

グループホームなごみの里伊勢田

重 要 事 項 説 明 書

(指定認知症対応型共同生活介護事業・指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業)

1. 事業主体概要

法人名	社会福祉法人宇治明星園
所在地	〒611-0022 京都府宇治市白川鍋倉山22番地の10
代表者職氏名	理事長 中島 研
法人の理念	地域に開かれた地域に根ざした地域住民に支えられた施設づくり
他の介護保険関連の事業	介護老人福祉施設2ヶ所、通所介護3ヶ所、 短期入所生活介護3ヶ所、居宅介護支援事業所3ヶ所 認知症対応型共同生活介護事業1ヶ所 地域密着型介護老人福祉施設1ヶ所 小規模多機能型居宅介護1ヶ所 地域包括支援センター1ヶ所（支所1ヶ所）
他の介護保険以外の事業	養護老人ホーム1ヶ所、ケアハウス1ヶ所、子ども園1ヶ所

2. ホーム概要

事業所の名称	グループホームなごみの里伊勢田
所在地	〒611-0043 京都府宇治市伊勢田町毛語45番地
電話番号／FAX番号	0774-41-5355／電話番号と同じ
開設年月日	平成13年10月27日
保険事業者指定番号	2671200331
利用定員	1ユニット 6名
管理者氏名	山崎 真知子

事業の目的	社会福祉法人宇治明星園が設置するグループホームなごみの里伊勢田（以下、「事業所」という。）において実施する指定認知症対応型共同生活介護（指定介護予防認知症対応型共同生活介護）事業（以下、「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の管理者及び計画作成担当者、指定認知症対応型共同生活介護（指定介護予防認知症対応型共同生活介護）従業者（以下、「介護従業者」という。）が、認知症の症状を伴う要介護状態（要支援状態）の利用者に対して、適切な指定認知症対応型共同生活介護（指定介護予防認知症対応型共同生活介護）（以下、「サービス（介護予防サービス）」という。）を提供することを目的とする。
運営方針	1. サービスの提供にあたって、認知症の症状によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、心身の特性を踏まえ、尊厳ある自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練等必要な援助を行うものである。 1－2. 介護予防サービスの提供にあたって、認知症の症状によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、心身の特性を踏まえ、尊厳ある自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練等必要な援助を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。 2. 利用者の認知症状の進行や緩和や悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。 3. 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス（介護予防サービス）の提供に努めるものとする。 4. 事業の実施にあたっては、利用者の所在する市町村、連携する介護老人福祉施設や介護老人保健施設、協力医療機関に加え、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者、地域住民等との連携に努めるものとする。
敷地概要（権利関係）	敷地所有者 瓦谷 泰浩
建物概要（権利関係）	構造：木造二階 延床面積：179.90 m² 建物所有者 社会福祉法人 宇治明星園
居室の概要	個室 5.7畳（9.13 m²） 吊戸棚備え付け テレビ持込可 備え付け家具はなし

共用施設の概要	食堂・リビング（床暖房完備、テーブル・椅子・食器棚・食器類等日常生活に必要な設備や備品等を備えています） トイレ（２ヶ所）洗面所（１ヶ所） 浴室（個浴、浴室暖房完備） 和室（８畳、ソファ設置、縁側あり）
緊急対応方法	宇治消防署への連絡

3. 従業者体制

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	職務内容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	１人		１			介護福祉士 介護支援専門員	従業者の管理、利用申込に係わる調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。
計画作成担当者	１人		１			介護支援専門員	利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境を踏まえて、具体的なサービス内容等を記載した（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成・運用・管理します。
介護従事者	１３人	１	１	１１		介護福祉士３名 正看護師１名 認知症介護基礎研修修了６名／介護職員初任者研修修了２名	利用者の心身の状況を的確に把握し、サービス計画に基づく入浴、排泄、食事その他の日常生活の介護、相談、援助業務等を行います。

4. 勤務体制

職 種	勤 務 体 制	
管理者	日勤の時間帯（８：３０～１７：００）常勤で随時勤務	
計画作成担当者	日勤の時間帯（８：３０～１７：００）常勤で随時勤務	
介護従業者	早出（７：００～１５：３０） 日勤（８：３０～１７：００） 遅出（１５：３０～２０：３０） 夜勤（１７：００～翌８：３０）	昼間（７：００～２０：３０）は２名の職員を配置 夜間（２０：３０～７：００）は１名の職員を配置

5. サービスの内容

種 類	内 容
食 事	・利用者の身体状況に配慮し、季節の野菜や年中行事に合わせた食材を利用し、利用者と一緒に献立をたて、バラエティーに富んだ食事を提供します。 ・調理、配膳、後片付け等利用者との共同作業により食事を提供し、認知症の症状の緩和に努めます。

