

**重要事項説明書（介護予防）認知症対応型共同生活介護(短期利用含む)**  
(令和6年8月1日現在)

あなた(又はあなたの家族)が利用しようと考えている指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービス(短期利用含む)について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

**1. 事業者**

事業者の名称	医療法人恵愛会
事業者の所在地	秋田県鹿角市花輪字六月田97番地
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 高橋 正芳
電話番号	0186-23-4131
FAX番号	0186-23-3330

**2. ご利用施設**

施設名称	医療法人恵愛会 グループホーム誠愛
施設の所在地	秋田県鹿角市花輪字六月田73番地1
管理者名	畠山 誠子
電話番号	0186-22-3367
FAX番号	0186-22-3368
介護保険事業者番号	0590900197

**3. 事業目的と運営方針**

**<事業目的>**

医療法人恵愛会が開設するグループホーム誠愛(以下「事業所」という)が行う指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護(短期利用を含む、以下「認知症対応型共同生活介護」という)の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の管理者や従業者が認知症を有し、要介護状態にある高齢者に対し、適切なサービスを提供することにより、認知症症状の軽減を図ることを目的とする。又、在宅に近い環境で、その生活の継続を支援することを目的とする。

**<運営方針>**

本事業所において、提供する認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容にそったものとする。

2. 明るく家庭的な雰囲気の下、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市区町村居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、保健医療サービス・福祉サービスの提供者との密接な連携に努める。また、他のグループホームと積極的な交流を図る。
3. 認知症対応型共同生活介護サービス計画に基づき、可能な限り居宅での生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談・援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の世話、アクティビティケア、健康管理及び療養上の世話をを行う。生活課題の解決に向けて、サービスを継続的に提供する。

#### <基本理念>

「その人らしさ」を大切にします 「状態に応じた個別ケアの実践を目指します」

#### 4. 入居対象者

- ① 要支援2、要介護1～5の被認定者であり、かつ認知症の状態であるとの医師からの診断があること。
- ② 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。
- ③ 自傷他害のおそれがないこと。
- ④ 常時医療機関において治療する必要がないこと。(安定した状態である)

#### 5. 施設の概要

敷地概要	権利形態 所有・借地 (借地の場合の契約形態) 通常借地契約・定期借地契約 ★借地借家法に基づく定期借地以外の契約及び民法による契約は「通常借地契約」に該当するものとする。 (借地の場合の契約期間) 平成30年10月1日～令和30年9月30日 敷地面積 2,158 m <sup>2</sup>
構造	木造平屋建
延床面積	829.73 m <sup>2</sup>
利用定員	18名まで (1ユニット9名) 短期利用 2名 (1ユニット1名まで 30日以内) 緊急時定員を超える場合は1ユニット1名まで(最大14日)

## 6. 主な設備

ひばり			やまばと		
設 備	数	面積	設 備	数	面積
食堂兼台所	1	72.8 m <sup>2</sup>	食堂兼台所	1	72.8 m <sup>2</sup>
和 室	1	13.2 m <sup>2</sup>	和 室	1	13.2 m <sup>2</sup>
居 室	10	10.7 m <sup>2</sup>	居 室	10	10.7 m <sup>2</sup>
居室押入	10	1.6 m <sup>2</sup>	居室押入	10	1.6 m <sup>2</sup>
洗 濯 室	1	7.4 m <sup>2</sup>	洗 濯 室	1	7.4 m <sup>2</sup>
脱 衣 室	1	6.0 m <sup>2</sup>	脱 衣 室	1	6.0 m <sup>2</sup>
浴 室	1	4.1 m <sup>2</sup>	浴 室	1	4.1 m <sup>2</sup>
ト イ レ	2	6.6 m <sup>2</sup>	ト イ レ	2	6.6 m <sup>2</sup>

## 7. 職員体制(主たる職員)

従業者の職種	員数	区分				保有資格
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1	0	1	0	0	看護師
看護師	1	0	1	0	0	看護師、介護支援専門員
介護支援専門員	1	0	1	0	0	介護支援専門員、看護師
計画作成担当者	2	0	2	0	0	介護支援専門員、介護福祉士
介護職員	14	13	1	0	0	介護福祉士等

