

指定介護予防認知症対応型共同生活介護 指定認知症対応型共同生活介護サービス重要事項説明書

＜ 年 月 日 現在＞

あなたに対する介護サービス提供開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 当ホームの概要

【事業者】

事業者の名称	アサヒケアサービス株式会社
事業者の所在地	京都市伏見区深草西浦町二丁目 96
法人種別	株式会社
代表者名	藤田 知子
電話番号	(075) 641-5411
F A X	(075) 641-5422

【ご利用ホーム】

名 称	グループホーム 三雲	
所 在 地	滋賀県湖南市三雲ナガレ 69 番地	
ホーム長名	白井 康之	
電話番号	(0748) 72-3004	
F A X 番号	(0748) 72-3004	
事業者指定番号	No.2572300081	
提供するサービスの種類	指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護	
外部評価	実施の有無	有
	直近の実施年月日	
	評価機関の名称	
	評価結果の開示状況	ホームページにて掲載 施設内にて自由閲覧可能

【事業の目的と運営の方針】

目 的	認知症によって自立した生活が困難になった入居者に対し、家庭的な環境のもとで可能な限り自立して営むことができるよう支援する
方 針	① 認知症の状態を正しく認識し、それに合わせた個別支援する ② 五感の刺激に努め、残存能力を引き出し生き生き暮らす ③ 家族や職員間の連絡を密にし、互いの信頼を高め笑いの中で楽しみながら介護に努める

	④ 本事業所の定員の枠内で空室がある場合、1名を限度として、30日以内の期間内で短期利用共同生活介護及び介護予防短期利用共同生活介護として、介護や日常生活上の支援及び機能訓練等のサービスを提供する
--	--

2 建物・設備の概要

(1) 建物

構 造	2階建て 木造瓦葺
延べ床面積	1階 114.75㎡ 2階 97.20㎡

(2) 主な設備

設備の種類	数	面 積
食堂・リビング	1 階 1 箇所	52.56 m ²
相談室兼事務所	1 個所（1 階）	
浴 室・洗 面	1 階 1 箇所	6.48 m ²
便 所	1 階 1 箇所	7.29 m ²
	2 階 1 箇所	1.62 m ²
居 室	9 室（定員 1 名）	90.0 m ²
		1 人当り／10.0 m ²
利用定員：9 名（1 ユニット）		

※各部屋の配置ならびに構造についてはパンフレットを参照してください。

3 ホームの職員体制

① 管理者 1名

管理者は、業務の管理を一元的に行う。

② 計画作成担当者 1名

計画作成担当者は、適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成するとともに、連携する介護老人保健施設、病院等との連絡、調整を行う。

③ 介護職員

介護職員は、利用者に対し必要な介護及び支援を行う。

専従 5名以上（内常勤2名以上） 兼務 1名以上

④ 看護師 1名

看護師は利用者のバイタルチェック・状態把握を行ない必要に応じ介護者に指示又医師との連絡を行う。

（夜間ケア時間）

21：00 から翌 6：00 までとなっています。

4 サービスの内容

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食事	・入居者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。 ただし、食材料費は給付対象外です。 ・食事は離床して食堂でとっていただくよう配慮します。 ・食事時間 下記の時間には用意できています。 朝食 7：30 ～ 昼食 12：00 ～ 夕食 18：00 ～ 内 容
排泄	・入居者の状況に応じ、適切な排泄の介助と、排泄の自立の援助を行います。 ・おむつの交換は身体状況に応じて対応します。
入浴	・入居者の身体状況や希望に応じて、入浴または清拭を行います。
日常生活上の世話	・離床、着替え、身だしなみなどの介助 ・寝具消毒 ・シーツ交換 ・健康管理 ・洗濯 ・居室内清掃
機能訓練	・離床援助、屋外散歩同行、家事共同等により生活機能の維持・改善に努めます。
健康管理	・医療機関の指示のもと服薬管理、バイタルチェック（血圧・心拍数・体温）水分チェック、排せつチェック等健康管理に努めます。 また、緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 （当ホームの協力医療機関） 病院名：小川診療所 病院名：生田病院 診療科：内科・呼吸器科・循環器科・外科・小児科・整形外科・放射線科・胃腸科・リハビリテーション科 病院名：芦田歯科医院
相談および援助	・当ホームは、入居者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
行政手続き代行	・行政手続きの代行を受け付けます。ご希望の際には職員にお申し出ください。 ただし、手続きにかかわる経費はその都度お支払いいただきます。
短期利用	・短期利用共同生活介護及び介護予防短期利用共同生活介護として入居頂き、利用者の介護や日常生活の支援及び機能訓練を行います。

