

重要事項説明書

■ 基本理念 ■

一人ひとりにあった
「今」望む介護を提供し、
健康と生命の維持に
努めます。

認知症対応型共同生活介護事業所

介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

沢田のグループホーム

和っぷる

認知症対応型共同生活介護事業所
介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

沢田のグループホーム 和っぷる

重要事項説明書

＜令和6年6月1日現在＞

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(青森県指定 第0270600570号)

当事業所は、ご利用者に対して認知症対応型共同生活介護サービス及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供サービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

当事業所の利用は、原則として要介護認定の結果「要支援2」以上と認定された方対象になります。要介護認定をまだ受けていない方でも利用は可能です。
--

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|---------------------|
| (1) 法人名 | 有限会社 とわだサンライフ企画 |
| (2) 法人所在地 | 青森県十和田市大字奥瀬字立石202-1 |
| (3) 電話番号 | 0176(72)3121 |
| (4) FAX番号 | 0176(70)2080 |
| (5) 代表者氏名 | 代表取締役 赤石 春子 |
| (6) 設立年月日 | 平成17年 1月 5日 |

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護
青森県第0270600570号

(2) 事業所の目的

- ・要介護者であって認知症の状態にある利用者に対し、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、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に支援することを目的とする。
- ・利用者がなじみの環境を保ちながら、再び地域の人達と自然に交流を取り戻す機会を作り、認知症高齢者が社会の一員であり続けるよう支援することを目的とする。

- | | |
|------------|--------------------|
| (3) 施設の名称 | 沢田のグループホーム 和っぷる |
| (4) 施設の所在地 | 青森県十和田市大字沢田字田屋10-4 |
| (5) 電話番号 | 0176(73)2020 |
| (6) FAX番号 | 0176(70)2080 |
| (7) 管理者氏名 | 高橋 裕紀子 |

(8) 当事業所の運営方針

- ・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ができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、適切なサービスを提供する。又、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。
- ・利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、指定認知症対応型共同生活介護計画を作成し、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮し、適切な援助を行う。
- ・懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、あらかじめ、サービスの提供方法等についての重要事項を記した文書を交付して説明を行い同意を得る。
- ・利用者一人ひとりにあわせた「今」望む介護を提供出来るよう努め、その為にも介護職員が質の向上、質の確保のため、納得した教育と研修に積極的に取り組む。
- ・地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

(9) 開設年月日 平成18年1月26日

(10) ユニット数 1ユニット

(11) 利用定員 9名

3. 居室の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は個室となります。

居室・設備の種類	室数	居室・設備の種類	室数
居室（個室）	9室	浴室・脱衣室	1室
居間・食堂	1室	洗面所	各室
和室	1室	多目的室	1室
事務所	1室	納戸	2室
職員便所	1室	便所	4室

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して認知症対応型共同生活介護サービス及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

職種	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	計
1. 管理者		1名	名	1名
2. 計画作成担当者		1名	名	1名
3. 介護職員	5名	2名	名	7名

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 管理者	8:00~17:00
2. 計画作成担当者	8:00~17:00

3. 介護職員	早勤	7:00～16:00	1名
	日勤	8:00～17:00	1名
	遅勤	10:00～19:00	1名
	夜勤	17:00～ 9:00	1名

5. 当事業所が提供するサービス

＜サービスの内容＞

①食事・・・・・・食事時間 朝食7:30～ ・ 昼食12:00～ ・ 夕食18:00～

②入浴・・・・・・最低週2回行います。但し、ご利用者の状態により清拭又は欠浴となる場合があります。

③排泄・・・・・・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④健康管理・・・・バイタルチェック（朝夕、血圧、検温チェック）
月に一度は、協力医療機関または主治医に受診。

