

利用案内

利用約款・重要事項説明書
【短期入居】



医療法人 上善会

グループホーム星のふる里

電 話 0980-88-8000

F A X 0980-88-8050

- g●当施設は利用者様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。

1 事業者の概要

事業者の名称	医療法人 上善会
法人所在地	沖縄県石垣市字新川2124番地
代表者名	理事長 東上 震一
電話番号	0980-83-5600

2 グループホーム星のふる里の概要

名 称	グループホーム星のふる里
所 在 地	沖縄県石垣市字新川2105番地
介護保険事業者番号	4 7 7 0 7 0 0 1 7 9
管 理 者 名	貝盛 三男
建物・居室等概要	鉄筋コンクリート造平屋建て< 延べ床面積 330㎡> ・居室9室(各室 9.90 ㎡) ・居間兼食堂 ・台所 ・浴室 ・脱衣及び洗濯室 ・トイレ ☆利用者様から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します また、利用者様の心身の状況により居室を変更する場合があります その際には、利用者様やご家族等と協議のうえ決定するものとします
利 用 定 員	9 名

3 事業の目的

要介護者で認知症状態にある利用者様について、家庭的な雰囲気の中で日常生活上のお世話や機能訓練を行うことにより、利用者様が自立した日常生活を送れるよう支援することを事業の目的とします。

4 運営方針

- ① 利用者様の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者様の心身の状況を踏まえながら行います。
- ② 利用者様がそれぞれの役割を持って、家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮いたします。
- ③ 認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行います。
- ④ サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者様又はそのご家族に対してサービスの提供方法等について理解しやすいように説明いたします。
- ⑤ 利用者様の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除いて、身体的拘束その他利用者様の行動を制限する行為はいたしません。
- ⑥ 介護の質の評価とその改善を図って、より良いサービスの提供を行うよう努めます。

5 職員体制

グループホーム星のふる里の職員の職種、人員及び職務内容は次のとおりです。

職 種	員 数	職 務 内 容
管理者	1名(常勤)	サービスの申し込みに係る調整、サービスの管理、介護従業者の管理・監督・指導を行います
計画作成 担当者	1名(常勤)	利用者様の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等記載した認知症対応型共同生活介護計画を作成します
看護職員	1名以上	訪問看護師による検温、血圧測定等の健康チェック等を行ないます
介護従業者	8名以上	利用者様の心身の状況に応じ、利用者様の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術でもって介護サービスを提供いたします

6 サービスの内容

グループホーム星のふる里が提供するサービス内容は次のとおりです。

利用者様の日常生活を24時間体制でケアサポートいたします。

① 日常生活の介助

食事介助	○食事介助が必要な方には介護職員が支援します
排泄介助	○気持ちよく排泄ができるよう、利用者様の心身の状態にあわせて支援します
整容	○必要に応じてその都度お着替え、身の回りのお手伝いをします
入浴介助・清拭	○利用者様にあらかじめ入浴希望日をうかがいます ○体調不良などで入浴できないときは清拭し身体の清潔を保ちます
離床援助	○寝たきり防止のため離床に配慮します
屋外散歩の同行	○買い物や昼食、野外活動、散歩などの外出
介護従業者との 共同の家事	○利用者様と介護職員共同での買い出しと調理 ○食事の盛りつけや配膳 ○居室の清掃、衣類の洗濯など

② 生活改善、向上のための介助

施設生活における役割 の再編	○利用者様一人ひとりが持っている能力を最大限に引き出し生活の適応性を目指します
地域社会との交流	○地域行事への見学や参加、季節の行事等での外出
趣味	○おやつ作り、歌、体操、趣味(折り紙・書道・手工芸など)を行います
理容・美容	○なじみの理髪店や美容院へ家族の方と一緒に出かけ、身だしなみとおしゃれができるよう支援します