(2) 介護保険給付外サービス（入居者のご希望に応じて提供します。）

種 類	内 容
おむつの提供	・ ご入居者のご希望に応じて提供します。
食材の提供	・ 新鮮で安価な食材を提供します。
理美容サービス	・ 理美容サービスを実施しております。 （料金は別途かかります）
レクリエーション行事	・ 行事計画にそってレクリエーション行事を企画します。
通院サービス	・ 医療上必要な場合は、通院サービスが行われます。 医療費は別途実費をご負担頂きます。又、通院が必要な場合には、交通費を請求させていただきます。

5 苦情・相談窓口

1 苦情受付組織	苦情対応責任者 代表取締役 藤田 知子 苦情受付担当者 管理者 白井 康之 0748-72-3004 管理部（本社） 075-641-5411 苦情相談窓口 湖南省役所 健康福祉部 高齢福祉課 0748-71-2356 滋賀県国民健康保険団体連合会 077-510-6605
2 苦情申し出の方法	(1) 苦情受付箱へ文書にて申し出る 受付箱設置場所 ホーム玄関 (2) 一般スタッフへ苦情を申し出る (3) 苦情担当者へ苦情を申し出る （いずれの方法の場合でも基本的には苦情受付担当者が話し合いを担当させていただきます）
3 苦情受付担当者について	担当者名 白井 康之 苦情受付時間 平日 9:00～18:00 受付場所 グループホーム三雲 （業務のため不在の場合もありますので御了承ください）
4 問い合わせ	ご不明な点はスタッフまでお問い合わせください

6 身体拘束等の排除のための措置

- (1) 私たちはご利用中の方の尊厳を守るために、原則として身体拘束をおこないません。
身体拘束の必要性があると考える場合には、臨時職員会議を開催します。
- (2) 臨時職員会議では、以下の要件について検証し、決定します。
- ① 目的が当人及び他のご利用中の方の心身の安全を保護する観点に由来するものであること。
 - ② 緊急性が高く、まもなく心身を害する恐れがあるか、すでに心身を害し始めていること。

- ③身体拘束以外の方法で目的を達成する手段がないこと。
- ④ 前3号の内容について検討し、やむを得ず身体拘束が必要であると判断される場合には、状況に応じた必要最低限の実施期間を決定する。この期間は上限を長くとも一ヶ月とし、可能な限り短く設定できるよう検証します。
- (3) 臨時職員会議でやむを得ず身体拘束を行わなければならないことが決定した場合、その場でご家族様へ一時連絡を取り、事情の説明を行います。追って二次連絡を文書にて行い、臨時介護の内容を記した文書を交付します。この連絡過程において、ご家族様の理解と同意が得られた場合のみ、決定した期間において、決定した内容で身体拘束を実施します。
- (4) 身体拘束を行う場合はその内容を詳細に記録し、実施日の開始時刻、終了時刻、実施者を記載の上、身体拘束実施記録として通常の介護記録とは独立した書類として、ご本人様の利用終了から5年間の保存を行います。
- (5) 事前に決定した期間中であっても、身体拘束の必要性が一時的または永続的になくなったと思われる場合については、その場で一時的または永続的に拘束を解除し、その旨を身体拘束実施記録に時間、理由、実施者を含めて記録します。
- (6) 法人は身体拘束排除のために以下に掲げる措置を講じます。
 - ① 平素より、身体拘束防止の為に委員会を法人内で設置します。
委員会は各施設1名の委員と、委員長からなる法人内組織として構成し、3月に1回以上の委員会を実施し、その内容を各施設委員から全施設職員へ周知します。
 - ② 身体拘束防止委員会主導による、身体拘束排除を目的とした法人内研修を年2回以上実施し、職員への意識付けを行います。
 - ③ 身体拘束排除に向けた指針を法人として規定し、公開します。

7 高齢者虐待防止のための措置

- (1) 法人は高齢者虐待の防止のために以下に掲げる措置を講じます。
 - ① 平時より、虐待防止の為に委員会を法人内で設置します。
委員会は各施設1名の委員と、委員長からなる法人内組織として構成し、3月に1回以上の委員会を実施し、その内容を各施設委員から全施設職員へ周知します。
 - ② 虐待防止委員会主導による、高齢者虐待防止を目的とした法人内研修を年2回以上実施し、職員への意識付けを行います。
 - ③ 高齢者虐待防止に向けた指針を法人として規定し、公開します。
- (2) 施設内外で高齢者虐待の発生が疑われる際は、施設委員、管理者、虐待防止委員長、社長の内、2名以上で構成する調査員にて調査を行い、その結果を市区町村窓口と被害者様のご家族様へ文書記録を伴って報告します。
- (3) 高齢者虐待加害者が法人内職員であった場合、速やかに法人内で当該事実の共有を行った上、法人として加害当時者職員の懲戒処分を決定します。
- (4) 一連の記録は被害当事者様と法人の関係性が終了した後、5年間までを保存期間とします。

