

# グループホームひかりの園ビハーラ館 重要事項説明書

施行日：2024年4月1日

## 1. 事業主体概要

事業主体名	社会福祉法人姫戸ひかり会
代表者名	理事長 深谷 恵了
所在地	熊本県上天草市姫戸町姫浦 2661 番地
法人の運営理念	当法人は仏教の精神を大切にしております。ひかりの園の運営におきましても、常に「和を以て貴しとなす」とし生かされていることを大切にしなければなりません。その仏教精神の下で私たちは、親鸞聖人が顕かにされた「人間の尊厳と平等のこころ」という言葉の中に説かれる意味を常に考え、またそれを大切にし、利用者の方々にとってその実現を支援してまいります。
他の 介護保険関連の事業	特別養護老人ホームひかりの園 特別養護老人ホームひかりの園指月館 デイサービスセンターひかりの園 短期入所生活介護事業所ひかりの園 居宅介護支援センターひかりの園 ひかりの園教良木デイホーム

## 2. ホーム概要

ホーム名	グループホームひかりの園ビハーラ館
ホームの目的	認知症高齢者の方々が少ない人数で家庭的な環境の中で、より自立的（自律的）に生活することで、認知症による問題行動の軽減や認知症の進行を防止する事を目的とする。さらに認知症高齢者の方々の権利擁護に努めることを目的とする。
ホームの運営方針	ホームの運営方針は、仏教理念に基づき、「利用者の方々へ“ビハーラ”＝安らぎの場所」を提供していくことである。思いどおりにならない人生の中でどのような状態においても“その人らしく”生活して頂けるよう援助（支援）していく事である。
ホームの責任者	管理者 深谷 誠了
開設年月日	2004年 4月 10日
介護保険事業所番号	437120006 指定都道府県：熊本県
所在地 電話・FAX 番号	熊本県上天草市松島町今泉 1004 番地 1 (電話) 0969-56-1900 (FAX) 0969-56-2500
交通の便	最寄りのバス停 「今泉三叉路（産交バス停）」
建物概要	構造： 木造平屋 延床面積： 311.97 m <sup>2</sup>
利用者の数	1ユニット当たり定員9人、(ユニット数：1ユニット) 総定員 9人
居室の概要	居室面積：10.2m <sup>2</sup> (収納設備除く) 設備概要：電動ベッド(又は畳)、エアコン、収納設備、給湯洗面台他
共用施設の概要	テレビ・ナースコール、リビングソファ、談話コーナー、浴室 トイレ (障害者用トイレ含む)、調理設備、車椅子用洗面台、他
損害賠償責任保険	しせつの損害補償 (社会福祉法人 全国社会福祉協議会)

### 3. 職員体制（主たる職員）

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等 内容
		専従	兼務	専従	兼務		
ホーム長	1人		1			社会福祉士 介護支援専門員等	認知症介護実践研修
計画作成担当者	1人		1			介護福祉士 介護支援専門員	認知症介護実践研修
介護従事者	7人	6	1			看護師、介護福祉士 その他	

### 4. 勤務体制

昼間の体制	3～4人（早出7：00～16：00：1人 日勤9：00～18：00：1人 遅出12：00～21：00：1人）	
夜間の体制	1人	宿直・夜勤の別：夜勤体制

### 5. サービスおよび利用料等

保険給付 サービス	食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等 上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額（介護保険負担割合証に乗じた額）が自己負担となります。 但し、入居後30日に限り、下記金額に1日あたり自己負担額30円割増になります。
保険対象外 サービス	別紙のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。 料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。
居室料金（家賃）	800円／1日
食材料費	900円／1日（内訳：朝食200円／昼食350円／夕食350円）
光熱水費	500円／1日
おむつ代	尿取パット（20円）、紙パンツL（120円）、紙パンツM（110円）、紙オムツL（130円）、紙オムツM（120円）
個人消耗品費用	その他、個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。
管理費	定期的（年4回）収支内容の通知及び随時の出納表記入、確認等 各医療機関等への支払い代行、印鑑などの貴重品の金庫管理 *1500円／月

