

グループホーム『モン・サン西山』重要事項説明書

1. 事業主体概要

事業主体名	社会福祉法人 啓正会
代表者名	理事長 清水 信子
所在地	長崎県西彼杵郡時津町西時津郷 173-1
法人の理念	福祉サービスを必要とする者が、心身ともに健やかに育成され、又は、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるとともに、その環境、年齢及び心身の状況に応じ、地域において必要な福祉サービスを総合的に提供されるように援助することを目的として行なう。

2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム モン・サン西山
ホームの目的	認知症対応型共同生活介護事業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、事業所の介護職員が要介護状態であって、認知症の状態にある高齢者に対し、適正な指定認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。
ホームの運営方針	要介護者であって認知症状態にある者について、共同生活住居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、日常生活を営むことができるよう努めるものとする。
入居の条件	認知症の状態である方で要介護認定1～5、または要支援2と判定された方。
退去の条件	退去する場合は退去予定日の最低1ヶ月前までに事業者へ連絡する。
ホームの責任者	施設長 清水 啓宗
開設年月日	平成14年6月10日
保険事業者指定番号	4270102777
所在地	長崎県長崎市西山1丁目2番7号
電話番号・FAX番号	電話番号 095-818-4165 FAX 095-818-4168
交通の便	県営バス 西山東部バス停 徒歩1分
敷地概要(権利関係)	賃貸
建設概要(権利関係)	社会福祉法人 啓正会
居室の概要	全室個室 トイレ付き (13.6㎡～17.3㎡)
共用施設の概要	トイレ(1カ所)、洗面所(1カ所)、浴室、脱衣室、台所、玄関 リビング、ダイニング、その他
緊急対応、防犯防災設備等の概要	ナースコール(各居室)、火災報知器、消火器等 スプリンクラー、防犯カメラ(玄関)

3. 協力医療機関・苦情申し立て機関等

協力医療機関名	1 清水病院 2 米田けんじ歯科
診療科目	1 内科・外科・循環器科・呼吸器科・胃腸科・リハビリテーション科 2 歯科

4. 職員体制

施設長	1人 専任・他の事業所との兼務の別：兼務
管理者	1人(常勤)
計画作成担当者	3人(内2名介護支援専門員)
介護職員	18人以上(常勤21名、非常勤2名)

5. 勤務体制

昼間の体制	常勤 3人 早出 8:00～17:30、8:30～17:30 3人 日勤 8:30～18:00 3人 遅出 9:00～18:00、長遅 10:30～20:00
夜間の体制	3人 夜勤 16:00～翌9:00、 18:00～翌8:00 20:00～翌8:00

6. 利用状況（令和6年4月1日現在）

利用者数（定員）	ユニット数：3（1ユニット当たり定員：9名）総定員：27名
性別	現在の入居者数：27名 男性：5名 女性：22名
平均年齢	平均年齢：87.0歳 最高年齢：99歳 最低年齢：70歳
要介護度別	要支援0名 要介護（①5名 ②7名 ③6名 ④8名 ⑤1名）

7. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助・機能回復訓練・健康管理・相談・援助等は、要介護度に応じて包括的に提供され、介護保険負担割合証に記載された割合の額が自己負担となります。
居室の提供	個室のみ：900円/日（税抜き価格）
食事の提供	1000円/日（税抜き価格）
水道光熱費の提供	500円/日（税抜き価格）
管理費	100円/日（税抜き価格）⇒令和6年7月1日より新たに徴収
加算	<p>認知症対応型処遇改善加算Ⅰ 初期加算：30単位/日 医療連携体制加算(Ⅰ)：(イ)57単位/日 (ロ)47単位/日 (ハ)37単位/日 医療連携体制加算(Ⅱ)：5単位/日 サービス提供体制強化加算：(Ⅰ)22単位/日 (Ⅱ)18単位/日 (Ⅲ)6単位/日 入院時費用：246単位/日(1月に6日限度) 科学的介護推進体制加算：40単位/月 協力医療機関連携加算：100単位/月 or 40単位/月 退居時情報提供加算：250単位/回 高齢者施設等感染対策向上加算：(Ⅰ)10単位/月 (Ⅱ)5単位/月 新興感染症等施設療養費：240単位/日(1月に1回、連続して5日を限度) 認知症専門ケア加算：(Ⅰ)3単位 (Ⅱ)4単位 認知症チームケア推進加算(Ⅰ)150単位/ (Ⅱ)120単位 ※認知症専門ケア加算を算定している場合は、算定負荷 夜間支援体制加算：(Ⅰ)50単位/日 (Ⅱ)25単位/日 口腔・栄養スクリーニング加算：20単位/回(6月に1回を限度) 生活機能向上連携加算：(Ⅰ)100単位/月(3月に1回を限度) (Ⅱ)200単位/月 認知症対応型栄養管理体制加算：30単位/月</p>
おむつその他個人消耗品の費用	<p>はくパンツ 1,500円/袋 尿とりパット 868円/袋 テープ式紙おむつ 1,493円/袋 フラットパット 922円/袋 ワイドパット 670円/袋 ビッグパット 1,380円/袋 通気性ワイドパッド 810円/袋 スーパーワイド 930円/袋 薄型テープ式紙おむつ 2,050円/袋 紙パンツ用パッド 924円/袋 ※税抜き価格となっています</p>

8. ケアプランの作成について

施設サービス計画（ケアプラン）の作成及びその変更は次の通りに行います。

1. 施設の介護支援専門員及び計画作成担当者（以下「計画作成担当者」）にケアプランの原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。
2. 施設の計画作成担当者は、利用者の入居時に課題分析（アセスメント）を行い、ケアカンファレンスを経てケアプランを作成します。以後、定期的にケアプランを変更します。
3. ケアプランの作成は基本的な前項のように行いますが、利用者及び利用者代理人の要請、利用者の状態変化等に応じて、変更の必要性を協議し、ケアプランの変更を行います。
4. ケアプランが変更された場合には、利用者又は代理人に対して書面を交付し、その内容を確認・同意の上で決定します。

9. 所持品について（金銭関係、保険証等の預かりは以下の通り行います。）

1. 持ち物については入所時に職員がチェックを行い、必要でない物に関しては原則 家族に持ち返って頂く様をお願いします。（後から出てきた物に関しては事務所で預かり後日お渡しします。）
 2. 装飾品（指輪・ネックレス・ブレスレット・イヤリング等）については、持ち込みを原則禁止しています。持ち込む場合、紛失・破損等が発生しても当施設では責任を負いかねますので、予めご了承ください。
 3. 金品の預かりは原則行いませんが、お預かりする場合は、「預り金等管理規定」に基づいて管理を行います。
 4. 保険証等の預かりは「保険証等の預り証」を交付し管理を行います。また、更新する度に預り証を交付する事とする。
- ※ 金銭や紛失・破損する物、又は大事にされている物に関しては原則持ち込みを禁止していますが、利用者に持たせる場合は、利用者・家族の管理になりますのでご了承ください。

10. 苦情の受付について

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。

- 苦情受付窓口責任者 統括施設長 清水 啓宗（095-894-7070）
苦情受付窓口担当者 管理者 浦添 大輔（095-848-4165）
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日
- 苦情外部窓口 啓正会 地域医療福祉連携室（095）882-2570
長崎市すこやか支援課 （095）829-1146
長崎県国民健康保険団体連合会介護苦情申し立て専用 （095）826-1599

また、ご意見箱受付ポストを玄関に設置しています。

* 別紙体制手順をご覧ください。

11. 事故発生時の対応

認知症対応型共同生活介護の提供に伴って、事故が発生した場合には、状況の分析を行い、必要がある場合には協力病院に連絡をし、適切な処置を行うと同時に、扶養者若しくは家族等に連絡します。

又、事故及びひやりはと報告書を作成し、事故再発防止に努めます。

12. 緊急時における対応方法

事業所従業者は認知症対応型共同生活介護の提供を行っている時に、利用者に病状の急変・その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関に連絡する等の措置を講じる事とする。

13. 個人情報の利用目的

認知症対応型共同生活事業所では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔認知症対応型共同生活事業所内部での利用目的〕

