

グループホーム幸せの里

重 要 事 項 説 明 書

(認知症対応型共同生活介護サービス)

施設の概要や提供されるサービスの内容、及び契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 長生園
事業者の所在地	京都府南丹市園部町上木崎町坪ノ内 19 番地
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 中村 裕予
電話番号	0771-62-0223

2 ご利用施設

施設の名称	グループホーム 幸せの里
施設の所在地	京都府南丹市園部町上木崎町坪ノ内 19 番地
施設長名	奥村 雅彦
電話番号	0771-62-0223
FAX 番号	0771-62-1898

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類・名称		京都府知事の事業者指定		利用 定数	南丹市基準 該当サービス
		指定年月日	指定番号		該当・非該当
施 設	養護老人ホーム 長生園	昭和 31 年 11 月 15 日		32 人	
	特別養護老人ホーム 長生園	昭和 45 年 4 月 23 日	2671500102	258 人	
	ケアハウス 長生園	平成 13 年 4 月 1 日		50 人	
	あんしんサポートハウス 光華苑	平成 26 年 12 月 25 日		30 人	
居 宅	デイサービスセンター 長生園	平成 13 年 4 月 1 日	2671500102	29 人	
	第二デイサービスセンター 長生園	平成 26 年 4 月 1 日	2673400137	24 人	
	ヘルプステーション 長生園	平成 13 年 4 月 1 日	2671500102		
	特別養護老人ホーム 長生園	平成 12 年 4 月 1 日	2671500102	32 人	
	短期入所生活介護 (ショートステイ)				
居宅介護支援事業		平成 12 年 4 月 1 日	2671500102		
社会福祉法人長生園診療所		昭和 34 年 1 月 12 日			

4 事業目的・運営方針

介護保険法の理念に基づき、要介護者であって認知症状態にあるもの（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もの並びにその者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にあるものを除く）について、共同生活住居において、家庭的な環境の中で入浴、排せつ、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、ご利用者様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にすることを目的とする。

5 施設の概要

(1) 施設および建物

敷地		1781.06 m ²					
建物	構造	木造平屋建					
	延べ床面積	1号棟	273.57 m ²	2号棟	299.28 m ²	合計	572.85 m ²
	利用定員		9名		9名		18名

(2) 主な設備

設備の種類	数		面積		1人当たりの面積	
	1号棟	2号棟	1号棟	2号棟	1号棟	2号棟
居間兼食堂	1室	1室	57.71 m ²	60.82 m ²	—	—
機能訓練室	1室	1室	57.71 m ²	60.82 m ²	—	—
浴室	1ヵ所	1ヵ所	8.10 m ²	8.98 m ²	—	—
便所	2ヵ所	3ヵ所	4.86 m ²	3.88 m ²	—	—
居室	9室	9室	13.36 m ²	12.42 m ²	13.36 m ²	12.42 m ²

6 職員体制（主たる職員）

従業者の職種		員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格
			常勤		非常勤				
			専従	兼務	専従	兼務			
管理者		2		○			1	1	社会福祉士・介護福祉士
介護職員	1棟	7	○	○	○		6.5	3	介護福祉士 8名
	2棟	8	○	○			7.1	3	
計画作成担当者		2		○			2	2	介護支援専門員 2名 介護福祉士 2名

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤で勤務
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早出（8：00～17：00） ・ 日勤（9：00～18：00） ・ 遅出（10：00～19：00） ・ 昼間（10：30～16：00）は、原則として職員1名あたりご利用者様3名のお世話をします。 ・ 夜間（19：00～8：00）は、原則として職員1名あたりご利用者様のお世話をします。（特別養護老人ホームと一体で運用します。）
計画作成担当者	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤で勤務

8 営業日

営業日	年中無休
-----	------

9 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

ご利用者様の負担については介護保険負担割合証に応じて請求します。

種類	内容
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養士の立てる献立表により、ご利用者様の身体状況に配慮したバリエーションに富んだ食事を提供します。（ただし、食材料費は給付対象外です。） ・ 食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるように配慮します。 <p>＜食事時間＞</p> <p>朝食 8：00 ～ 9：00</p> <p>昼食 12：00 ～ 13：00</p> <p>夕食 18：00 ～ 19：00</p>
排せつの介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ ご利用者様の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立について適切な援助を行います。 ・ 介助は職員が行います。
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 週2回以上の入浴または清拭を行います。 ・ 寝たきり等で座位のとれない方は機械を用いての入浴も可能です。（特別養護老人ホームにて） ・ 介助は職員が行います。
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・ 生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・ シーツ交換は週1回、寝具の消毒は月1回実施します。

