

【認知症対応型共同生活介護】

グループホーム花の家

# 重要事項説明書

## ○ 事業主体概要

法 人 名	株式会社 江陽 （平成15年 9 月24日設立）
本 社 所 在 地	〒023-0171 奥州市江刺田原字大日195番地 1
電 話 ・ F A X	電話0197-31-2105 FAX 0197-31-2106
代 表 者 氏 名	代表取締役 及川 健
運 営 事 業 所	グループホーム花の家 （指定事業所番号 0371200387） デイサービスセンター大日 （指定事業所番号 0371200379） 江陽居宅介護支援事業所 （指定事業所番号 0371200353） 江陽ヘルパーステーション （指定事業所番号 0371501198） 〒023-0171 奥州市江刺田原字大日195番地 1 電話 0197-31-2105 FAX 0197-31-2106 グループホームふじの里 （指定事業所番号 0391500154） ふじの里デイサービスルーム（指定事業所番号 0391500162） 〒023-1762 奥州市江刺藤里字平37番地 2 電話 0197-39-2877 FAX 0197-39-2879

## ○ 事業所概要

名 称	グループホーム花の家 （指定事業所番号 0371200387）
所 在 地	〒023-0171 奥州市江刺田原字大日195番地 1
連 絡 先	電話 0197-31-2105 FAX 0197-31-2106
ユニットの名称及び定員	ユニット1・・・さくら 定員 9 名 ユニット2・・・しらゆり 定員 9 名 総定員18名
併 設 事 業 所	デイサービスセンター大日（指定通所介護、第 1 号通所事業） 定員30名 江陽居宅介護支援事業所 江陽ヘルパーステーション
事 業 の 目 的	認知症の状態にある要介護状態の方に対して、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民の交流の下で入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話及び生活訓練等を行うことにより、利用者がその有する能力に応じた自立した生活を営むことが出来るように世話をすることを目的とします。

運 営 理 念	「明るく楽しく、みんな仲良く」できる生活空間を提供し、当事業所をご利用頂く全ての方が、生き生きとした生活を実現できる生活支援を目指します。
運 営 方 針	①利用者の認知症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることのできるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行う。 ②利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。 ③利用者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する。 ④利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。 ⑤当該利用者または他の利用者等の生命又は身体を保護する為緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。 ⑥常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。

## ○ サービスの内容

居室の利用	定められた居室及び各種共有スペースの提供
日常生活の支援	居室及び共用部分の清掃・整理・ごみの処理、日常衣類の洗濯、リネン類の交換などの日常生活の支援
食事の提供	1日3食及びおやつ等の提供
介護※	入浴・排泄・食事・移動・更衣・整容等の介助、その他必要な見守り・相談援助
健康管理※	日常の健康管理、協力医療機関への受診支援
預り金管理	預り金管理・保管約款に基づく買い物代行等
レク活動・行事	各種レク活動/季節行事を企画実施します。内容によっては事前にご了解を得て別途費用のご負担を頂く場合が在ります。

※印が付されたサービス内容は個々の利用者の身体状況等により異なります。

## ○ 職員の職種及び員数、その職務内容

職名	人員		業務内容
	さくら	しらゆり	
管理者	1名以上		業務全般を一元的に管理する。
計画作成担当者	1名	1名	ケアプランの作成管理 (内1名は介護支援専門員とする。)
介護職員	4名以上	4名以上	入居者の生活支援業務を担当する。

## ○ 入居に当たっての留意事項

入居に当たっては以下の要件を全て満たす必要があります。

入居要件 1	要介護 1 から要介護 5 までの認定を受けていること
入居要件 2	医師より認知症の診断を受けていること。
入居要件 3	次の 3 つの要件を満たしていること ①少人数で共同生活を営むことに支障がないこと。 ②自傷他害行為のないこと ③常時医学的管理の必要がないこと
※備 考	①入居後利用者の状況が変化し、前項に該当しなくなった場合は、退居していただく場合があります。 ②退居に際しては、利用者及び家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるよう、退居に必要な援助を行うよう努めます。