8 ユーザー及びユーザー代理人の権利と義務

（ユーザー及びユーザー代理人の権利）

ユーザー及びユーザー代理人は、グループホームのサービスに関して以下の権利を有します。これらの権利を行使することによって、ユーザーはいかなる不利益を受けることはありません。

- ①独自の生活歴を有する個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を維持すること
- ②生活やサービスにおいて、十分な情報が提供され、個人の自由や好み、および主体的な決定が尊重されること
- ③ 安心感と自信をもてるよう配慮され、安全と衛生が保たれた環境で生活できること
- ④自らの能力を最大限に発揮できるよう支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受けられること
- ⑤必要に応じて適切な医療を受けることについて援助を受けられること
- ⑥家族や大切な人との通信や交流の事由が保たれ、個人情報を守られること
- ⑦地域社会の一員として生活し、選挙その他一般市民としての行為を行えること
- ⑧暴力や虐待および身体的精神的拘束を受けないこと
- ⑨生活やサービスにおいて、いかなる差別を受けないこと
- ⑩生活やサービスについて職員に苦情を伝え、解決されない場合は、専門家または第三者機関の支援を受けること（苦情受付窓口等は重要事項説明書に記載しています。）

（ユーザー及びユーザー代理人の義務）

ユーザー及びユーザー代理人は、グループホームのサービスに関して以下の義務を負います。

- ① ユーザーの能力や健康状態についての情報を正しく事業者を提供すること
- ②他のユーザーやその訪問者及び事業者の職員の権利を不当に侵害しないこと
- ③特段の事情がない限り、事業者の取り決めやルール及び事業者またはその協力医師の指示に従うこと
ただし、ユーザー又はユーザー代理人が、介護や医療に関する事業者またはその協力医師の指示に従うことを拒否する旨を明示した書面を事業者に指示し、それによって起こるすべてについてユーザー及びユーザー代理人が責任を負うことを明らかにした場合はその限りではありません。

- ④ 事業者が提供する各種のサービスに異議がある場合に、速やかに事業者知らせること
- ⑤市町村並びに介護保険法その他省令に基づく事業者への立ち入り調査について利用者及び利用者代理人は協力すること

9 医療連携体制について

(医療上の必要への対応)

事業所は医療法人社団美松会 生田病院と連携し、入居者が危篤状態に陥るなど緊急を要する場合には、24時間体制で対応しています。

10 利用料金

別紙のとおり

11 支払い方法

別紙のとおり

12 入退居の手続き

(1) 入居手続き

所定の契約手続き終了後、サービスの提供を開始します。

- ⑥ 入居申込書 ②医師診断書 ③個人情報同意書 ④看取りに関する同意書
- ⑤金銭に関する同意書 ⑥介護保険証 ⑦健康保健証 ⑧負担割合証

(2) 退去手続き

① ご入居者のご都合で退居される場合

退去を希望される1ヶ月前までに退去届をご提出して下さい。

(例 2月10日退去⇒1月11日までに申請 1月31日退去⇒12月31日までに申請)

② 自動終了(ご利用の最終日が退去日)

以下の場合も退去届をご提出して下さい。

- ・ ご入居者が介護保険施設に入所された場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたご入居者の要介護認定区分が、非該当(自立)または要支援1と認定された場合は、所定の期間の経過を持って退去していただくことになります。
- ・ ご入居者がお亡くなりになった場合

③ 退去日をもって退去完了日とします。退去完了日までの家賃・共益費及び修繕にかかる費用(原状復帰費用)はご入居者の負担とさせていただきます。

但し、所有物（家具等）が残っている場合、修繕がまだの場合は、完了するまでの家賃・共益費は対象となります。

- ④ 短期利用共同生活介護の利用者の退去に際しては、利用者を担当する居宅介護支援専門員と連携を図ることとします。

⑤その他

- ・ サービスご利用料金の支払いを 2 ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず、14 日以内に支払わない場合、又はご入居者やご家族などが当ホームや当ホームの従事者に対してこの契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合は退居していただく場合がございます。
この場合、契約終了 7 日前までに文書で通知いたします。
- ・ ご入居者が病院または診療所に入院時、60 日以内に退院できる見込みがない場合または入院後 60 日間経過しても退院できないことが明らかになった場合、文書で通知したうえ、契約を終了させていただく場合がございます。この場合、退院後に再度入居を希望される場合は、お申し出ください。
- ・ ご入居者が他の入居者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつ通常の介護方法ではこれを防止することができないと判断した場合は、文書で通知のうえ、契約を終了させていただく場合がございます。
- ・ やむを得ない事情によりホームを閉鎖又は縮小する場合、契約を終了し退居していただく場合がございます。この場合、契約終了 30 日前までに文書で通知します。