健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日常的な健康管理に努め、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 ・ 入所者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 <p>＜社会福祉法人長生園診療所の医師＞</p> <p>診療所長： 吉田 隆夫</p> <p>診療科目： 内科・外科・整形外科・精神科・皮膚科</p> <p>診 察 日： 月曜日～金曜日</p>
相談および援助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当施設は、ご利用者様およびそのご家族様からの相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 <p>＜相談窓口＞</p> <p>グループホーム幸せの里受付 及び 社会福祉法人長生園事務所受付</p>

【介護報酬の告示上の額】

①基本サービス介護費

サービス内容	要介護度	単位数（単位／日）		
		1 割負担	2 割負担	3 割負担
介護予防認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）	要支援 2	749	1,497	2,245
認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）	要介護 1	753	1,505	2,257
	要介護 2	788	1,575	2,362
	要介護 3	812	1,623	2,434
	要介護 4	827	1,655	2,482
	要介護 5	845	1,689	2,533

②各種加算（1 単位 1 0 円）

加算項目		利用単位	利用料
体 制 加 算	医療連携体制加算（Ⅰ） ※ 1	3 9 単位/日	3 9 0 円/日
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ） ※ 2	6 単位/日	6 0 円/日
	口腔衛生管理体制加算 ※ 3	3 0 単位/月	3 0 0 円/月
	認知症専門ケア加算(Ⅰ) ※ 4	3 単位/日	3 0 円/日
発 生 時 加 算	若年性認知症利用者受入加算 ※ 5	1 2 0 単位/日	1 2 0 0 円/日
	口腔・栄養スクリーニング加算 ※ 6	2 0 単位/日	2 0 0 円/日
	初期加算 ※ 7	3 0 単位/日	3 0 0 円/日
	入院時費用 ※ 8	2 4 6 単位/日	2 4 6 0 円/日
そ の 他	介護職員処遇改善加算（Ⅰ） ※ 9	利用総単位数に 11.1%を乗じた額	
	介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） ※10	利用総単位数に 2.3%を乗じた額	
	介護職員等ベースアップ等支援加算 ※11	利用総単位数に 2.3%を乗じた額	

- ※1 看護職員による24時間連絡体制を確保している場合
- ※2 介護福祉士の資格を有する者の割合が50%以上の場合 変更箇所
- ※3 歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員に対して口腔ケアの技術的助言及び指導を月1回以上実施した場合
- ※4 認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅢ以上を入所者総数の2分の1以上を占めた場合
 認知症介護に係る専門的研修修了者を1名以上配置した場合
 認知症ケアに関する留意事項の伝達、技術指導を定期的に開催している場合
- ※5 若年性認知症の利用者に個別の担当者を定めて受入れた場合
- ※6 利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、栄養状態に係る情報を文章で共有した場合（6箇月に1回）
- ※7 入居日から起算して30日以内の期間で算定
- ※8 入居者が入院を要した場合月6日を限度して算定
- ※9 利用総単位数に11.1%を乗じた額
- ※10 利用総単位数に2.3%を乗じた額
- ※11 利用総単位数に2.3%を乗じた額

(2) 介護保険給付外サービス

種 類	内 容	利用料
食費	・ 日額	1, 445円
家賃	・ 月額	55, 000円
光熱水費	・ 月額	20, 000円
理美容サービス	・ 出張による理髪サービスをご利用いただけます。	1回 2, 200 ～2, 700円
健康管理費	・ 健康診断書、予防接種等ワクチン代	実 費
おむつ提供	・ ご利用者様のご希望に応じて提供します。	1回あたり 実費負担
レクリエーション行事	・ 当施設では、別添パンフレット記載の施設行事計画にそってレクリエーション行事を企画します。	・ 施設外レクリエーションについて実費（交通費・入場料等）
イベント行事賛助費	・ 法人行事（水無月祭、創立記念祭）負担分。	1回：1, 000円
生活支援費	・ 契約者の希望により、日常生活に必要な金銭出納及び財産の保全管理サービスを利用頂けます。詳細は、別に定める管理委任契約書により行うものとします。 お預かりできるもの：預金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書、現金。 保管管理者：施設長（管理者）	

