指針の説明を受け、重
要事項説明書の交付を受けました。

利用者住所

氏 名 _____ 印

代理人住所

氏 名 _____ 印