	・朝食 7 : 0 0 ~ ・昼食 1 2 : 0 0 ~ ・夕食 1 8 : 0 0 ~
排 泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ・排便については、便秘に効果のある食材を使用し、適度な運動等で改善を図り、医師の指示により必要に応じて下剤の調整を行います。
入 浴	・入浴又は清拭を行い、利用者の清潔保持に努めます。 ・適時、身体状況に応じた適切な介助を行います。
着替え・整容	・生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・シーツ交換は 1 0 日に 1 回実施します。布団干しは随時行います。
日常生活	・居室内清掃、衣類の洗濯 ・行政手続きの代行
機能訓練	・屋外散歩の同行 ・家事（調理、掃除、洗濯物をたたむ等）や共同作業（畑仕事、趣味活動等）により生活機能の維持、改善に努めます。 ・体操やレクリエーションの実施。
健康管理	・日々のバイタルチェックとともに体調に異変がある際は、主治医へ連絡し指示を仰ぎます。緊急の場合は、医療機関への受診又は救急搬送等の対応を行います。 ・利用者及び家族が外部の医療機関を希望し受診される場合は、その付き添いや介添えは家族で対応をお願いします。
相談及び援助	・利用者及び家族からのいかなる相談についても、誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 ・相談窓口担当者 管理者：山崎真知子

6. 利用料金

（１）認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）の介護保険自己負担額 介護保険 1 割負担分

状態区分	1 ヶ月（30日）あたりの負担分	1 ヶ月（30日）の合計金額 （加算分を合わせたもの）
要支援 2	2 3 , 4 1 6 円	2 7 , 2 3 7 円
要介護 1	2 3 , 5 3 9 円	2 7 , 4 8 0 円
要介護 2	2 4 , 6 4 8 円	2 8 , 7 3 4 円
要介護 3	2 5 , 2 6 4 円	2 9 , 5 3 6 円
要介護 4	2 5 , 8 8 0 円	3 0 , 1 2 8 円
要介護 5	2 6 , 4 3 5 円	3 0 , 7 5 4 円
認知症ケア加算 I	30日あたり 93円（全介護度共通） ※事業所が、別に厚生労働大臣が定める者に対し専門的な認知症ケアを行った場合に 1 日につき 3 単位が加算される。	
介護職員処遇改善加算 新加算 II	1 月につき基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に、サービス別加算率（17.8%）を乗じた単位数で算定される。 ※介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市町村に届け出た事業所が、利用者に対しサービス（介護予防サービス）を行った場合は、当該基準に従い加算される。	
サービス提供体制強化 加算 I	1 日あたり 23円（全介護度共通） ※指定認知症対応型共同生活介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数 10 年以上の介護福祉士の総数が 25%以上で	

	あれば、1日につき22単位が加算される。
初期加算	初回1月に925円（全介護度共通） ※入居した日から30日以内は「初期加算」として1日30単位の加算がされる。

※介護報酬の改定に伴い、料金については変更される可能性もあります。その際は事前にお知らせします。

※ただし、65歳以上で一定以上の所得のある利用者は、負担割合が2割もしくは3割（平成30年8月1日適用）になります。

（2）短期利用共同生活介護（介護予防短期利用共同生活介護）の介護保険自己負担額

介護保険1割負担分

状態区分	1日あたりの負担分	1日あたりの合計金額 (加算分を合わせたもの)
要支援2	811円	981円
要介護1	815円	986円
要介護2	852円	987円
要介護3	876円	1,029円
要介護4	894円	1,060円
要介護5	910円	1,100円
介護職員処遇改善加算 新加算Ⅱ	1月につき基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に、サービス別加算率（17.8%）を乗じた単位数で算定される。	
サービス提供体制強化 加算Ⅰ	1日あたり23円（全介護度共通） ※指定認知症対応型共同生活介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の総数が25%以上であれば、1日につき22単位が加算される。	

※介護報酬の改定に伴い、料金については変更される可能性もあります。その際は事前にお知らせします。

※ただし、65歳以上で一定以上の所得のある利用者は、負担割合が2割もしくは3割（平成30年8月1日適用）になります。

（3）介護保険給付外費用

家賃	44,000円/月 (地代・駐車場・建物設備等費用を基礎として算定)
食材料費	朝食300円/食 昼食600円/食 夕食600円/食 ※外出外泊及び入院等により欠食された場合は、その日数分を減額します。
光熱水費	20,000円/月
共益費	10,000円/月 (収受している項目：建物保守費・保険料・修繕費・居室に係る光熱費等)
送迎費（個人の事由による移送サービス通院、外出、外泊等の際の送迎）	片道500円 ※事前連絡をいただいた場合に限りです。日程によりお断りする場合があります。
家電製品持込料	家電製品1台につき 1日50円