- ・ 当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・ 介護保険事務
- ・ 介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・ 当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・ 介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプト提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・ 当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・ 当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

14. 秘密の保持について

1. 事業者、介護支援専門員及び事業者が雇用する者は、サービスの提供により知り得た「利用者及びその家族に関する秘密」を正当な理由無く第三者に漏らしません。この守秘義務は利用終了後も同様である。
2. 事業者は、利用者から予め文章で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者個人の情報を用いません。
3. 事業者は、利用者の家族から予め文章で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者個人の情報を用いません。

重要事項説明書（補足）

重度化した場合の対応に係る指針

1. 急性期におけるかかりつけ医師、協力医療機関との連携体制

指定認知症対応型共同生活介護事業所に配置された看護師により、日常的な健康管理を行います。急性期のケアについては、かかりつけ医師や協力医療機関、契約を締結している医師及び看護師とグループホーム職員が中心となり、入居者の症状を的確に把握すると共に、必要に応じて当該看護師により医師や関係機関との24時間連絡体制を確保し連携を図り、入院等の必要な処置を行います。

2. 入院期間における居住費や食費の取り扱い

入院期間中において当施設におけるサービスを全く利用しなかった日は利用料等を徴収いたしません。

3. 看取りに関する考え方

当施設では、入居者及び家族が看取りに関して当施設での生活を希望される場合、かかりつけ医師と施設職員が中心となり、入居者の症状に応じて必要なケアサービスを提供すると共に、必要に応じて協力医療機関と連携をとりながらケアを実施いたします。なお、入居者の症状について、かかりつけ医師や当施設の協力医療機関の医師などが施設生活を継続することが難しいと判断した場合、入居者及びその家族に説明をし、同意を得られた場合は適切な医療機関に入院するための必要な手続きをサポートいたします。

4. 看取りに関する本人及び家族との話し合い、意思確認の方法

看取りケアが必要な場合、入居者の症状や当施設で提供可能なサービス内容について、本人及び家族に対して説明すると共に、どのような看取りケアを望んでいるかについて話し合い、本人及び家族が望む生活が可能となるよう、当施設での生活の継続だけでなく、適切な医療機関への入院なども含めて幅広く検討し、本人及び家族に選択していただけるよう対応いたします。

転倒・転落等の事故によるリスク説明書

モン・サン西山では、入居者様が快適な入居生活を送れます様に安全な環境作りに努めていますが、入居者様の身体状況や病気に伴う様々な原因より、下記の危険性が伴う事を十分にご理解下さい。

1 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの「転落・転倒」等による「骨折・外傷・頭蓋内損傷」等の恐れがあります。

2 グループホームは、原則的に拘束を行わない事から「転倒・転落」による事故の可能性もあります。

3 通常の対応でも、容易に骨折の恐れがあります。

4 軽度の打撲があっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。

5 水分や食べ物を飲み込む力が低下する事があり「誤嚥・誤飲・窒息」を発生する危険性が高くなります。

6 脳や心臓の疾患により「急変・急死」される危険性もあります。

7 全身状態が急に悪化した場合、主治医の判断・救急隊の判断により緊急搬送をすることがあります。

指定認知症対応型共同生活介護事業者利用同意書

指定認知症対応型共同生活介護事業者 グループホーム モン・サン西山 を入居利用するにあたり、重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者による重要な事項の説明を受け、これを十分に理解した上で同意します。

また、サービス担当者会議や介護計画作成等、利用者の支援を目的とする場合には、利用者及び家族の個人情報の提供又は使用について、その趣旨を理解して個人情報の使用について同意します。

令和 年 月 日

〈利用者〉
住 所

氏 名
〈身元引受人〉
住 所

印

氏 名

印

指定認知症対応型共同生活介護事業者
グループホーム モン・サン西山
長崎県長崎市西山1丁目2番7号
理事長 清水 信子

担当者 浦添 大輔 印

【請求書・明細書及び領収書の送付先】

氏名	
住所	
固定電話	
携帯電話	

【緊急時の連絡先】

氏名	
住所	
固定電話	
携帯電話	