

# グループホーム むらおかの空 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。  
《香美町指定 第2874700285号》

当施設はご契約者に対して指定認知症対応型共同生活介護サービスおよび短期利用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されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

## 1. 事業所経営法人について

|               |   |       |              |
|---------------|---|-------|--------------|
| 法人名           | 社会福祉法人 みかたこぶしの里   |       |              |
| 法人所在地         | 兵庫県美方郡香美町小代区神水638番地   |       |              |
| 電話番号          | 0796(97)2725  | FAX番号 | 0796(97)2967 |
| 代表者氏名         | 理事長 邊見 豊  |       |              |
| 設立年月日         | 平成元年3月1日  |       |              |
| インターネットアドレス番号 | <a href="http://www.eonet.ne.jp/~kobushien/">http://www.eonet.ne.jp/~kobushien/</a> |       |              |

## 2. 事業所の概要について

|                   |   |
|-------------------|---|
| 事業の種類             | 指定認知症対応型共同生活介護事業所 平成16年4月1日指定<br>短期利用共同生活介護事業所 平成19年5月1日指定  |
| 事業の目的             | 指定認知症対応型共同生活介護事業所は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が共同生活住居において、家庭的な環境の下でその有する能力に心じ可能な限り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して、日常生活を営むため必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、認知症対応型共同生活介護サービスおよび短期利用共同生活介護サービスを提供します。   |
| 事業所の名称            | グループホーム むらおかの空  |
| 事業所の所在地<br>《交通機関》 | 兵庫県美方郡香美町村岡区川会13番地1<br>JR八鹿駅から全但バス「秋岡」又は「香住」行 「川会」下車バス停前  |
| 電話番号              | 0796(99)5363 FAX番号 0796(99)5364   |
| 管理者氏名             | 村尾伴樹（施設長）   |
| 施設運営方針            | 「安心して歳を重ねたい・・・」この思いは人間らしく老いるためにも誰しも達成したい共通の願いです。この願いを可能な限り保障するために、①ノーマライゼーションの確立、②人権の保障、③生きがいの創造、の三つの基本理念を掲げ、その具現化に努めます。  |
| 開設年月日             | 平成16年4月1日   |
| 入所定員              | 18名   |
| 利用対象となる方の概ねの状態    | <ul style="list-style-type: none"> <li>* 食事・排せつ・入浴・歩行等の生活行為を、見守りまたは一部介助により行える程度の身体状況である方</li> <li>* 共同生活住居での生活によって、認知症に伴う生活障害が緩和されると考えられる方</li> <li>* 共同生活に著しい影響を受けるなどの行動・心理症状が見られない方</li> <li>* 認知症の原因となる症状が急性の状態にない方</li> </ul> |

### 3. 居室の概要について

#### (1)居室等の概要

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、原則として個室です。但し、ご契約者及びご家族の同意の上で、援助が必要と認められる場合には、2人居室にすることがあります。

| 居室・設備の種類 | 室数  | 備 考               |
|----------|-----|-------------------|
| 個室（1人部屋） | 18室 | 板間18室             |
| 食堂兼居間    | 2箇所 |                   |
| 台 所      | 2箇所 |                   |
| 浴室・脱衣室   | 2室  | 《設備》リフト付介護浴槽、一般入浴 |
| 洗 濯 室    | 2箇所 |                   |
| 物 干 し 場  | 2箇所 |                   |
| ト イ シ    | 4箇所 |                   |
| 収 納 庫    | 5箇所 |                   |

#### (2)居室の変更について

ご契約者の居室については、居室の空き状況及び全体の状況を勘案して決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

#### (3)居室内の設備について

1. トイレの場所は、居室外に位置します。
2. 洗面所の場所は、居室内にあります。
3. 整理ダンス、収納庫を設備しています。
4. 冷暖房を設備しています。
5. テレビ・電話配線を行っています。
6. その他、介護保険の給付対象とならない設備、及び利用にあたって契約者より新たに特別な設備の申し出がある場合を除き、別途利用料金をご負担いただく内容はありません。

### 4. 職員の配置状況について

当事業所では、ご契約者に対して指定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。職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職 種              | 員数  | 業 務 内 容                    | 勤 務 体 制  |
|------------------|-----|----------------------------|--|
| 施 設 長<br>(管理者)   | 1名  | 事業運営を統括します。                | 他の業務を兼務することもあります。  |
| 計 画 作 成<br>担 当 者 | 2名  | 認知症対応型共同生活介護計画の作成を担当します。   | 介護員を兼務します。   |
| 介 護 員            | 15名 | 入居者の日常生活上の援助を担当します。        | 標準的な時間帯における最低配置職員<br>早朝 7:00～16:00 1名<br>日中 9:00～18:00 1名<br>10:00～19:00 1名<br>夜勤 18:00～ 9:30 2名 |
| 看 護 員            | 1名  | 入居者の健康状態の把握、健康管理の援助を担当します。 | 併設事業所の業務を兼務します。  |

