

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)

サポートハウス 灯り

重要事項説明書

株式会社 スギタ
グループホーム サポートハウス灯り

1. 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社 スギタ
代表者名	杉田 圭司
所在地・連絡先	〒569-0051 大阪府高槻市八幡町 10-7 電 話 072-675-1219 FAX 072-675-1317
資本金	1,000万円
会社概要	2004年4月 (有)スギタ設立し、高槻市城南町に 「サポートハウス城南」を開所し 介護事業を始める。 2008年11月 「デイサービス花」を開所 2019年10月 「サポートハウス城南」を、 八幡町 10-7 に新築し城南町より移転し、 「サポートハウス灯り」に改名 2021年10月 「有限会社スギタ」を 「株式会社スギタ」に社名変更し 現在に至る。

2. 事業所の概要

事業所の名称	サポートハウス灯り
所在地・連絡先	〒569-0051 大阪府高槻市八幡町 10-7 電 話 072-675-1219 FAX 072-675-1317
事業所番号	2770901870
管理者の氏名	前田 裕司

3. 共同生活介護の目的及び運営方針

1) 目的

事業所の管理者及び介護従業者が、認知症を伴う要介護状態・要支援状態の利用者に対して、適切な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を提供することを目的とする。

2) 運営方針

- ① 要介護または要支援2の介護認定を受け認知症の状態にある方を共同生活住居において家庭的な環境の下で入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練・健康管理を行うことにより、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援助を行う。
- ② 「生きがいのある生活」の理念をもとに、認知症の進行緩和を目標とし、充実した日々を送っていただく。

3) サービス内容

- ① (介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画の作成
- ② 介護(移動、排せつの介助、見守り等)
- ③ 入浴
- ④ 食事
- ⑤ 健康管理

4. 職員体制

- (1) 管理者 1名(常勤兼務)

業務の管理及び介護職員等の管理を一元的に行う。

- (2) 介護従事者 16名(常勤8名、非常勤13名)

利用者に対し、必要な介護及び支援を行う。

- (3) 計画作成担当者

1階ユニット計画作成担当者 1名(介護福祉士・計画作成の兼務)

2階ユニット計画作成担当者 1名(介護支援専門員)

- (4) 看護師 1名(非常勤)

5. 勤務時間

(1) 昼間の体制 日中とは午前6時～午後9時の時間帯

早出 8:00～17:00

日勤 9:00～18:00

遅出 10:30～19:30

各ユニット：3名 2ユニット：計6名

(2) 夜間の体制 夜間及び深夜とは午後9時～午前6時の時間帯

夜勤 17:00～翌10:00

各ユニット：1名 2ユニット：計2名

6. 設備の概要

1) 構造等

敷地		348.66 m ²
建物	構造	鉄骨造 3 階建て 耐火建築物
	延べ床面積	474.13 m ²
	利用定員	18 名

2) 居 室

居室の種類	室 数	面積（一人あたりの面積）	備 考
一人部屋	18	7.63 m ²	

3) 主な設備

設 備	室 数	面積（一人あたりの面積）	備 考
居間・食堂	2	64.48 m ² (3.58 m ²)	
トイレ	6	12.98 m ² (0.72 m ²)	
洗面・脱衣	2	9.34 m ² (0.52 m ²)	
浴 室	2	8.2 m ² 0.46 m ²)	
台 所	2	14.79 m ² (0.82 m ²)	
エレベーター	1 基	3 人乗り	
非常用避難梯子	1 台	2 階～1 階 南側	

7. 利用料及びサービス等

1) 介護サービスの利用料…介護保険給付対象サービスの利用料

(1割負担の場合の自己負担額)

区 分	1ヵ月(30日として)の自己負担額
要介護度1	28,787 円
要介護度2	30,092 円
要介護度3	30,976 円
要介護度4	31,575 円
要介護度5	32,210 円

※負担割合証に記載の負担割合が『2割』の方は、自己負担額が2割となります。

*加算料金

- ・初期加算(入居後30日間のみ) 30単位/日
- ・認知症対応型医療連携体制加算 37単位/日
- ・認知症対応型処遇改善加算Ⅱ 所定単位数に10.54円で換算し17.8%加算
- ・認知症対応型協力医療機関連携加算Ⅰ 100単位/月

2) 月額利用料…介護保険給付対象サービス以外の利用料

- ・6,150円/日(家賃、食費、共益費等全て含む)

