

バルツガーデン重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

バルツガーデン（指定第 3290200033 号）

当事業所は契約者に対し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とおり説明します。

※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。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人せんだん会
- (2) 法人所在地 島根県安来市安来町 8 9 9 - 1
- (3) 電話番号 0854-23-7331 FAX 0854-23-7332
- (4) 代表者氏名 理事長 杉原 建

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 認知症対応型共同生活介護事業所
平成 1 9 年 4 月 9 日指定
- (2) 事業の目的 利用者が住み慣れた地域での生活を継続し、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営む事ができることを目的とします。
- (3) 事業所の名称 グループホーム バルツガーデン
- (4) 事業所の所在地 安来市荒島町字前田 2 1 7 7 - 1 4
- (5) 電話番号 0 8 5 4 - 2 8 - 9 2 2 2
- (6) 管理者 小室 里美
- (7) 当事業所の運営方針 利用者一人ひとりの人格を尊重し、地域住民との交流や地域活動への参加をすすめ、住み慣れた地域で、ゆったり安心して、心豊かな暮らしができるように支援します。
- (8) 開設年月 平成 19 年 4 月 1 日
- (9) 登録定員 1 8 名
- (10) 居室等の概要

居室・設備の種類	1 階	2 階
居室数（個室）	9 室	9 室
入居定員	9 人	9 人
居間	1	1
食堂	1	1
台所	1	1
浴室	1	1
消防設備	消火器 自動火災報知機 誘導灯 スプリンクラー	

3. 事業実施地域

通常の事業の実施地域 安来市

※上記以外の地域の方は原則として当事業所のサービスを利用できません。

4. 職員体制

〈職員体制〉

- (1) 管理者 1 人（介護支援専門員、介護職員と兼務）
- (2) 計画作成担当者 2 人（介護職員と兼務）
- (3) 介護職員人員基準に満たす人数
- (4) 看護職員 1 人

〈勤務体制〉

職種	勤 務 体 制
1. 管理者	勤務時間： 8 : 3 0 ～ 1 7 : 3 0
2. 介護支援専門員	勤務時間： 8 : 3 0 ～ 1 7 : 3 0
3. 介護職員	主な勤務時間： 8 : 3 0 ～ 1 7 : 3 0 夜間の勤務時間 1 6 : 3 0 ～ 9 : 3 0 その他、利用者の状況に応じた勤務時間を設定します。
4. 看護職員	勤務時間： 9 : 0 0 ～ 1 7 : 0 0

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、ご利用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、以下の 2 つの場合があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金から介護保険負担額を除いた自己負担額となります。

〈サービスの概要〉

① 日常生活の援助

日常動作能力に応じて、必要な介助を行います。

② 健康管理

血圧測定など利用者の全身状態の把握し病状が変化し重度になった場合利用者本人、ご家族の意向、及び医師の診断や指導に基づき可能な限り対応します。

③ 機能訓練

利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。また、外出の機会の確保その他利用者の意向を踏まえた地域社会生活の継続のための支援を行います。

④ 食事支援

- ・食事の提供及び食事の介助をします。

⑤ 入浴支援

- ・入浴または清拭を希望、必要に応じて行います。
- ・衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います。

⑥ 排泄支援

- ・利用者の状況に応じて適切な排泄の介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行ないます。

〈サービス利用料金〉

下記の料金表によって、ご利用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自己負担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に

応じて異なります)

認知症対応型共同生活介護費（１日につき）

ご利用者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービスに係る自己負担額	753 円	788 円	812 円	828 円	845 円

短期利用共同生活介護費（１日につき）

ご利用者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービスに係る自己負担額	781 円	817 円	841 円	858 円	874 円

加算について

初期加算	1 日 30 円 入居されてから 30 日間
サービス提供体制強化加算 I	1 日 22 円
介護職員等処遇改善加算 I	介護度別料金+加算の合計金額に 1000 分の 18.6 に相当する額
認知症専門ケア加算 I	1 日 3 円 認知症日常生活自立度Ⅱ以上の割合が 1/2 以上になった場合に、ケアに関する伝達又は指導を実施
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	10 円/月
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	5 円/月
若年性認知症利用者受け入れ加算	120 円
協力医療機関連携加算	100 円/月(対象者のみ)

☆ ご利用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となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ 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、ご利用者の負担額を変更します。

(2) 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利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

ア. 家賃（利用者の使用される部屋料です。）

料金：一ヶ月あたり 45,000 円(税込み)

イ. 食事の提供（利用者に提供する食事に要する費用です。）

料金：1 日 1,500 円（1 食でもご利用された場合は、1 日当たりの食費をいただきます）

（朝食 300 円 ・ 昼食 650 円おやつ代込み ・ 夕食 550 円）

ウ. 水道光熱費その他使用料（利用者に直接必要な電気・ガス・水道等の使用料）

料金：1 ヶ月当たり 12,000 円

エ. 共益費

料金：1 ヶ月当たり 5,000 円

オ. レクリエーション、クラブ活動

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。

（利用料金：材料代等の実費をいただきます。）

カ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用は実費とさせていただきます。

キ. 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が、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10 円