## 8. 職員の職務内容

従業者の職種	職務内容
管理者	事業所の従事者の管理及び利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。
看護師	健康管理・指導、医療・看護業務を行う。
計画作成担当者	認知症対応型共同生活介護サービスの計画の作成に関する業務を行う。
介護職員	日常生活全般の援助、家事援助、身体介護を行う。

## 9. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
看護師	日勤 8:30 ~ 17:00
管理者	早番 7:00 ~ 15:30
計画作成担当者	日勤 8:30 ~ 17:00
介護職員	遅番 10:30 ~ 19:00 夜勤 16:30 ~ 8:30

勤務時間原則として、職員1名あたり入居者3名

## 10. 営業日

年中無休

## 11. 利用料

別紙料金表のとおり

ご利用については、担当介護支援専門員に事前にご相談ください。

ご利用について、介護保険の残存期間のおおよそ半分を超えないこと。

緊急時短期利用については、7日以内を限度として、利用者家族の疾病等、やむを得ない事情がある場合には14日以内で受け入れます。

認知症行動・心理症状緊急対応加算(利用日から7日間) 2,000円

短期利用で緊急性を伴わない利用については定員を超えない場合、30日以内とする。

## 12. 利用料のお支払い方法

利用料の支払いについては、下記のとおりとなります。

当月利用分を月末で締め、翌月10日に契約者(所定請求者)へ請求させていただきます。家族会の要望により指定口座より、自動引き落としさせていただきます。その月に引き落とし不可能な場合は、翌月に2ヶ月分引き落としとなります。なお、銀行自動決済手数料は利用者の負担となります。

## 13. サービス内容

**食事** 食事利用者の身体状況および嗜好、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。食事は、食堂で摂って頂くよう配慮します。

<朝食> 07時30分頃

<昼食> 12時00分頃

<夕食> 18時00分頃

セレクトメニュー適時自己決定、自立支援のため、セレクトメニューを提供することがあります。計画的により行い、発生差額は自己負担となります。

排泄	排泄利用者の状況を確認し、清潔保持のため、介助、見守りを行い、自立支援の一環として目指します。
入浴	入浴週2回以上(入浴できない場合は清拭)行います。
着替え等	日常生活上の世話離床、着替え、整容、リネン交換、洗濯、健康管理、居室内掃除、事務手続き代行
生活機能の維持	アクティビティケア集团的レクリエーション、創作活動機能訓練、屋外散歩同行、家事の共同作業等により生活機能の維持・改善に努めます。適時、外出・外食をホーム行事として行う。
健康管理	病院受診の手配等受診の手配その他療養上の世話をします。
相談援助	相談および援助利用者とその家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。

#### 14. 身体拘束について

認知症対応型共同生活介護の提供にあたっては、当該利用者または他の利用者の生命または身体を保護するため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いません。

#### 15. 職員教育について

厚労省が定める処により、身体拘束等適正化委員会を設置し、年4回以上の委員会を開催し、会議や研修を行い、その記録を残し身体拘束ゼロを継続致します。又、新人職員には年2回以上の身体拘束に関する研修を行います。

#### 16. 高齢者虐待の禁止

事業所の従事者は、当該利用者またはほかの利用者等に対して、下記の行為を行いません。

身体的虐待	高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
介護・世話の放棄・放任	高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。
心理的虐待	高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
性的虐待	高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。

経済的虐待	高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。
-------	---

#### 17. 協力医療機関

医療機関の名称	鹿角中央病院
院長名	高橋 今日子
所在地	鹿角市花輪字六月田97番地
電話番号	0186-23-4131
診療科	内科・歯科・歯科口腔外科
入院設備	有
救急指定の有無	無

#### 18. 非常災害の対策

災害時の対応	災害時の対応 別途定める「グループホーム誠愛 消防計画」に乗っ取り対応を行っております。協力近隣にお住まいの方々にお願ひし、非常時の応援をお願いしております。
平常時の訓練等	平常時の訓練は、消防計画に基づいて年1回夜間を想定した避難誘導訓練を実施。年1回「鹿角中央病院」と合同で避難誘導訓練及び消火訓練を実施しております。 (防災設備・自動火災報知器・誘導灯・消火器 消防計画等、鹿角広域行政組合消防本部への届出)
防災設備	消火器
	スプリンクラー
	自動火災通報装置
	消防機関へ通報する火災通報装置
	誘導灯
	カーテン、ブラインド等防火性のあるものを使用しております。
防災計画等	消防署への届出済 防災管理者届出済