内訳

食 費	日額 2,050円 朝食 500円 昼食 600円 夕食 800円 おやつ 150円
家 賃	日額 2,000円
共 益 費	日額 2,100円

※入院、外泊期間は家賃、共益費のみの請求

※家賃と共益費は、居室に荷物を運び入れた日から運び出す日までの請求となります。

※共益費には、共用部分の光熱水費、設備機器の維持管理費が含まれています。

3) その他の費用

- ・個人の趣味・嗜好品
- ・紙おむつ代
- ・医療機関等の治療費、薬代
- ・理美容料金 他

8. 介護区分変更申請について

心身の状態が変化した場合が続く場合は、区分変更申請の相談をさせていただきます。
介護区分が変更された場合は、申請日にさかのぼって変更された介護度の保険負担料となります。

9. 利用料等のお支払い方法

毎月、15日までに「利用料及びサービス等」に記載の金額をもとに算定した前月分の利用料等を利用明細書により請求しますので、毎月27日に各口座から引き落とし致します。

口座振替手続き完了までは、下記口座までお振込みお願い致します。

（振込み手数料は、ご負担お願いします。）

《振込み先》

京都銀行 山崎支店（店番：523 ）普通 3959068

名義：株式会社スギタ 代表取締役 杉田圭司

北おおさか信用金庫 城南支店（店番：069）普通 0398298

名義：株式会社スギタ 代表取締役 杉田圭司

10. 損害賠償について

事業者は、本契約に基づくサービスの提供にあたって、万が一事故が発生し、利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対しての損害を賠償します。ただし、利用者に重大な過失がある場合は賠償額を減ずる事ができます。

11. サービス提供記録の閲覧・交付

利用者、家族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。
複写物を必要とする場合には管理者まで連絡してください。

12. 緊急時の対応

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、速やかにご家族、主治医、救急隊等へ連絡いたします。

13. 協力医療機関名

医療機関の名称	うえだ下田部病院 訪問診療部
所在地	大阪府高槻市登町 33-1
電話番号	072-673-7722
診療科	内科、外科、整形外科、皮膚科

医療機関の名称	きしもと歯科医院
所在地	大阪府高槻市高槻町 4-5 トキワビル 3 階
電話番号	072-681-1411
診療科	歯科

14. サービス内容に関する苦情・相談窓口

(1) 当事業所における苦情・相談窓口は以下のとおりです。

＊窓口担当者 前田 裕司

＊受付時間 9:00～18:00

＊連絡先 電話 072-675-1219 FAX 072-675-1317
※面会時や電話等でご連絡下さい。

(2) 第三者機関として、下記にて苦情・相談の受付を行っています。

・高槻市健康福祉部長寿介護課 電話 072-674-7166

・国保連合会介護保険課 電話 06-6949-5418

15. 入居・退居等

(1) 入居の条件

- ・要介護認定で要支援2以上の方
- ・医師により認知症と診断された方
- ・認知症の原因となる疾病が急性でない方
- ・自傷、他害のない共同生活を営む事に支障のない方

(2) 身元引受人等の条件・義務等

- ・利用料の支払いにおいて、利用者と連帯して責任を負える方
- ・当事業所より申し出があった事柄について、協力的に対応できる方
- ・入居契約が解除された時に、利用者の身柄を引き取れる方

(3) 契約の解除（退居）となる場合

- ・利用者が要介護認定において非該当または要支援1となった場合
- ・契約期間満了の7日前までに利用者側から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了した場合
- ・利用者が7日間以上の予告期間をもって契約を解除する場合
- ・利用者が正当な理由なく、利用料その他支払うべき費用を2ヶ月以上滞納した場合
- ・利用者が長期入院等で共同生活住居を離れて2ヶ月を経過した場合、または2ヶ月以上離れる事を予定して他所へ転居した場合
- ・日常生活において恒常的に医療従事者による治療・処置が必要となった場合
- ・利用者が他の介護保険施設へ入所する事となった場合
- ・共同生活を著しく困難にする自傷・他害・自殺願望・行動異常等の精神症状がある場合
- ・他の利用者、職員に生命・生活・健康に重大な危害を及ぼし、その危害に切迫した恐れがあり、通常の接遇方法ではこれを防止することができない場合
- ・感染症等を有し、他の利用者に感染させる恐れがある場合
- ・利用者が死亡した場合

(4) 居室の明け渡し ―精算―

- ・利用者または利用者家族は、本契約が終了した場合において、すでに実施されたサービスに対する利用料金支払義務及び現状の回復義務の条項に基づく義務を履行した上で、居室を明け渡すものとします。
- ・契約終了日までに居室を明け渡さない場合又は前項の義務を履行しない場合には、本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間に関わる所定の料金を事業者に対し支払うものとします。
退居日は、居室から荷物を運び出した日とします。したがって、家賃、共益費の発生は退居日までとなります。