○サービス利用料金（1日あたり）

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	7,610 円	7,650 円	8,010 円	8,240 円	8,410 円	8,590 円
2. サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	220 円（1日あたり）					
3. 医療連携体制加算（Ⅰ）イ	570 円（1日あたり）					
4. 医療連携体制加算（Ⅱ）	50 円（1日あたり）					
5. 合計	8,450 円	8,490 円	8,850 円	9,081 円	9,250 円	9,430 円
6-1. サービス利用に係る自己負担額(1割)	845 円	849 円	885 円	908 円	925 円	943 円
6-2. サービス利用に係る自己負担額(2割)	1,690 円	1,698 円	1,770 円	1,816 円	1,850 円	1,886 円
6-3. サービス利用に係る自己負担額(3割)	2,535 円	2,547 円	2,655 円	2,724 円	2,775 円	2,829 円
7. 介護職処遇改善加算（Ⅰ）	上記、介護保険給付対象サービスの合計金額×11.1%の料金をお支払いいただきます。					
8. 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	上記、介護保険給付対象サービスの合計金額×3.1%の料金をお支払いいただきます。					
9. 介護職員ベースアップ等支援加算	上記、介護保険給付対象サービスの合計金額×2.3%の料金をお支払いいただきます。					
10. 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	上記、介護保険給付対象サービスの合計金額×18.6%の料金をお支払いいただきます。					
11. 科学的介護推進体制加算	400 円（1月あたり）					
12. 栄養管理体制加算	300 円（1月あたり）					

\*但し、11.科学的介護推進体制加算と12.栄養管理体制加算は1月あたりの加算となっております。

\*介護職員処遇改善加算（Ⅰ）、介護職員等特定処遇改善（Ⅰ）、介護職員等ベースアップ等支援加算については令和6年5月までの算定になります。介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）については令和6年6月からの算定になります。

○介護給付サービス加算

加算項目	内容	自己負担
初期加算	新規入居後、30日を限度として初期加算をお支払い頂きます。また、30日を超える病院又は診療所への入院後に事業所へ再入居した場合も初期加算をお支払い頂きます。	30 円／日
サービス提供体制加算（Ⅰ）	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が70%以上である場合に加算されます。また、介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士を25%以上の場合に加算されます。	22 円／日
医療連携体制加算（Ⅰ）	事業所の職員として常勤看護師を1名以上配置している場合に加算されます。	57 円／日

医療連携体制加算(Ⅱ)	医療連携体制加算(Ⅰ)を算定し、医療的ケアが必要な方を受け入れた場合に加算されます。	5円/日
入院時費用加算	入退院による環境の変化が認知症の症状の悪化などにつながりやすいため、早期退院や退院後の安定した生活に向けた取り組みについて評価された加算としてお支払い頂きます。	246円/日 *1月に6日を限度
退所時情報提供加算	入居者が医療機関へ退所した際、生活支援上の留意点等の情報提供を行うことを評価する加算です。	250円/回
介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護職員の賃金改善の効果を継続する観点より介護保険給付対象サービスの合計金額×18.6%の料金をお支払いいただきます。	介護保険給付対象サービスの合計金額×18.6%の一割
看取り介護加算	医師が回復の見込みが無いと判断し、ご家族等の同意などの要件を満たし、入居者に対し看取りの介護を行った場合に死亡前45日を限度として、所定の料金をお支払い頂きます。	72円/日 (死亡日以前31日以上45日以下) 144円/日 (死亡日以前4日以上30日以下) 680円/日 (死亡日前日及び前々日) 1280円/ (死亡日)
若年生認知症利用者受け入れ加算	初老期における認知症者を受け入れ、利用者ごとに個別の担当者を定め、その者を中心に、特性やニーズに応じたサービスを提供した場合にお支払いいただきます。	120円/日
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	令和元年10月1日より経験・技能のある介護福祉士を中心に処遇(給与等)改善を行う観点より介護保険給付対象サービスの合計金額×3.1%の料金をお支払いいただきます。	介護保険給付対象サービスの合計金額×3.1%の一割
科学的介護推進体制加算	入所者・利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出している場合にお支払いいただきます。	40円/月
栄養管理体制加算	管理栄養士が日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行った場合に加算されます。	30円/月
介護職員ベースアップ等支援加算	介護職員等の処遇改善を目的とし、1人あたりの賃金を引き上げるために設けられた加算となっております。	介護保険給付対象サービスの合計金額×2.3%の一割

協力医療機関連携加算	協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合にお支払いいただきます。	100 円／月
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	関係医療機関との連携体制を構築し、感染症発生時における対応を取り決めるとともに、感染症対策に係る一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する研修や訓練に1年に1回参加している場合にお支払いいただきます。	10 円／月
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	感染症対策に係る一定の要件を満たす医療機関から3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている際にお支払いいただきます。	5 円／月
新興感染症等施設療養費	入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合にお支払いいただきます。	240 円／回 1月に1回、連続する5日を限度

<p>ア. 窓口での現金支払い</p> <p>イ. 下記指定口座への振り込み 肥後銀行 松島支店 普通預金 1198337 口座名義 社会福祉法人姫戸ひかり会 グループホームひかりの園ビハラー館 管理者 深谷 誠了</p> <p>ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし（毎月 20 日引き落とし） ご利用できる金融機関： 肥後銀行 天草信用金庫 郵便局 農協</p>
---