その他経費（嗜好品、理美容代、オムツ代等）	実費負担
入居一時金	不要
備考	※家賃、共益費、光熱水費については、利用者の月の途中における入退所の場合は、当該月の在籍日数が15日以内で半額とします。

(4) 短期利用共同生活介護の介護保険給付外費用

滞在費	2,200円/日
食費	朝食300円/食 昼食600円/食 夕食600円/食
家電製品持込料	家電製品1台につき 1日50円
その他経費（嗜好品、理美容代、オムツ代等）	実費負担
入居一時金	不要
利用者が入院等により、長期にわたり不在となる場合（空床時の対応）	利用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、この期間の家賃等の経費については利用者ではなく、短期利用共同生活介護の利用者が負担するものとします。

7. 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法

- ①利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額がサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。
- ②上記に係る請求書（利用明細）は、利用月の翌月初めまでに利用者あてにお届けします。
- ③請求月の10日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。

（ア） 事業者指定口座への振り込み

（イ） 現金支払い

- ④利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、3月分滞納し、さらに支払いの催促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

8. 利用にあたっての留意事項

面会	9:00～21:00（365日） ※ご希望により家族への食事提供も可能だが、事前連絡をいただいた場合に限ります。（実費負担）
外出及び外泊	いつでも可能です。 ※要事前連絡
現金等の管理	利用できます。 ※利用者本人が所持し管理をする場合は、利用者の責任でお願いします。こちらでは一切の責任は負いません。 ※金銭管理の代行を希望される場合は、家族の同意のもとで行います。出納帳にて金銭の出し入れを確認します。
飲食の持ち込み	利用者及び家族ともに可能です。 ※利用者について、保管は職員が行います。 ※家族について、持参した飲食は持ち帰っていただくか、居室に置いておかれる場合は、必ず職員にお知らせ下さい。

喫煙及び飲酒	全館禁煙（利用者及び家族） 飲酒を希望される方は、お知らせ下さい。（保管は職員が行います）
設備・備品等の利用	本来の使用方法に従って大切にご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。
部屋割り	心身の状態等から判断し、介護の都合上、ご利用の居室は、事業所にて決定させていただきます。又、ご利用後も心身の状態等により変化が見られた場合は、居室の変更をお願いする場合があります。

9. 緊急時の対応方法について

利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。また、主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。

【協力医療機関】

医療機関の名称	おやいづ医院
所在地	宇治市伊勢田町南山52-6
電話番号	0774-41-6013
診療科目	内科、呼吸器科、小児科
医師名	小柳津 治樹

医療機関の名称	小杉歯科医院
所在地	宇治市広野町桐生谷3
電話番号	0774-44-7180
診療科目	歯科
医師名	小杉 昇

10. 事故発生時の対応方法について

事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事故については、事業所として事故の状況、経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。なお、事業者は、下記の損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入しています。

【事故発生時の対応や緊急時の連絡先】

主治医	利用者の主治医	
	所属医療機関名	
	所在地／電話番号	

緊急搬送先	医療機関名	
	所在地／電話番号	
家族等	緊急連絡先の家族等	
	住所／電話番号	
損害賠償責任保険／自動車保険（保険会社）		あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

1 1. 衛生管理等

- (1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において、感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

1 2. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生において、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- (3) 定期的に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います。

1 3. 非常災害対策

- ①事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。（防火管理者：山崎真知子）
- ②非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知します。
- ③定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

消防計画	消防計画は別に定め、西消防署へ提出しています。
避難訓練	火災訓練：年2回 風水害訓練：年1回 業務継続計画における訓練（定期的）
防災設備	自動火災通報装置・自動火災報知機・スプリンクラー設備・非常灯設備・誘導灯・消火器・カーテンは防災性能のあるものに限る

1 4. 個人情報保護について

- (1) 利用者及び家族等関係者から収集した個人情報は「社会福祉法人宇治明星園（以下、「法人」

という。) 個人情報管理規程」によって基本ルールを策定し、厳格に管理いたします。

- (2) 利用者や家族の個人情報を用いる場合は、サービス（介護予防サービス）の提供開始時に、利用者及び家族の同意を得るものとします。
- (3) 従業員の採用時、個人情報に関して厳守する旨の誓約書を法人に提出させます。
- (4) 定期的に従業員に対し教育や研修等を実施し、個人情報の漏えい防止に努めます。