(5) 残置物の引取

- ・利用者又は利用者家族は、本契約が終了した後、残置物引取人を定めることができます。
- ・事業者は本契約が終了した後、残置物引取人にその旨を連絡するものとします。
- ・残置物引取人は、連絡を受けた1週間以内に残置物を引き取るものとします。
- ・事業者は、残置物引取人が必要な相当期間が過ぎても残置物を引き取る義務を履行しない場合は、利用者又は利用者家族又は残置物引取人に連絡の上、事業者により残置物を処分するものとします。
- ・処分費用について、利用者又は利用者家族からの預り金より、処分費用を相殺できるものとします。
- ・預り金がない場合は、利用者又は利用者家族に処分費用を請求いたします。

16. 非常災害時の対応

(1) 非常時の対応

- ・別途定める「防災計画」により対応いたします。

(2) 平常時の訓練

- ・別途定める「防災計画」により、年4回昼間及び夜間を想定した総合訓練を実施する。

17. 個人情報の保護

(1) 個人情報の収集・利用にあたっては、目的を明確にし、ケアカンファレンス等、必要最小限度の範囲とします。

(2) 事業者が得た利用者の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとする。

18. 利用にあたっての留意事項

(1) 来訪・面会

面会時間 9:00～19:00

来訪者は、面会簿に記入し面会時間を遵守してください。ただし、緊急時やむを得ない場合は考慮する事とします。

来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。

(宿泊寝具は、ご用意ください。)

(2) 外出・外泊

外出・外泊の際には、事前に行き先と帰宅時間を所定用紙にて申請してください。

(3) 居室・設備・器具の使用

住居内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご使用ください。これに反したご使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。

(4) 喫煙

施設内・敷地内は禁煙です。

(5) 迷惑行為等

騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。

(6) 所持金品の管理

所持金品は、自己の責任で管理してください。お預り金については、ご相談させていただきます。

(7) 宗教活動・政治活動

住居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。

(8) 動物飼育

住居内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

(9) 火気の持ち込み

火気類の持ち込みは禁止いたします。

家電製品の内、火傷等の可能性がある物は事前にご相談ください。

19、重度化対応及び終末期ケア対応指針

(目 的)

利用者が、病状の重度化や加齢により衰弱し、人生の終末期の状態になっても、馴染みの関係での生活を維持し、利用者本人が望む場所で最期まで暮らしていくことができるように、医療関係者・ご家族と協力して対応していきます。

(重度化した状態・終末期の判断)

主治医の判断が基本となります。

主には、①がんの終末期 ②多様な疾患の重度化、老衰 ③その他

(基本的な姿勢)

要介護状態が重度化した場合、あるいは人生の終末期の状態になられた場合、疼痛や苦痛がなく、利用者本人・ご家族が望むようなグループホームでの生活が最大限継続できるように対応をします。

(医療連携)

主治医との連携、主治医の指示・指導のもと、必要な医療を行いながら、時に入院による病院での医療とも連携していきます。

歯科医師など、必要に応じて多様な連携で対応します。

(利用料金)

＜サービス利用料金＞

入院期間中における居住費・食費の取扱いについて

家賃／共益費（毎月1日にご利用が継続されていれば
全額お支払いいただきます）

食費（1日不在であった場合は、1日単位で精算をいたします）

※詳細は、5ページ

(ご家族の信頼・協力関係)

グループホームでの重度化・終末期の対応を行っていくためには、ご家族等の信頼・協力関係は欠かせません。ご家族等と一緒にあって利用者本人が満足するような看取りの支援をしていきます。

（職員の教育・研修）

医療連携との協力で、重度化・終末期ケアが充実するように、職員教育・研修に努めていきます。また、ご家族等に意向を重視した密な連携を持つことが出来るように努力します。

（重度化・終末期対応の確認）

主治医により、重度化・終末期対応と判断された後、ご家族、主治医、看護師、職員によるカンファレンスを行います。利用者の状態に応じて、都度カンファレンスを行います。

指定認知症対応型共同生活介護（介護予防を含む）サービスについて、
重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

（事業者）

事業者名 株式会社 スギタ

所 在 地 大阪府高槻市八幡町 10-7

事業所名 グループホーム サポートハウス灯り

所 在 地 大阪府高槻市八幡町 10-7

説明者名 _____ 印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けました。

（利用者）

住所 _____

氏名 _____ 印

（身元引受人）

住所 _____

氏名 _____ 印

（利用者代理人）

住所 _____

氏名 _____ 印

以上、重要事項説明に関する記載は終了とする。以下余白への記載は無効とする。