	<p>・主なサービス</p> <p>※預貯金の払い出し、預入の手続き</p> <p>※各種保険証類の保管管理、事務手続きの代行（医療保険、その他手続き等に必要なとなる添付書類の準備や送付）</p> <p>※医療に係る支払い代行</p> <p>※日常生活に必要な物品購入や支払い代行（日用品等の買い出し等）</p> <p>・上記サービスは、生活支援費として <u>1ヶ月4,000円</u> をご負担いただきます。（入所退所月は日割り計算とします。1日あたり131円）</p> <p>・契約者は、サービス提供について記録を閲覧できますが、複写物を必要とする場合には職員までお申し出下さい。</p>	
共益費	<p>・ホームにおける安定した日常生活上の共有スペースに係る環境整備等を含む費用。</p>	<p>・月額 10,000円</p>

10 苦情申立先

当施設ご利用相談	<p>窓口担当者 奥村 雅彦</p> <p>ご利用時間 毎日 9:30～17:00</p> <p>ご利用方法 電話 0771-62-0223</p> <p>面接 上記時間にて随時受付</p> <p>ご意見箱（玄関に設置）</p> <p>※公的機関においても、次の機関において苦情申し立てができます。</p> <p>南丹市役所高齢福祉課</p> <p>所在地：京都府南丹市園部町小桜町47番地</p> <p>電話番号：0771-68-0006</p> <p>（月曜日～金曜日午前8:30～午後5時15分）</p> <p>京都府国民健康保険団体連合会苦情相談窓口</p> <p>所在地：京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋町620番地</p> <p>COCON 烏丸内</p> <p>電話番号：075-354-9090</p> <p>※第三者委員</p> <p>別紙のように、公平中立な立場で苦情を受付け相談に乗っていただける委員を委嘱し、苦情解決の体制を整備しております。</p>
----------	---

11 緊急時の対応

- ① 病気またはけがにより受診が必要となった場合、その他必要な場合は、主治医または協力医療機関において速やかに必要な治療等が受けられるよう、必要な措置をします。
- ② 急に身体等の具合が悪くなった場合は、医師と連絡をとり協力医療機関等での救急治療あるいは入院が受けられるようにします。
- ③ サービス供給体制の確保並びに夜間における緊急事態の対応のために、協力医療機関等と連携・支援体制をとっています。
- ④ 利用者または他の入居者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他の利用者の行動は制限しません。ただし、利用者または他の利用者等の生命、身体を保護するためにやむを得ない場合には利用者に対する身体的拘束その他の行動を制限する場合があります。この場合においては、利用者の自由・人格権を不当に制約することのないように配慮するとともに、利用者の家族等に事前の同意を求めることとし、事前の同意を求めることができない緊急の場合には、すみやかに利用者の家族等に報告するものとします。
身体的拘束その他行動の制限を行った場合には、その拘束の必要性・方法等について、事業者は、文書又はそれに準じる記録媒体に記録を残すこととし、必要に応じてご利用者様およびそのご家族様等に対して情報の開示に努めるものとします。

12 協力医療機関

医療機関の名称	所在地	電話番号	診療科	入院設備	救急指定の有・無
京都中部総合医療センター	南丹市八木町八木上野 25	0771-42-2510	内科・外科・眼科・皮膚科・他	有	有
医療法人 清仁会 シミズ病院	京都市西京区山田中吉見町 11-2	075-381-5161	脳外科・整形外科・内科・他	有	有
もみじヶ丘病院	福知山市宇荒木 3374	0773-22-2288	精神科	有	無
一般財団法人 長岡記念財団 長岡ヘルスケアセンター	長岡京市友岡 4 丁目 18 番地	075-951-9201	精神科	有	無
西田医院	南丹市園部町美園町 3 号 3 番地	0771-68-1105	内科・外科・皮膚科・肛門外科・整形外科・他	無	無
川西診療所	南丹市園部町宮町 3 6	0771-62-0139	内科	有	無
大町歯科医院	南丹市園部町上木崎町大將軍 19-1	0771-68-2217	歯科	無	無
高屋歯科医院	南丹市園部町宮町 102 番地	0771-62-2217	訪問歯科	無	無
明治国際医療大学付属病院	南丹市日吉町保野田ヒノ谷 6 番地 1	0771-72-1221	内科・神経内科 外科・整形外科他	有	無