1 3 当ホームをご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	基本的にいつでも可能です。ただし、ご入居者の状態により、一時的に面会時間をご相談させていただく場合がございます。
外出・外泊	外出・外泊は自由にできます。 その際には職員にお声掛け下さい。
医療機関への受診	医療機関への受診を希望される場合は、必ず職員に申出てください。
居室・設備・器具の利用	ホーム内の居室や設備、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、賠償していただく場合がございます。
居室の移動	入居者の心身の状況（軽度⇄重度、看取り介護等）を照らし合わせ、お部屋を移動する場合がございます。ご入居者の希望で移動した場合、元のお部屋の修繕費用はご入居者の負担とさせていただきます。
飲酒・喫煙	喫煙は所定の場所で御願いたします。 飲酒も基本的には自由ですが、ご入居者の状態により、喫煙・飲酒量を職員により限定させていただく場合がございます。

迷惑行為等	騒音等他のご入居者の迷惑なる行為はご遠慮願います。また、むやみに他のご入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
事故の可能性	スタッフ一同、事故が起こらないように対応させていただいておりますが、入居者の身体の状態や病気等に伴う様々な症状が原因で、転倒等の事故が起きる可能性がありますことを、ご理解いただけますようお願いいたします。
所持品の管理	当ホームは一切の責任を負いません。
現金等の管理	別途定める基準によります。
宗教活動・政治活動	ホーム内で他のご入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

1 4 協力医療機関

(1) 看護師派遣契約先

医療機関の名称	特定非営利活動法人 ケアサポート滋賀
所在地	滋賀県湖南市菩提寺 2364
電話番号	(0748) 75-3788 (訪問看護ステーションつむぎ)
契約の概要	看護師を 1 週間に 1 回派遣し、利用者の健康状態把握のための検査を行う

(2) 病院

医療機関の名称	小川診療所
所在地	滋賀県湖南市石部東二丁目 5 番 38 号
電話番号	(0748) 77-8082

総合病院

医療機関の名称	医療法人 社団美松会 生田病院
所在地	滋賀県湖南市菩提寺 104-13
電話番号	(0748) 74-8577
入院設備	一般病床 99 床 医療病床 50 床 介護病床 50 床
救急指定の有無	救急指定病院
契約の概要	当ホームと生田病院とは、利用者に治療の必要性が生じた場合、通院又は往診及び入院による治療及び救急受診の受け入れに協力する。

(3) 歯科医院

医療機関の名称	芦田歯科医院
所在地	滋賀県湖南市三雲 445
電話番号	(0748) 72-0020

15 協力老人福祉施設

名 称	介護老人保健施設 ケアセンターこうせい
所在地	滋賀県湖南市菩提寺 104-14
電話番号	(0748) 74-8411
契約の概要	当ホーム利用者のサービス提供体制の確保に協力する。

16 緊急時の対応方法

ご入居者に容体の変化があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先 1	氏名		
	住所		
	電話番号／携帯		
	続柄		
	勤務先名／TEL		

緊急連絡先 2	氏名		
	住所		
	電話番号／携帯		
	続柄		
	勤務先名／TEL		

17 非常災害対策

当ホームは非常災害に関する具体的な計画をたて、非常災害に備える為、定期的に避難、救出その他の必要な訓練を年2回以上行うものとします。

18 緊急時・事故発生時の対応

当ホームはそれぞれの対応についてマニュアルを完備しています。
緊急時および事故発生時には、マニュアルにそって徹底した迅速な対応を行います。

緊急対応方法	湖南中央消防署	TEL (0748)72-0119
防犯防災連絡	甲西駅前交番	TEL (0748)72-4970
損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険株式会社（代理店：TNP 京都） ※事業所に責任がある場合には、損害賠償を行います	

（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、ご入居者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 京都市伏見区深草西浦町二丁目 96

名 称 アサヒケアサービス株式会社

説明者 所属 グループホーム 三 雲

氏名 白井 康之 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から（介護予防）認知症対応型共同生活介護についての重要事項の説明を受け、利用者の自己負担についても理解し（介護予防）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、重要事項説明書の交付を受けました。

令和 年 月 日

（本人） 住所

氏名

印

（代理人兼身元引受人）

住所

氏名

印

以上、重要事項説明書に関する記載事項は終了とする。以下余白への記載は無効とする。