## ○ サービスの流れ

サービスの開始	入居申込みを頂いた方の中から、入居判定会議を実施し、入居者を内定します。その後、当ホーム職員がご自宅等を訪問し、入居要件に合致するか確認させて頂いた上で入居契約を締結します。入居日までに、当ホーム介護支援専門員が、認知症対応型共同生活介護サービス計画書（以下「ケアプラン」という。）を作成し、入居者様並びに御家族様に説明申し上げ、同意を頂いた上でサービス開始となります。
ケアプランの見直し	サービスが開始されてから、定期的に入居者様の心身の状況を評価させて頂き、入居者様の現状にあったサービスを提供できるようケアプランを見直します。その際も、入居者様並びに御家族様に説明申し上げ、同意を頂くこととなります。
サービスの終了	ご自宅への退居、介護保険施設の入所、医療機関等への入院により、サービスが終了する場合も、入居者様の介護サービスが円滑に継続されるよう介護支援専門員等が支援致します。
その他	サービス提供に関する記録等は、入居者様、御家族様の申出があれば開示します。また、複写物のコピーもできます。

○ 利用料金

<保険対象分>

利用料の額は介護報酬告知上の額とし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、費用基準額から事業所に支払われる額を控除して得た額となります。

1) 認知症対応型共同生活介護費II

介護度 単位数 自己負担額 (1日当)

1割 2割 3割

要介護1	753	753円	1,506円	2,259円
要介護2	788	788円	1,576円	2,364円
要介護3	812	812円	1,624円	2,436円
要介護4	828	828円	1,656円	2,484円
要介護5	845	845円	1,690円	2,535円

2) 加 算

加算の種類 単位数 自己負担 (1日当)

1割 2割 3割

初期加算※1	30	30円	60円	90円
サービス提供体制加算III※2	6	6円	12円	18円
入院時費用※3	246	246円	492円	738円
退居時相談援助加算※4	400	400円	800円	1,200円
若年性認知症利用者受入加算※5	120	120円	240円	360円
科学的介護推進体制加算(1回/月)※6	40	40円	80円	120円
口腔・栄養スクリーニング加算(1回/6か月)※7	20	20円	40円	60円
認知症専門ケア加算(I)※8	3	3円	6円	9円
介護職員等処遇改善加算III※9	1か月当の所定単位数×15.5%			
身体拘束廃止未実施減算※10	1か月当の所定単位数×10%			
高齢者虐待防止措置未実施減算※11	1か月当の所定単位数×1%			
業務継続計画未実施減算※12	1か月当の所定単位数×3%			

※1 入居日から30日間の加算となります。

※2 当事業所は、常勤の職員数が基準を満たしております。

※3 入院後3か月以内に退院を見込まれる場合の、再入居の体制を整えている場合、1か月につき6日間を限度に算定します。

※4 ご自宅に退居される入居者様に対して行った援助内容を書面にて市町村等に報告した場合算定します。

※5 当ホームは、若年性認知症利用者の受入体制を整備しております。

※6 毎月厚生労働省にご利用者様の状態について報告した場合。

※7 利用開始時及び6か月に1回、口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行った場合。

※8 認知症介護実践リーダー研修修了者を中心として、より専門的な認知症介護を提供します。

※9 当事業所は介護職員等の処遇改善にかかる諸制度を整備しております。

※10 身体拘束廃止に関する諸体制を整えていない事業所について適応。

保険対象外分費用は、月次のお支払いとなります。

＜保険対象外分費用＞

費用の種類	金額（１か月当）	日割り額	備 考
1. 家賃	31,000円	1,020円	
2. 水道光熱費	23,000円	757円	
（水道光熱費冬期加算）	4,000円 132円	10月～3月まで算定	
3. 食材料費	38,500円	1,266円	

※途中入退居の場合は日割り計算となります

※医療機関等への入院期間中は、１、２に関して全額徴収します。

※２に関しては、10月から3月までの期間、冬期加算分として２の費用に加え別途費用を徴収します。

※３に関しては、入院、外泊等で３食とも召し上がらなかった日については徴収しません。その日を除いた日数での日割り計算となります。

## ○ 支払方法

・利用料のお支払いについては、別途指定頂く利用者又はご家族様の金融機関口座からの自動振替を原則としています。

※利用契約締結時に口座振替の手続きをご案内します。

※金融機関での手続きが完了するまでの間は弊社指定の銀行口座へお振込みいただくか、弊社窓口にて直接お支払い頂くこととなります。

・前月の利用に係る料金その他精算を必要とする費用に関する請求書を毎月10日迄に送付します。自動振替の場合は当月23日にご指定頂いた銀行口座より引き落とし、お振込みの場合は、当月末までに指定口座にお振込み願います。