⑤レクリエーション・・・・・・ご利用者の希望により、行事やクラブ活動に参加していただくことができます。

i) 主な行事の予定

	行 事 名	備 考
1月	お正月、家族交流餅つき会	★ご家族にもご案内いたします。
2月	節 分	
3月	ひなまつり	
4月	ゴミ拾い	
5月	お花見 沢田小運動会見学会	
6月	新緑ツアー GH交流会	
7月	家族交流会 西高文化祭見学	★ご家族にもご案内いたします。
8月	仲よし会合同昔あそび会	
9月	町内会秋祭り見学	
10月	沢田小音楽会見学 焼き芋会	
11月	ドライブ	
12月	仲よし会合同クリスマス会	

ii) レク活動・・・・・・書道、茶道、カラオケ、ゲームなど

⑥その他自立への支援・・・・・・規則的な生活リズムにより、症状の安定化に配慮します。
生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう
援助します。

6 利用料金（１日あたり）

（１）利用料

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

【認知症対応型共同生活介護費】

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. サービス利用料金	7,610円	7,650円	8,010円	8,240円	8,410円	8,590円
2. 介護保険給付金額	6,849円	6,885円	7,209円	7,416円	7,569円	7,731円
3. 自己負担額（1－2）	761円	765円	801円	824円	841円	859円

＊入居後30日間に限り、「初期加算」として上記自己負担額に30円が増額となります。

＊下記の加算については、当事業所が厚生労働省の定める加算要件が整った場合に限り、加算されます。

【短期利用認知症対応型共同生活介護費】

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. サービス利用料金	7,890円	7,930円	8,290円	8,540円	8,700円	8,870円
2. 介護保険給付金額	7,101円	7,137円	7,461円	7,686円	7,830円	7,983円
3. 自己負担額（1－2）	789円	793円	829円	854円	870円	887円

※ 短期利用認知症対応型共同生活介護（ショートステイ）とは、定員の範囲内で、空室を利用するもので1名を上限とし、30日以内の利用期間で運用します。ショートステイ利用の場合は、その居室（入院等の事由により空室となった）の ご利用者およびご家族のご了承を得る事といたします。

- ・退居時相談援助加算（退居時 1 回自己負担400円）

ご利用者が退居して在宅復帰する場合、福祉サービスについての相談援助を行い、且つ、退居の日から 2 週間以内にご契約者の介護状況等の必要な情報提供を行った場合に必要となります。

- ・サービス提供体制加算(Ⅲ)（1 日自己負担額 6 円）

当事業所の介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上配置された場合に必要となります。

- ・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)（月 1 回 所定単位×17.8%）

- ・入院時費用 新設(1 日自己負担 246 円)

入院後 3 カ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を調べている事。※1 月に 6 日を限度として所定単位数に代えて算定

- ・身体拘束廃止未実施減算 新設（介護度により 1 日 76 円から 84 円減算）

身体的拘束等の適正化を図る為、運営基準に定めた以下に違反した場合に減算とする。

要件として

- ・身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する事。
- ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(運営推進会議を活用しても良い)を 3 カ月に 1 回以上開催すると共に、その結果について介護職員その他従事者に周知徹底する事。
- ・身体的拘束などの適正化のための指針を整備する事。
- ・介護職員その他の従事者に対し、身体拘束などの適正化のための研修を定期的実施する事。

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、上記サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

（２）その他の料金

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者又はご利用者の負担となります。

①食材費	１日あたり	1,000 円	ご利用者に提供する食事の材料に係る費用です。（朝食 250 円、昼食 300 円、夕食 350 円、おやつ 100 円）
②居室料（部屋代）	１日あたり	1000 円	ご利用者の外泊期間、入院期間も含みます。
		950 円	生活保護世帯
③光熱費（外泊日も含）	１日あたり	500 円	但しコンセント3個以上は１日100円追加。
④暖房費（外泊日も含）	１日あたり	300 円	10月～5月（但し灯油が高騰した場合は、上限400円とします。）
⑤理美容代	1 回	実費	希望する理髪店での料金をご負担
⑥特別な食事（酒類含）		実費	希望に基づいて特別な食事を提供します。
⑦教養娯楽費		//	各種クラブ活動及び行事等の材料費
⑧洗濯代	業者に依頼した場合	実費	当事業所で洗える物（肌着や衣類等）については無料です。
⑨おむつ代		実費	紙おむつ、尿取りパット、紙パンツ（リハビリパンツ）等を使用している方が対象
⑩寝具リース代		実費	原則として持ち込みですが、希望により当事業所で寝具類を用意する場合
⑪複写物の交付（コピー）	片面複写 1 枚あたり	10 円	サービス提供についての記録はいつでも閲覧できますが、複写を必要とする場合
⑫日常生活上必要となる諸費用実費		実費	日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご契約者又はご利用者に負担いただくことが適当であるものに係る費用をご負担いただきます。

