

グループホーム ホコホコ 重要事項説明書

1 法人の概要

法人名	有限会社 希ぼうの里
代表者名	堀井 博文
所在地	三重県伊賀市依那具1004
連絡先	Tel・Fax 0595-23-7389

2 事業所の概要

施設名称	グループホーム ホコホコ
施設種別	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
開設年月日	平成15年6月1日
施設長(管理者)	堀井 恵子
計画作成担当者	堀井 俊希
所在地	三重県伊賀市依那具1004
連絡先	Tel・Fax 0595-23-7389

3 建物の概要

構造	木造平屋建て(民家改修型)
敷地面積	555、73㎡
延床面積	248、82㎡
居室概要	占有面積 11、03㎡(全室個室×9室) 介護用ベッド・クローゼット・チェスト・椅子・エアコン・カーテン
共用部分概要	台所・食堂・居間・洗面・浴室・脱衣場・洗濯室・事務(夜勤)室・スタッフルーム・テラス
安全設備	スプリンクラー設備・自動火災報知設備・火災通報装置・誘導灯・非常照明・消火器 ナースコール(各居室、トイレ)

4 認知症対応型共同生活介護の内容・提供場所

内容	小規模な家庭的な環境の中で、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上のお世話を提供します。認知症高齢者の一人ひとりのペースに合わせて職員と共同で買物、食事、散歩等の生活を送ることにより、認知症の進行を穏やかにし、問題行動を減少させるとともに精神的に安定した生活を送っていただく共同生活住居です。
利用日	毎日
提供場所	グループホーム ホコホコ

5 提供するサービスの概要

食事の介助	・利用者の身体状況と栄養に配慮した、食事を提供します。また、身体状況に応じて食事の介助を行います。 ・食事の調理、盛りつけ、配膳、下膳、食器の洗浄等の作業は、できるだけ利用者と職員が共同で行います。
排泄の介助	・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います。 ・オムツを使用されている利用者については適宜の交換を行うとともに、必要な場合はこれを超えて交換し、適宜トイレへの誘導を行います。
入浴の介助	・週2回以上の入浴または必要に応じ適宜清拭を行います。 ・利用者本人の希望時に入浴することができます。(10:00~20:00)
着替え等の介助	・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。 ・シーツ交換は必要に応じ適宜交換します。
健康管理	・毎日のバイタルチェックや必要時の協力医院等の病院受診を支援します。 ・定期的な病院受診や体調変化による緊急受診は、ホームで対応します。
夜間の介助	・夜勤スタッフが個々の利用者の介護計画に基づいた支援を行います。また、1時間毎の巡回により安眠を支援します。

6 職員の員数と勤務体制

職員の員数	常勤(専任4名)・非常勤(5名)
日勤帯	6:00~21:00(15時間) 介護職員のお世話提供時間を延べで24時間以上とします。
夜勤帯	21:00~6:00(9時間) 介護職員1名がお世話します。また、事業者による夜間支援体制を整えています。

7 医療関係

協力医療機関	宮本医院 Tel 0595-21-4719 まついけ歯科 Tel 0595-22-0118
緊急時の対応	認知症対応型共同生活介護の提供中に、利用者の病状に急変が生じた場合は主治医、救急隊、ご家族等への連絡をいたします。

8 事故発生時の対応

第一発見者	その日の勤務スタッフと協力して、応急手当と通報を行います。
通報の手順	1事業者(堀井博文)に連絡・・・事業者不在の場合はホーム長・管理者に報告する。 2消防署・病院に通報・・・生命にかかわる事態については通報を最優先します。 3ご家族に報告・・・緊急時の処置を優先させていただきます。 4県・市・関連機関に事故発生時の状況と対応状況の報告を行います。

9 利用料

費用の支払方法	毎月10日当月分前払い(指定口座への振込)
入居一時金	不 要
退去時の精算方法	日 割
月額利用料金	3,700円/日 <月額利用料金の内訳>→下記料金の詳しい内容は、別紙利用料金内訳一覧表による 居住費(家賃) 1,500円/日 食費・生活費 1,480円/日(消費税込み) 共益費(水光熱費油共) 720円/日(消費税込み)
介護給付費の自己負担	介護度に応じて支払われる介護給付費の自己負担分(1割~3割) <下記の1日あたりの単位数合計に地域区分7級地単価10、14円を乗じた金額の自己負担分> 認知症対応型共同生活介護費(I) 要支援2 761単位、 要介護1 765単位、 要介護2 801単位 要介護3 824単位、 要介護4 841単位、 要介護5 859単位 夜間支援体制加算 I 50単位 初期加算 30単位(入居日から30日) サービス提供体制加算 I 22単位 介護職員等処遇改善加算 I 総報酬単位数に加算率18.6%を乗じた単位数 <上記介護給付費の内容は、令和6年度介護報酬の改定による>
その他の費用	医療費と個人的な費用(オムツなど)は自己負担となります。
費用・利用料の改定規程	経済情勢の変動、租税公課の増額、近隣施設の利用料との比較により著しく不相応となった場合は費用・利用料を改定します。
入居者保険の有無	傷害保険加入の検討をお願いします。
損害賠償の有無	入居者の責めに基づき、汚損・破損もしくは滅失した場合はその代価の支払をお願いします。

10 入退居

(1) 要支援2以上であって認知症の状態にある高齢者のうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない方を対象とさせていただきます。
(2) 主治医の診断書等により認知症の状態にある高齢者であることを確認させていただきます。
(3) 入居者の入退居については、医師の判断等により入院治療を必要とする場合及び入居者に対し必要なサービスを提供することが困難である場合は、適切な他の介護保険施設、医療機関を紹介する等の必要な措置を講じます。
(4) 入居者の退去に際しては、適切な指導を行うとともに居宅介護支援事業者等への情報の提供及び保険・医療・福祉サービスの提供者との密接な連携に努めます。
(5) 14日以上入院が必要な場合は相談の上、一時退去とさせていただきます。ただし、入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、本人及び家族(利用者代理人)の希望を勘案し、やむを得ない事情がある場合を除き退院後の受け入れ態勢を確保します。

11 秘密保持

秘密保持の厳守	契約書、第18条の秘密保持について、職員が退職した後も知りえた秘密や個人情報を決して漏らすことのないよう、雇用契約書にその旨を明記しています。
---------	---

12 相談・苦情窓口

相談窓口	グループホーム ホコホコ（担当者 堀井博文） TEL・FAX 0595-23-7389 三重県国民健康保険団体連合会 TEL 059-222-4165 伊賀市介護高齢福祉課（保険者） TEL 0595-26-3939
------	--

令和 年 月 日

説明者名

Ⓜ

私は本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認し、同意します

（利用者）

住所

氏名

Ⓜ

（利用者代理人）

住所

氏名

Ⓜ

（身元引受人）

住所

氏名

Ⓜ