※振込手数料は、利用者様のご負担となります。

※23日が金融機関の休業日の場合は翌営業日の振替となります。

・領収書は入金月の翌月発行となります。

※預り金の入金に関しては、直接ホームまでご持参頂くようお願いいたします。

## ○ 利用料金の改定

保険対象分	介護報酬告知上の額が変更される場合にはそれに応じて変動します。
保険対象外分	諸種の経済状況の変化（食費・光熱費等の上昇、人件費等）などを勘案し、改訂する場合があります。

## ○ 契約の終了

終 了 事 由	<p>①要介護認定の更新により、利用者が自立若しくは要支援と認定された場合</p> <p>②利用者が亡くなられた場合</p> <p>③利用料等に対して、事業者が説明した変更内容について同意できない場合</p> <p>④事業者が、契約に定める守秘義務に違反した場合</p> <p>⑤事業者が、故意または過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合</p> <p>⑥正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を1か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合</p> <p>⑦伝染性疾患により他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認め、退居の必要がある場合</p> <p>⑧利用者の行動が他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないと事業者が判断したとき</p> <p>⑨利用者等が故意に法令その他本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき</p> <p>⑩利用者が医療機関に入院し、医師により3ヶ月以内にグループホームでの生活が困難であると診断された場合</p> <p>⑪利用者が介護保険施設に入所した場合</p>
居室明け渡し時の扱い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険対象分費用 利用日数の日額精算にて算定します。</li> <li>・保険対象外分 利用日数分のみ、家賃・水道光熱費・食材料費の日割り額をもとに算定します</li> <li>・契約終了時の居室の使用 契約終了日までに居室が明け渡されない場合には、契約終了日(ご逝去による退居の場合は7日後)の翌日から起算して居室明け渡し日までの期間について、保険対象外分費用の内家賃、水道光熱費の日割り料金を請求することができることとします。</li> </ul>

## ○ 救急・事故発生時・災害時の対応

救 急 時	<p>入居中の容体の変化等があった場合は、ご家族様（ご不在の際は身元引受人様）に速やかに連絡し必要な処置を講じます。但し、生命維持に危険があると判断されるような状態に陥った場合はご家族様の同意を得る前に救急隊を要請することがあります。その場合においても速やかにご家族様に連絡致します。</p>
-------	--

事故発生時	利用者様の入居中に事故が発生した場合は、直ちにご家族様にご連絡すると共に関係機関に連絡し必要な措置を講じます。なお、当事業者は介護賠償責任保険に加入しております。
災 害 時	利用者様の入居中に非常災害が生じた場合、従業者は利用者様の避難等適切な措置を講じます。事業所は日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携を確認し、年1回以上避難訓練を実施します。

## ○ 身体拘束廃止及び高齢者虐待防止

やむを得ず身体拘束等を行う場合の手続き	サービスの提供の当たっては、利用者の生命又は身体を保護する為、切迫性・非代替性・一時性の3つの要件すべてを満たす緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。ただし、緊急やむを得ない場合は、本人またはご家族に十分説明を行い、速やかに解除できるような措置を講ずるとともに、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録し、ご家族様の要求がある場合及び行政機関等の指示がある場合には開示します。
高齢者虐待防止	サービス提供時について、高齢者虐待にあたる①身体的虐待、②心理的虐待、③介護・世話の放棄・放任、④性的虐待、⑤経済的虐待、の5項目についての行為は行いません。万が一発生した場合、利用者の保護を優先とし、ご家族及び行政機関等へ報告し内容について記録します。行政機関等の指示ある場合には開示します。また今後発生しないよう対策をします。

## ○業務継続計画の策定・実施

業務継続計画	<p>1. 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。</p> <p>2. 事業所は、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の実施するものとする。</p> <p>3. 事業所は、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うものとする。</p>
--------	--