\* 職員は交代勤務により担当業務にあたります。

\* 日中は3名の職員、夜間・深夜は1名の職員が夜勤し、介護にあたります。

## 5. 当施設が提供するサービスと利用料金について

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

### 1. サービスの概要

- ①食 事 当事業所では、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を、ご契約者の皆さんに職員が共同して援助します。  
《食事時間》朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
- ②入 浴 ご契約者それぞれについて少なくとも週2回以上の入浴を援助します。または必要に応じて提供します。
- ③排 せ つ 排せつの自立を大切にして、ご契約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 介護職員がご契約者の日常的な健康状態の把握を行い、健康管理について援助します。
- ⑤機能維持の取り組み 介護職員がご契約者の心身の状況等に応じて、日常生活の中で機能の維持や回復のための援助を行います。
- ⑥その他自立への支援 \*認知症状の正しい理解と個人の病状や症状にあった援助に配慮します。  
\*生活のリズムを考え、朝夕の着替えや離床に配慮します。  
\*整容をはじめ清潔で快適な生活が送れるよう援助します。  
\*調理や清掃等の家事、庭・畑などの手入れをとおして、ご契約者の有する能力に応じた日常生活を援助します。

### 2. サービス利用料金

#### (1) 介護保険の給付対象となる利用料金（1日あたり）

下記の料金表（1割負担の場合）によって、ご契約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費額を除いた金額となる自己負担額を必要とします。

※ 自己負担額については、各利用者の負担割合証に記載された割合に応じた額となります。

#### 1. 認知症対応型共同生活介護（基本サービス）

| サービス利用料金表（1日あたり）     |               |                |                |                |                | 単位：円           |
|----------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| ①ご契約者の要介護度とサービス利用料金  | 要支援2<br>7,490 | 要介護度1<br>7,530 | 要介護度2<br>7,880 | 要介護度3<br>8,120 | 要介護度4<br>8,280 | 要介護度5<br>8,450 |
| ②うち、介護保険から給付される金額    | 6,741         | 6,777          | 7,092          | 7,308          | 7,452          | 7,605          |
| ③サービス利用に係る自己負担額（①-②） | 749           | 753            | 788            | 812            | 828            | 845            |

#### 2. 短期利用共同生活介護（基本サービス）

| サービス利用料金表（1日あたり）     |               |                |                |                |                | 単位：円           |
|----------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 1ご契約者の要介護度とサービス利用課金  | 要支援2<br>7,770 | 要介護度1<br>7,810 | 要介護度2<br>8,170 | 要介護度3<br>8,410 | 要介護度4<br>8,580 | 要介護度5<br>8,740 |
| ②うち、介護保険から給付される金額    | 6,993         | 7,029          | 7,353          | 7,569          | 7,722          | 7,866          |
| ③サービス利用に係る自己負担額（①-②） | 777           | 781            | 817            | 841            | 858            | 874            |

### 3. サービス提供体制にかかる加算

| サービス利用料金表(1日あたり) 単位:円 |      |          |              |     |     |         |                   |                    |
|-----------------------|------|----------|--------------|-----|-----|---------|-------------------|--------------------|
| 加算内容                  | 初期加算 | 医療連携体制加算 | サービス提供体制強化加算 |     |     | 入退院支援加算 | 口腔衛生管理体制加算(1月あたり) | 科学的介護推進体制加算(1月あたり) |
|                       |      |          | I            | II  | III |         |                   |                    |
| ①ご契約者の要介護度とサービス利用料金   | 300  | 370      | 220          | 180 | 60  | 2,460   | 300               | 400                |
| ②うち、介護保険から給付される金額     | 270  | 333      | 198          | 162 | 54  | 2,214   | 270               | 360                |
| ③サービス利用に係る自己負担額(①-②)  | 30   | 37       | 22           | 18  | 6   | 246     | 30                | 40                 |

#### \* 初期加算

新規入居の場合及び、30日を超えて医療機関に入院の後に再入居者した場合、30日以内の期簡について「初期加算」の対象となります。(短期利用の場合は対象外となります。)

#### \* 医療連携体制加算

「急性期・重度化対応に関する指針」(別紙1)に定める体制をとることで、「医療連携体制加算」の対象となります。

#### \* サービス提供体制強化加算

- I. 介護職員の総数のうち、介護福祉士を70%以上配置、または勤続10年以上の介護福祉士を25%以上配置している場合が対象となります。
- II. 介護職員の総数のうち、介護福祉士を60%以上配置している場合が対象となります。
- III. サービスを直接提供する職員総数のうち、勤続7年以上の職員を30%以上配置している場合が対象となります。