\*料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月15日までに、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

#### 6. ホーム利用にあたっての留意事項

- ・ 管理者が定めた場所と時間以外での喫煙又は飲酒は禁止といたします。
- ・ 指定された場所以外で火気を用いることは禁止といたします。
- ・ 故意に共同生活住居もしくは物品に損害を与えて、又これを持ち出すことは禁止とします。
- ・ 同時に入居している他の入居者に関する秘密を漏らすことは禁止といたします。
- ・ 面会時間等は特に制限はありません。インターホンにてお知らせ下さい。
- ・ 飲食物等の持込の場合は、必ず職員までお知らせ下さい。
- ・ 衣類等の持込に関しては、個人物品管理のために職員へお知らせ下さい。
- ・ 大型物品や電化製品、貴重品等の持込に関しては、事前に管理者へ御確認下さい。

## 7. 協力医療機関

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

<協力医療機関>

### 1. 協力医療機関

(1) 病 院 名：やまうち医院

(2) 所 在 地：. 熊本県上天草市松島町阿村 5072-12

### 2. 協力病院

(1) 病 院 名：天草郡市医師会立 天草地域医療センター

(2) 所 在 地：熊本県天草市亀場町大字食場854 - 1

### 3. 協力病院

(1) 病 院 名：上天草市立 上天草総合病院

(2) 所 在 地：熊本県上天草市龍ヶ岳町高戸1419-19

### 4. 協力歯科医療機関

(1) 医療機関名：タケモト歯科医院

(2) 所 在 地：熊本県上天草市松島町合津4211-4

## 8. 事故発生時の対応

本事業所は、指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じるものとする。

2 指定認知症対応型共同生活介護サービス提供により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うものとする。

## ・ 苦情相談受付

ホーム苦情相談窓口	職 種：計画作成担当者 氏名：大石 和典 受付時間：8：30～17：30 電話番号：0969-56-1900 FAX：0969-56-2500 * 上記担当者が不在のときは、当事業所の他の従業員が対応し、担当者に確実に伝達します。
苦情を処理するための体制・手順 利用者等から苦情等の申し出があった場合、まず、上記担当者が内容を伺い、下記A及びBの手順により処理します。苦情内容及び処理経過については、苦情処理台帳として記録保存し、その後のサービス提供に活用します。苦情等の処理は他の業務に優先して迅速に行うものとし、次回のサービス提供時までには解決し、利用者の方が安心してサービスの提供を受けられるよう最大限の努力を行います。	
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 苦情を申し立てられた方に内容等説明を行うことにより、苦情がその場で解決可能なものであれば、その場で速やかに同意を得、解決を図ることとします。この場合も必ず管理者に報告します。</li><li>・ 苦情がその場で解決困難なものであった場合、苦情の原因となっていることについて、利用者等からの聞き取り及び担当従業員への聞き取りにより、事実を詳細に把握します。</li><li>・ その後、翌日までには事業所内で検討会議を開き、当事業所が改善すべき点を整理した苦情処理策を作成し、その日のうちに利用者等に説明し同意を得ます。</li><li>・ 管理者は、利用者等からの苦情のあった事項について、その後のサービス提供の中で真に改善されているかを、担当従業員のみならず、利用者等にも確認し、改善されていないと判断される場合は、職員教育を徹底して速やかな改善を図り、利用者等の意向に沿ったサービス提供がなされるように十分配慮します。</li><li>・ 上記の流れにより苦情の処理を図った後も、利用者及び当事業所とは常時連携を図り、同じような苦情が再発しないように十分注意してサービス提供を行います。</li></ul>	

外部苦情申立て機関（連絡先電話番号）	
上天草市松島庁舎 介護保険担当課	所在地 〒861-6102 上天草市松島町合津 3539-1 電話番号 0969-56-1111 受付時間 8:30~17:15
国民健康保険団体連合会	所在地 〒862-0911 熊本市健軍2丁目4番10号 電話番号 096-324-1101 受付時間 8:30~17:00
熊本県社会福祉協議会	所在地 〒860-0842 熊本市南千反畑町3番7号 電話番号 069-324-5454 受付時間 8:30~17:00
第三者委員	(社会福祉士)松川あゆみ 住所 宇城市松橋町竹崎 769 電話番号 090-7451-7079
	(地域代表) 松川 賢二 住所 上天草市松島町今泉 1207 電話番号 0969-56-0967

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。

令和 年 月 日

グループホームひかりの園ビハーラ館 説明者職名 計画作成担当者 氏名 大石 和典 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、指定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。

令和 年 月 日

(利用者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(利用者代理人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印