※ 契約の概要・・・委託契約書にて契約している。

13 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「社会福祉法人長生園消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	園部消防署と近隣防災協定を締結し、常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等	別途定める「社会福祉法人長生園消防計画」にのっとり、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、ご利用者様も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	設備有無	設備名称	設備有無
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	なし	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知器	あり	非常用電源	なし
	スプリンクラー	あり		
	カーテン防煙性能のあるものを使用しております。			
	消防署への届出；社会福祉法人長生園 防火・防災管理者：臼井 尚司 グループホーム幸せの里 防火管理者：奥村 雅彦			
消防計画等	社会福祉法人長生園の消防計画に順ずる			

14 事故発生時の対応

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該ご利用者様のご家族様に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

15 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間（9：00～18：00）を遵守し、必ずその都度職員に提出してください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外泊・外出の際は必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出て下さい。
嘱託医師以外の医療機関への受診	協力医療機関以外への受診を希望される場合はご家族様のご協力をお願いします。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。
迷惑行為等	騒音等他のご利用者様の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、他のご利用者様の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	原則として個人にて管理をお願いします。

現金等の管理	現金並びに預貯金については原則として管理いたしません。 ただし、日常生活に必要な金銭の保管管理並びにご本人様及びご家族様からの依頼のあった場合お預かりすることができます。
宗教活動・政治活動	施設内で他のご利用者様に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

16 契約の終了について

契約期間が満了する場合のほか、下記の場合には、本契約は終了します。

(1) 利用者からの契約解除

- ① ご利用者様が、契約終了を希望する日の7日前までに事業者にご文書で契約の解除を申し入れた場合。
- ② ご利用者様が、本契約に付随する運営規程の変更または料金の変更に同意できない場合において、契約の解除を申し入れた場合。

(2) 事業者からの契約解除

- ① ご利用者様が、本契約に付随する運営規程の変更または料金の変更に同意しない場合において、事業者がご利用者様に対して契約の解除を申し入れたとき。
- ② ご利用者様が、契約締結時にご利用者様の心身の状況及び病歴等に関する重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告示を行い、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において、事業者がご利用者様に対して契約の解除を申し入れたとき。
- ③ ご利用者様の利用料金の支払が正当な理由なく3ヶ月間以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日間以内に支払われない場合において、事業者がご利用者様に対して契約の解除を申し入れたとき。
- ④ ご利用者様もしくはそのご家族様が、故意又は重大な過失により事業者又は施設従業者もしくは他のご利用者様等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合において、事業者がご利用者様に対して契約の解除を申し入れたとき。
- ⑤ ご利用者様が、連続して3ヵ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において、事業者がご利用者様に対して契約の解除を申し入れたとき。
- ⑥ ご利用者様が、他の介護保険施設に入所（入院）した場合において、事業者がご利用者様に対して契約の解除を申し入れたとき。
- ⑦ 前記④項記載の事由のほか、ご利用者様等の言動によって、事業者又は施設従業者とご利用者様等との信頼関係が損なわれ、その結果、事業者において本契約を履行することが不可能または著しく困難となり、信頼関係の修復の見込みがないと判断される場合において、事業者がご利用者様に対して契約の解除を申し入れたとき。

(3) 契約の終了後、退所までの施設利用料金については、全額利用者の負担とします。

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開始にあたり、ご利用者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者>

(所在地) 京都府南丹市園部町上木崎町坪ノ内19番地
(名称) 社会福祉法人長生園 グループホーム幸せの里

(代表者名) 理事長 中 村 裕 予 印

(説明者) 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、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の重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

(住所) _____

(氏名) _____ 印

<代理人（選任した場合）>

(住所) _____

(氏名) _____ 印 (続柄)