## ○ サービス内容に関する苦情相談窓口

ホ ー ム	担 当：田原ケアセンター事務局 受付時間：月曜日から金曜日まで 9：00～16：30 電 話 0197-31-2105 FAX 0197-31-2106
保 険 者	奥州市健康福祉部長寿社会課 介護保険担当（0197-34-2197）直通 同 江刺総合支所 長寿社会課 介護保険担当（0197-34-2522）直通
国 保 連	岩手県国民健康保険団体連合会介護保険課分室(019-604-6700)



## ○ 守秘義務・個人情報保護について

1. 当ホームでは、事業者が定める「個人情報保護に関する基本方針」に基づき、サービスを提供する上で知り得た利用者等に関する秘密、個人情報については、利用者または第三者の生命、身体等に危険がある場合を除いて、契約中及び契約終了後も第三者に漏らすことはありません。
2. 当ホームでは、「個人情報の使用に関する同意書」に記載された必要最小限の範囲内で個人情報を使用することができます。

## ○ 医療・衛生関連

当ホームでは、協力医療機関契約を締結し、日常の健康管理等を行っています。協力医療機関・協力歯科医療機関は下記のとおりです。

### ○協力医療機関

- ・医療法人社団龍彦会 関谷医院  
奥州市江刺大通り 5-20 電話 0197-35-3511
- ・医療法人四照会 ひらた外科内科クリニック  
奥州市江刺愛宕観音堂沖401-6 電話 0197-31-1331
- ・岩手県立江刺病院  
奥州市江刺西大通り 5-23 電話 0197-35-2181

### ○協力歯科医療機関

- ・関根歯科医院  
奥州市江刺西大通り 3-20 電話 0197-35-6161

衛 生 関 連	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. サービスを提供するのに必要な設備、備品等の清潔を保持し、常に衛生管理に留意する。</li> <li>2. 職員は、感染症等に関する知識の習得に努める。</li> </ol>
---------	--

## ○ 住居利用にあたっての留意事項

1. 面会	<p>○面会時間 9：00～17：00</p> <p>できる限り面会時間の遵守にご協力ください。時間外の面会については、職員までお問い合わせください。入居者様居室の宿泊することも可能です。希望される方は職員までお申し出ください。その際は布団代、食事代等について実費承ります。</p>
2. 外出・外泊	<p>外出・外泊を希望される場合は、ご家族様、身元引受人様より所定の届出書を提出いただきます。</p>
3. 居室整備・器具の利用	<p>住居内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利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。加えて退居時、利用者様の故意、過失により居室等の汚染・破損等があった場合は退居までに現状復帰頂くか、現状を復帰するためにかかった費用についてご負担いただきます。</p> <p>また退居の際、居室備え付けの畳ベッドの畳の表替えにかかる費用についてご負担いただきます。</p>

4. 喫煙	共同住居内は禁煙といたします。
5. 金品の管理 について	預り金規程に基づき依頼を受けた金品以外に持ち込まれた金品に関しては、自己責任にて管理いただくこととし、弊社は一切の管理責任を負わないものとします。
6. ご家族様の 協力について	<p>ご家族様との関係性を維持し、入居者様のよりよい生活支援のため、下記の点につきご協力をいただきます。</p> <p>①協力医療機関以外の医療機関への受診介助  ②季節ごとの着替えの入れ替え  ③状態不安定時の付き添い等</p> <p>入居者様の状況について緊密に連絡を取らせて頂きますので、よろしくご協力の程お願いいたします。</p>
7. 迷惑行為	宗教活動及び政治活動、動物等の飼育についてはすべてお断り致します。また、共同生活における迷惑行為についてはご遠慮ください。なお、再三の注意にも関わらずなおその行為を続けられた場合は退居いただくことがあります。

認知症対応型共同生活介護サービスの開始に当たり、入居上重要な事項につ

いて本説明書を用いて説明いたしました。

説明日：令和 年 月 日

【事業 者】

所 在 地：岩手県奥州市江刺田原字大日195番地 1

事業 者 名：株式会社 江陽

代表取締役 及川 健 ⑩

【事業 所】

所 在 地：岩手県奥州市江刺田原字大日195番地 1

事業 所 名：グループホーム花の家

説明者職名：☐管理者 ☐

氏名： \_\_\_\_\_ ⑩

私は、本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護についての重要な事項の説明を受けた上で、サービスの提供の開始について同意いたします。

同意日：令和 年 月 日

【利 用 者】

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ ⑩

【連帯保証人】

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ ⑩