☆ 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カ月前までにご説明します。

☆ 一時的な入院等の場合でも、家賃、水熱光費、共益費は頂きます。

☆ ご利用者が入院のために、長期にわたり不在となる場合は、入居者及び家族の同意を得て、短期利用共同生活介護の居室に利用することがあります。なお、この期間の家賃、水熱公費、共益費等の経費については入居者ではなく、短期利用共同生活介護の利用者が負担するものとしします。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し自動口座引き落としの方法により翌月15日までにお支払い下さい。手続等は契約時にご説明いたします。

(4) 認知症対応共同生活介護計画について

認知症対応共同生活介護サービスは、利用者一人ひとりの人格を尊重し、地域の交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、その人らしい暮らしを支援するものです。

事業者はご契約の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、ご利用者と協議の上で認知症対応型共同生活介護計画を定め、またその実施状況を評価します。計画内容及び評価結果等は書面に記載してご利用者または身元引受人に説明の上交付します。

(5) 第三者による評価の実施状況について

実施日 令和4年11月10日
評価機関の名称 有限会社 保健情報サービス
評価の開示状況 有

6. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所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）

土江 譲 電話 0854-28-9222

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

また、苦情受付ボックスを施設内に設置しています。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

安来市役所 介護保険課	電話番号（0854）23－3290 受付時間 9：00～17：00
国民健康保険団体連合会	電話番号（0852）21－2811 受付時間 9：00～17：00
苦情処理第三者委員	若槻昌子（電話番号）0854－28－8912 入江明美（電話番号）0854－28－8519

7. 運営推進会議の設置

当事業所では、認知症対応型共同生活介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

〈運営推進会議〉

構 成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村職員、地域包括支援センター職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等

開 催：隔月で開催。

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

8. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各ご利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

〈協力医療機関・施設〉

社会医療法人 昌林会 安来第一病院

住所 島根県安来市安来町 899-1

電話 (0854) 22-3411

9. 非常火災時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。また、避難訓練を年2回、ご利用者も参加して行います。

〈防火管理者〉土江 譲

〈消防用設備〉・自動火災報知機 ・非常通報装置 ・誘導等 ・消火器 ・スプリンクラー

10. 緊急時について

①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、家族に連絡を取るとともに主治医、又は協力医療機関と連携をとり適切な処置をいたします。

②急を要する際は、直ちに救急車に連絡をし、家族に連絡します。

緊急時の連絡先	氏名	関係	住所	電話
	主治医		電話	
	緊急搬送病院		電話	

11. 事故発生時の対応

①サービスの提供にあたり事故が発生した場合

- ・看護職員または、介護職員が初期処置を行います。(血圧測定、脈拍測定、問診、病状等把握)
- ・家族または身元引受人に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

- ・緊急を要する場合においては救急車の依頼を行います。
- ②利用者に賠償すべき事故が発生した場合は原因の発生等を解明し家族、利用者等を交え協議し、損害賠償を速やかに行います。ただし、事業者が故意・過失がない場合にはこの限りではありません。
- ③事故が発生した場合には再発生を防ぐため職員全員で対策について話し合い処遇を改善します。

12. サービス利用にあたっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- 事業所内の設備や器具は本来の用法に従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、弁償していただく場合があります。
- 福祉用具（車椅子・歩行器・杖等）は、必要時、ご準備ください。
- 排泄用品（リハビリパンツ・パット・おむつ等）は、準備、補充をお願いします。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金の持ち込みはお断りします。
- かかりつけ医への定期受診は職員に相談の上、ご家族の介助をお願いします。状態の変化に伴う受診をご家族にお願いすることがあります。
- 喫煙はお断りします。
- 直接面会、及びオンライン面会を希望される方は日時をお知らせ下さい。（感染症流行時には、直接面会の自粛のお願いをすることがあります）面会時の食品の持ち込みは、感染症予防のためお断りします。利用者様への差し入れは、職員へお預け願います。外出のご希望は職員に申し出てください。
- 事業所内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

13. 退居について

次の事項に該当する場合には、事業者から、契約を解除することができます。

- 介護認定で要支援、自立と認定された場合
- 利用料その他の費用を2ヶ月以上遅延し支払われない場合
- 慢性疾患が悪化して1ヶ月以上の入院を必要とする場合
- 伝染性疾患により他の契約者の生活または健康に多大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認め、契約者の退居の必要がある場合
- 他の利用者の安全で安心な生活に多大な影響を及ぼし、施設の体制では対応が困難と事業者が判断した場合
- 自傷他傷の恐れがある場合
- 契約者または契約者代理人が故意に法令その他当事業所の契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがない場合

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。

社会福祉法人 せんだん会 荒島ふれあいの郷
グループホーム バルツガーデン

説明者職名 氏名 _____ 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、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 _____

氏名 _____ 印

代理人
(身元引受人) 住所 _____

氏名 _____ 印