1 5. 身体拘束について

- (1) 利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。
- (2) 緊急やむを得ない理由により拘束や抑制をせざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その様態及び時間、利用者の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由について記録します。
- (3) 緊急やむを得ず行う身体拘束について、実施状況の記録を整備し、その廃止に向けて対策を検討する会議を随時開催するなど、身体拘束廃止の取り組みをします。

1 6. 利用者の人権の擁護及び虐待防止のための措置

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。(虐待防止担当者：山崎真知子)
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに、これを市町村に通報します。

1 7. 地域との連携等

- (1) 運営に当たっては、地域住民又は連合町内会、民生児童委員会、学区福祉委員会等との連携及び協力を行う等、地域との交流に努めます。
- (2) サービス（介護予防サービス）の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する圏域の地域包括支援センター職員、サービス（介護予防サービス）について知見を有する者等により構成される協議会（以下、「運営推進会議」という。）を設置し、おおむね2月に1回以上、運営推進会議を開催します。
- (3) 運営推進会議に対し提供している事業所のサービス内容及び活動状況等を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。
- (4) 地域住民との交流や地域の諸活動に参加するために、町内会へ加入します。

18. サービス提供の記録

- ①指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等を提供した際には、提供した具体的なサービス内容等の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。
- ②利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。
- ③入居に際して入居年月日及び事業所名称を、退居に際して退居年月日を介護保険被保険者証に記載いたします。

19. サービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無：無

1年に1回以上、サービスの改善及び質の向上を目的として、事業者が提供するサービスについて評価・点検（自己評価）を行い、当該自己評価結果について、運営推進会議において第三者の観点からサービスの評価（外部評価）を行います。

評価結果は、市町村へ報告するとともに、事業所内玄関にて開示、明星園グループ総合情報誌「1年のあゆみ」において開示し、公表します。

20. その他運営に関する重要事項

この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は、社会福祉法人宇治明星園と事業所との協議に基づいて定めるものとします。

21. サービス提供に関する相談、苦情について

（1）苦情処理の体制及び手順

- ①提供した指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記すとおり）
- ②相談及び苦情に円滑に適切に対応するための体制及び手順は別紙（社会福祉法人宇治明星園苦情処理システム体系図）に基づいて行います。

ホーム苦情相談窓口（1）	
事業所名	グループホームなごみの里伊勢田
苦情受付担当者	山崎真知子（管理者）
所在地	〒611-0043 宇治市伊勢田町毛語45番地
電話／FAX	（0774）41-5355／電話番号と同じ
受付時間	午前8：30～午後8：30

ホーム苦情相談窓口（２）	
苦情受付担当者	角田郁子（サービス向上提言委員）
所在地	〒６１１－００４３ 宇治市伊勢田町毛語６２番地
電話／ＦＡＸ	（０７７４）４４－１７７９／ＦＡＸなし
受付時間	午前１０：００～午後３：００
その他苦情相談窓口（１）	
苦情受付担当部署	宇治市介護保険課
所在地	〒６１１－８５０１ 宇治市宇治琵琶３３番地
電話／ＦＡＸ	（０７７４）２０－８７３１ （０７７４）２１－０４０６
受付時間	午前８：３０～午後５：１５ 土日祝日、年末年始（１２／２９～１／３）は除きます。
その他苦情相談窓口（２）	
苦情受付担当部署	京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談係
所在地	〒６００－８４１１ 京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋町 ６２０番地ＣＯＣＯＮ烏丸内
電話／ＦＡＸ	（０７５）３５４－９０９０ （０７５）３５４－９０５５
受付時間	午前９：００～午後１２：００ 午後１：００～午後５：００ 土日祝日、年末年始（１２／２９～１／３）は除きます。

※苦情相談窓口は上記の４ヶ所で、電話及び文書にて受け付けます。

サービス（介護予防サービス）の提供の開始に際し、本書面にに基づき、重要事項の説明を行いました。

説明日 令和 年 月 日

【事業者】

所在地 京都府宇治市白川鍋倉山22番地の10

法 人 名 社会福祉法人 宇治明星園

代 表 者 名 理 事 長 中 島 研 印

【事業所】

所在地 京都府宇治市伊勢田町毛語45番地

事業所名 グループホームなごみの里伊勢田

【説明者】

氏 名 (職種) 管理者

印

上記説明者により、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、サービス（介護予防サービス）について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

同意日 令和 年 月 日

【利用者】

住 所

氏 名 _____ 印 _____

【利用者代理人】

住 所 _____

氏 名 _____ 印