#### 19. 守秘義務

事業所の従事者は、正当な理由がない限り、利用者に対する介護サービスの提供に際して知り得た利用者、利用者の家族及び身元引受人の秘密を漏らしません。

2 事業所は、事業所の従事者が退職後、就業中に業務上知り得た利用者、利用者の家族及び身元引受人の秘密を正当な理由なく漏らすことがないよう配慮します。

3 事業所の従事者は、サービス担当者会議等において、利用者及び利用者の家族から予め同

意を得ない限り、利用者及び利用者の家族の個人情報を用いません。

## 20. 個人情報の利用について

当事業所で得た個人情報については、これを適切に管理すると共に、保存の必要性が無くなった時点、並びに介護保険制度の書類等の5年間保存を過ぎた場合は、これを速やかに検討し処分致します。

(2)当事業所で得た個人情報は下記目的に限って使用します。

1. 共同生活介護業務の遂行
2. サービス担当者会議での情報共有
3. 主治医等、医療従事者との情報共有
4. 当事業所内でのカンファレンスやミーティング
5. 関連学会、研修会での匿名下での発表
6. その他広官庁等の法律命令上の照会等

## 21. 事故発生時の対応

介護サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村・利用者の家族に連絡を行うと共に、必要な措置を行い、それを記録し、再発防止に努めます。

## 22. 苦情申請窓口の設置について

当グループホームでは利用者からの苦情に適切に対応するために、苦情受付担当者・苦情解決責任者を設置し、苦情解決に努めます。

### ■苦情相談窓口

担当者	畠山 誠子(管理者)
電話	0186-22-3367
FAX	0186-22-3368
対応時間	9:00 ~ 17:00

### ■苦情解決責任者

担当者	畠山 誠子(管理者)
-----	------------

### ■苦情解決の方法

1. 苦情の受付  
利用者の皆様からの苦情は、面接・電話・書面等により苦情受付担当者が午前9時から午後5時まで受付いたします。
2. 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者は受付した苦情を、苦情解決責任者に報告します。

3. 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申し出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。

4. その他苦情申立機関

鹿角市福祉保健センター あんしん長寿課

TEL 0186-30-0237

秋田県国民健康保険団体連合(国保連合会)介護保険課

TEL 018-862-3850

### 23. 入居に当たっての留意事項

#### ■来訪・面会

来訪者は面会時間(10:00 ~ 14:00)を遵守し、必ず、職員に届け出てください。

(感染症流行時期はその都度変動がありますのでご協力お願い致します。)

#### ■外泊・外出

必ず許可を得てください。外泊外出前に行先と帰着予定日時を届けて下さい。

入居者の健康管理面に配慮し許可できない場合もあります。帰所門限等は守ってください。

#### ■住居・居室

この共同生活住居内の設備、備品等は本来の用法に従って、利用大切にご利用下さい。これに反した利用により、破損等が生じた場合は、賠償して頂く事があります。

#### ■迷惑禁止行為

迷惑行為等・騒音等、他の入居者の迷惑になる行為は、ご遠慮下さい。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らない様にしてください。

#### ■所持品の管理

所持品は、管理利用者個人により管理をして頂きます。職員の過誤による以外の破損紛失に関しては、一切責任を持ちません。

#### ■現金の管理

現金の管理原則として、職員は管理いたしません。必要に応じ、規程に基づいて検討させて頂き対応します。

#### ■宗教活動・政治活動

宗教活動等、施設内で他の入居者に対する宗教活動、及び政治活動はご遠慮下さい。

私は、認知症対応共同生活介護サービス・短期利用認知症対応共同生活介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行い交付しました。

令和 年 月 日

<事業者>

所在地 鹿角市花輪字六月田 73-1  
名 称 鹿角中央病院 グループホーム誠愛  
説明者 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (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、同意し、本書を受領しました。

<利用者>

住 所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

<利用者の家族等>

住 所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(続柄) \_\_\_\_\_