③ 生活相談

○利用者様とご家族からの介護に関するご相談に応じます

7 入居に当たっての禁止事項

- ① 銃砲刀剣、爆発物、発火物、有毒物等の危険な物品等を搬入、使用、保管すること。
- ② 大型の金庫その他の重量の大きな物品等を搬入し、又は備え付けること。
- ③ 配水管その他を腐食させるおそれのある液体を流すこと。
- ④ テレビ、ステレオ等の操作、楽器の演奏等により、大音量で近隣に著しい迷惑をあたえること。
- ⑤ 猛獣、毒蛇等の明らかに近隣に迷惑をかける動植物を飼育すること。
- ⑥ 観賞用の小鳥、魚等であつて明らかに近隣に迷惑をかける恐れのない動植物以外の犬、猫等の動物や植物を施設又は敷地内で飼育すること。
- ⑦ 居室及びあらかじめ定められた場所以外の共用部分又は敷地内に物品を置くこと。
- ⑧ 施設内において、営利その他の目的による勧誘、販売、宣伝、広告等の活動を行うこと。
- ⑨ 居室の改造、居室の造作の改造を伴う模様替え、敷地内における工作物の設置。

8 サービス利用料金

提供されたサービスが法定代理受領サービスの場合、利用者様の負担割合に応じた額の支払いとなります。法定代理受領サービスでない場合は、介護報酬基準額の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えて石垣市に居宅介護サービス費の支給申請(利用者負担額を除く)を行ってください。

① 基本料金 (1日あたり)

要介護度別	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
サービス利用料金	7,930円	8,290円	8,540円	8,700円	8,870円
1割負担	793円	829円	854円	870円	887円
2割負担	1,586円	1,658円	1,708円	1,740円	1,774円
3割負担	2,379円	2,487円	2,562円	2,610円	2,661円

② 医療連携体制加算(Ⅰ)ハ

訪問看護ステーションとの連携により看護師を配置し、24時間の連絡体制や利用者が重度化した場合の指針を定めるなどにより、利用者の日常的な健康管理や医療ニーズに対して適切な対応が取れる体制を整備している場合に算定します。

医療連携体制加算(Ⅰ)ハ	370円/日
1割負担	37円/日
2割負担	74円/日
3割負担	111円/日

③ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

24時間サービス提供が必要な施設サービスにおいて、安定的な介護サービスの提供を確保するため、介護職員のうち介護福祉士が70%以上配置されている場合に加算されます。

サービス提供体制加算(Ⅰ)	220円/日
1割負担	22円/日
2割負担	44円/日
3割負担	66円/日

④ 若年性認知症利用者受入加算（４０才以上６５才未満の方）

４０歳から６４歳までの利用者を対象に介護サービスを行った場合に算定します。

若年性認知症の方を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供します。

若年性認知症利用者受入加算	1,200円/日
1割負担	120円/日
2割負担	240円/日
3割負担	360円/日

⑤ 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ

※「介護職員等処遇改善加算」は、介護施設、事業所で従事する介護職員及びその他の職員の待遇改善を目的に創設され、介護現場で働き続けることが出来るよう、賃金改善、資格、経験、キャリアアップ支援や職場環境の改善等、処遇改善の取り組みを行う介護施設、事業所へ加算として算定します。

利用料	利用者負担額	備考
所定単位数の 20.2%	左記の1割から3割	基本料金に各種加算減算を加えた総単位数 (所定単位数)

介護保険給付の対象とならないサービス

内 容	料 金
家 賃	36,000円/月
食 事 費	45,000円/月
水道光熱費	9,000円/月
おむつ代	実 費
理美容代	実 費

☆経済状況の変化や、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内容と事由について、ご説明します。

☆月の途中で入居又は退居した場合の家賃及び食事費は、月額を30で除した額に利用日数を乗じた額をいただきます。

☆利用料金のお支払い方法

利用料は1ヵ月ごとに計算し、翌月15日までに前月分をご請求します。支払い方法については相談に応じますのでお申し出下さい。

利用料の支払を受けた際には領収書を交付いたします。

9 非常災害対策の対応

利用者様の避難等について適切な措置を講じ、管理者は具体的な対処方法、避難経路及び協力医療機関との連携方法を確認します。また、非常災害に備え定期的に避難訓練を行います。

10 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、速やかに利用者様がお住まいの市町村、ご家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

利用者様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

ただし、利用者様側に過失がある場合には双方協議の上決定することとします。

不可抗力(天変地異など)による場合、事業者は責任を負いかねます。

◆ 苦 情 処 理 体 制 ◆

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、苦情受付窓口までお気軽にご相談下さい。また、ご意見箱を設置しておりますので文書で投函することもできます。受付しました苦情等は、責任をもって調査・改善をさせていただきます。