⑫に該当する物

- 衣類、タオル類、洗面用具、上履き、医療費（一部負担金等）、薬代、電話代等
- ご利用者の嗜好等に係る菓子類、飲料水等
- 事務手続きの代行の際に必要な切手代、戸籍謄本等の手数料
- ご契約者又はご利用者の希望による日用品及び教養娯楽に係る費用
- 健康管理費（インフルエンザ予防接種に係る費用等）

(3) 利用料金のお支払い方法

毎月15日までに前月分の利用金を計算し、ご請求しますので、サービス提供月の翌月末日までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数等に基づいて計算した金額とします。)

ア. 窓口での現金支払い

イ. 下記指定口座への振り込み

青森銀行 十和田支店 普通 1203936

ゆうちょ銀行 記号 18410 番号 19235521

口座名義 (有)とわだサンライフ企画

(4) 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者又はご利用者の希望により、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・入院治療を保証するものではありません。又、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。)

①協力医療機関

名 称	十和田第一病院
所在地	十和田市東三番町 10-70
電話	0176-22-5511

②協力歯科医療機関

名 称	佐々木歯科クリニック
所在地	十和田市西二番町 3-25
電話	0176-24-3355

(5) 個人情報の活用について

ご利用者に係る他の関連機関(医師、行政、居宅介護支援事業者等)との連携を図るなど、正当な理由がある場合には、ご利用者又はご契約者の個人情報を他の関連機関に提供する場合があります。

7. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場として快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 面会

面会時間 8:00~20:00

* 来訪者は必ずその都度職員に届けて下さい。

* 面会時間外での面会を希望される方は、事前にご連絡下さい。

(2) 外出・外泊

外出・外泊される場合は、事前にお申し出下さい。

その際は、必ず行き先、帰宅時間、連絡先の電話番号を職員に申し出て下さい。

(3) 飲酒・喫煙

喫煙は所定の場所以外ではできません。

飲酒は他の利用者に迷惑をかけないよう嗜む程度にする。

(4) 施設・設備の使用上の注意

・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

・ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上、ご利用者の居室に立ち入り、必要な措置をとることができます。但し、その場合、利用者のプライバシー等の保護について、十分配慮を行います。

・当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

8. 退所していただく場合（契約の終了について）

当事業所との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮に次の事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了し、ご利用者に退所していただくことになります。

- 1、要介護認定においても自立、もしくは要支援1と認定された場合。
- 2、ご契約者が、契約締結時にご利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項等について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- 3、ご契約者によるサービス利用料金の支払いが3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。
- 4、ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- 5、ご利用者が明らかに連続して1か月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合。
- 6、ご利用者が介護老人福祉施設、介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合。
- 7、介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合。

○事業者側の事由事項による場合

- 1、事業者もしくはサービス従業者が正当な理由なく本契約に定める介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを実施しない場合。
- 2、事業者もしくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合。
- 3、事業者もしくはサービス従業者が故意又は過失によりご契約者及びご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、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。
- 4、他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応を取らない場合。
- 5、事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により当事業所を閉鎖した場合。
- 6、事業所の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合。
- 7、当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合。
- 8、ご利用者に常時医療行為が必要とされる場合、当事業所において医療連携加算体制が整備されていない為、受け入れ施設を確保した後、退居していただく事があります。

* ご契約者からの退所の申し出の場合（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者又はご利用者から当事業所からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出下さい。

* 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

お客様やご家族などが当事業所や当サービス従業者に対し本契約を継続し難い程の背任行為を行った場合は、サービス契約終了の15日前に文章で通知し、退所していただく場合があります。

9. 残置物の引取

利用契約が終了した後、当事業所に残されたご利用者の所持品（残置物）をご契約者に連絡のうえ、引き取っていただきます。

10. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けています。

○苦情受付窓口（担当者） 管理者 高橋 裕紀子

○受付時間 24時間

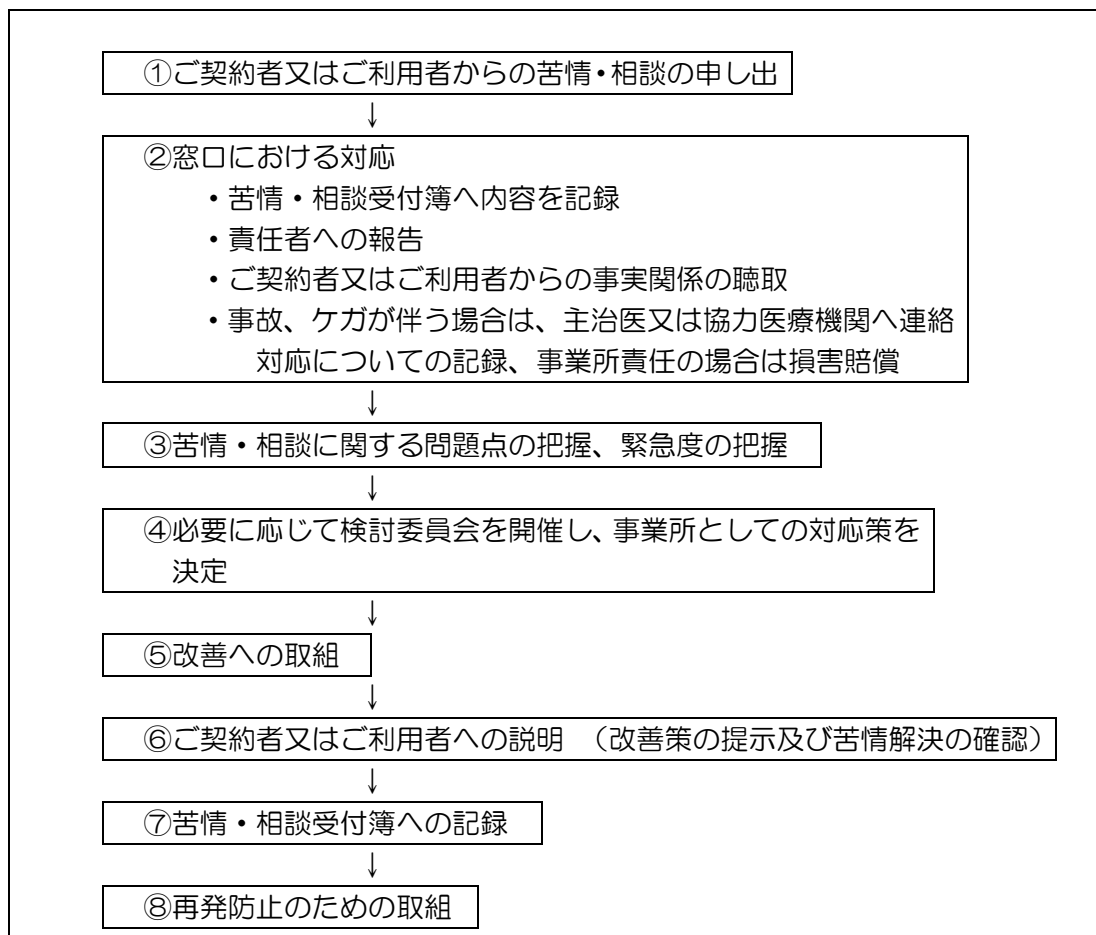
○苦情処理責任者 代表取締役 赤石春子

又、苦情受付・相談用のボックスを事業所内に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

機 関 の 名 称	所 在 地	電 話 番 号
十和田市役所高齢介護課	十和田市西十二番町六番1号	0176(51)6721
青森県国民健康保険団体連合会	青森市新町二丁目4-1	017(723)1336
青森県運営適正化委員会	青森市中央三丁目20-30	017(731)3039