窓口担当者	担 当 者 管理者 貝盛 三男 受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分 ◎電 話 0980-88-8000 FAX 0980-88-8050
石 垣 市 役 所 介 護 長 寿 課	住 所 石垣市真栄里 672 番地 受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時 電 話 0980-82-7158 FAX 0980-83-5525
沖縄県国民健康 保険団体連合会	介護サービス苦情処理相談窓口 住 所 那覇市西3丁目14番18号(国保会館) 受付時間 毎週月曜日～金曜日 ◎電話・FAX 098-860-9026
沖縄県福祉サービス 運営適正委員会	住 所 那覇市首里石嶺町4-373-1 (沖縄県総合福祉センター内) 受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前9時～午後5時 ◎電 話 098-882-5074 FAX 098-882-5714

11 協力医療機関

利用者様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下記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。

医療機関	名 称 医療法人上善会 かりゆし病院 住 所 石垣市字新川 2 1 2 4 番地 電 話 0 9 8 0 - 8 3 - 5 6 0 0
協力歯科	名 称 サザン歯科クリニック 住 所 石垣市登野城 2 - 6 サンドリバービル 2 階 電 話 0 9 8 0 - 8 3 - 4 6 5 8

12 秘密保持について

- ① 従業者は、業務上知り得た利用者様及び、ご家族様の秘密を漏らしません。
- ② 従業者であった者に、業務上知り得た利用者様及びご家族の秘密を保持するため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- ③ 他の介護サービス事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、事前に本人、家族より確認を得た上で、同意の文書にて利用者様の又はご家族様の個人情報を用います。

13 身体拘束の禁止について

当施設は、原則として利用者様に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者様本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者様に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

14 高齢者虐待防止について

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を年2回以上実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者(管理者)を置く。
- (5) 従業者が虐待等を把握した場合には、速やかに市町村へ通報し、その発生原因等についての調査に協力する。

15 業務継続計画の策定等について

- 1 事業所は、感染症や非常災害発生時において、利用者に対する介護サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講ずるものとする。
- 2 事業所は従事者に対し、当該業務継続計画について説明、周知するとともに、必要な研修及び訓練を年2回以上実施するものとする。
- 3 事業所は、定期的な業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

16 その他運営に関する重要事項

- ① 従業者の資質向上を図るため定期的に研修を行っています。
- ② 利用施設、食器やその他の設備、飲用水について衛生的な管理に努めます。
- ③ 施設内で感染症が発生し、又はまん延しないよう必要な措置を講じるよう努めます。
- ④ サービス提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人保健施設、病院、介護老人福祉施設、歯科診療所等との間の連携及び支援の体制を整えます。
- ⑤ 利用者様が退居されるときは、退去後の生活環境と介護の継続性に配慮して利用者様とご家族に対して必要な援助を行います。
また、居宅介護支援事業所への情報提供、保健医療サービス又は福祉サービス機関等との密接な連携に努めます。

個人情報について

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- 一 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- 二 上記の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合
- 三 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院等へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合
- 四 事故防止、安全確保のため居室にかける氏名・写真の掲示
- 五 家族等の面会時における居室の案内
- 六 事業所がサービス利用者等に提供する介護サービス
- 七 介護保険事務
- 八 介護保険サービス利用者に関する管理運営業務
- 九 他の事業所へ情報提供を伴う業務

2 個人情報を提供する事業所

- 一 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- 二 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- 一 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う
- 二 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する

説 明 年 月 日	令和 年 月 日
-----------	----------

当施設は、重要事項説明書に基づき認知症対応型共同生活介護のサービス内容と重要事項の説明、個人情報利用について同意を得て文書を交付しました。

事業者	所 在 地	沖縄県石垣市字新川2124番地
	法 人 名	医療法人 上 善 会
	代 表 者 名	理 事 長 東上 震一
	事 業 所 名	グループホーム星のふる里
	説 明 者 氏 名	印

重要事項説明書に基づき認知症対応型共同生活介護のサービスの内容と説明を受け、個人情報利用について同意し文書の交付を受けました。

☐行事・ボランティア公演等の広告紙等掲載への撮影について同意される場合はチェックをお願い致します。

利用者	住 所	
	氏 名	印

御家族様	住 所	
	氏 名	印

連帯保証人	住 所	
	氏 名	印