(3) 苦情処理の流れ



11. 虐待防止について

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次にあ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ます。

担当者：管 理 者 高橋 裕紀子

- (2) 虐待の為の対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について事業所職員に周知徹底を図っています。

12. 身体拘束について

当事業所は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等の恐れがある場合など、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び対応等についての記録を行います。また事業所として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

13. 秘密保持について

当事業所職員及び事業所を退職した職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者は及びその家族に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務はサービス提供終了後も同様です。

ただし、必要に応じてサービス担当者会議、居宅介護支援事業所、主治医、各介護保険施設、市町村に対して情報を提供する場合があります。このことについては、個人情報利用同意書にて確認致します。

14. 業務継続計画の策定等について

- (1) 当事業所は、感染症や非常災害時の発生において、利用者に対する介護等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)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、業務改善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行います。
- (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。

15. 緊急時の対応について

当事業所でのサービス提供中に、ご利用者に容態の急変等が生じた場合は、速やかに主治医又は協力医療機関、救急隊、ご契約者等に連絡する等の必要な措置を講じます。

16. 事故発生時の対応について

当事業所でのサービス提供中に、事故が発生した場合は、速やかに主治医又は協力医療機関、救急隊、ご契約者等に連絡する等の必要な措置を講じます。

又、ご利用者に対して当事業所が提供するサービスにより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。但し、ご利用者又はご契約者に過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合に限り、損害賠償責任を減じることができます。

17. 非常災害対策について

当事業所では、消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、非常災害対策を行います。

- (1) 非常災害用設備として、スプリンクラー装置、自動火災報知器、非常警報装置、非常通報装置、消火器を設置しています。
- (2) 始業時、就寝時には、火災危険防止のため、自主点検を行います。
- (3) 火災の発生や地震等の災害が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務の遂行にあたります。
- (4) 以下の消防訓練を実施します。
 - ①防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難）・・・・・・・・・・年1回以上
 - ②ご利用者を含めた総合訓練・・・・・・・・・・年1回以上
 - ③非常災害用設備の使用方法的徹底・・・・・・・・・・随時

18. 個人情報の使用に係る同意書

次に定める条件の通り、私及び私の家族は、次の利用目的の必要最低限の範囲内で使用することに同意します。

- (1) 使用期間
介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。
- (2) 使用目的
 - ①介護サービス計画等を作成するため
 - ②サービス事業者間の連携とサービス担当者会議での情報提供
 - ③医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業者、行政機関、その他必要に応じた地域団体等との連絡調整のため
 - ④健康状態の急な変化などにより、病院へいた時、医師又は看護師しに説明をするため
- (3) 個人情報を使用する事業所
 - ①退所にあたり利用する事業所
 - ②病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診療する事となった場合)
- (4) 使用条件
 - ①個人情報の提供は使用目的の範囲内とし、サービス提供に係る目的以外には決して利用しないこと。また、サービス利用に係る契約締結前からサービス終了後において、第三者に漏らさないこと。
 - ②個人情報を使用した会議の内容などについて、その経過を記録し請求があれば開示すること。

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護サービス及び、介護予防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。

指定認知症対応型共同生活介護事業所
沢田のグループホーム 和っぷる

説明者職名 氏 名 赤石 春子 印

私は、本書面に基ついて事業者から重要事項の説明を受け、認知症対応型共同生活介護サービス及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供について同意しました。

契約者 住 所
氏 名 印

代理人 住 所
氏 名 印