#### \* 入退院支援加算

医療機関に入院した際、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、1月に6日を限度として加算の対象となります。

#### \* 口腔衛生管理体制加算

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行なっている場合加算の対象となります。

#### \* 科学的介護推進体制加算

入居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へ提出し、フィードバックを受けてサービス計画の見直しやサービスを有効に提供するために情報を活用している場合、加算の対象となります。

### 4. 認知症ケアにかかる加算

| サービス利用料金表(1日あたり)     |           |    |               | 単位:円             |  |
|----------------------|-----------|----|---------------|------------------|--|
| 加算内容                 | 認知症専門ケア加算 |    | 若年性認知症利用者受入加算 | 認知症行動・心理症状緊急対応加算 |  |
|                      | I         | II |               |                  |  |
| ①ご契約者の要介護度とサービス利用料金  | 30        | 40 | 1,200         | 2,000            |  |
| ②うち、介護保険から給付される金額    | 27        | 36 | 1,188         | 1,800            |  |
| ③サービス利用に係る自己負担額(①-②) | 3         | 4  | 120           | 200              |  |

**\* 認知症専門ケア加算**

- I. 認知症日常生活自立度がⅢ以上の入居者が全体の1/2以上であって、認知症介護実践リーダー研修終了者を1名以上配置し、かつ職員間で認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的検討会議を定期的実施する場合加算の対象となります。
- II. 上記Iの要件を満たし、かつ、認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置（認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が10人未満の場合は実践リーダー研修修了者と指導者研修修了者は同一でも可）し、介護・看護職員ごとの研修計画を作成・実施する場合に加算の対象となります。

**\* 若年性認知症利用者受入加算**

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行う場合に加算の対象となります。

**\* 認知症行動・心理症状緊急対応加算**

認知症日常生活自立度がⅢ以上であって、認知症行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であると医師が判断した利用者を、短期利用により緊急受入れ対応を行う際は、入所日より7日を上限に加算の対象となります。

**\* 介護職員等処遇改善加算**

自己負担合計額（介護保険給付対象となる利用料金）に18.6%相当の介護職員等処遇改善加算が加わります。

※ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦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。

※ 契約者が介護保険料に未納がある場合には、自己負担額については、上表と異なることがあります。

※ 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。

※ 短期利用共同生活介護とは定員の範囲内で、空室を利用するもので1ユニット1名を上限とし、30日以内の利用期間で運用します。短期利用の場合は、その居室（入院等の事由により空室となった）のご契約者およびご家族のご了承を得ることといたします。

**(2) 介護保険の給付対象とならない利用料金**

以下の利用料金は全額がご契約者の自己負担となります。

| 項 目             | 単 位   | ※ 1箇月30日の場合 |
|-----------------|-------|-------------|
| ① 家 賃           | 1日あたり | 1,150円      |
| ② 食 材 料 費       | 1日あたり | 1,000円      |
| ③ 光 熱 水 費       | 1日あたり | 722円        |
| ④ 共 益 費         | 1日あたり | 190円        |
| 月額合計（1箇月30日の場合） |       | 91,860円     |

①「家賃」について

\* 1箇月に満たない利用月についての家賃は、日割り計算による負担となります。

②「食材料費」について

\* 食材料費は1日単位での負担となります。また正月等の行事となる「特別食材料費」は1日あたり500円の追加負担となります。

③「光熱水費」について

- \* ご契約者（入居者）が共同及び個人で使用する電気・水道使用費用です。1箇月に満たない利用月については、日割り計算による負担となります。

④「共益費」について

- \* ご契約者（入居者）が共同で使用する日常生活用品に係る費用です。

⑤「金銭の出納・貴重品の管理」について

- \* ご契約者の希望により、預貯金の預け入れ及び引き出しに係る代行、また預貯金通帳・印鑑・年金証書等の貴重品管理を次の職員において行います。この場合の利用料金は、1箇月あたり1,500円の負担となります。

|            |                     |
|------------|---------------------|
| 《保管管理者》    | 施設長があたります。          |
| 《印鑑管理取扱者》  | ユニットリーダー介護職員があたります。 |
| 《所持金管理取扱者》 | 担当介護職員があたります。       |
| 《出納方法》     | 手続きの概要は以下の通りです。     |

- \* 預貯金の預け入れ及び引き出しについては、事業者備え付けの「入所者所持金の管理取扱要領」に基づき保管管理します。

- \* 所持金管理取扱者は毎月1回出入金記録を作成し、ご契約者（入居者）の希望により随時報告し、かつ所持金の保管状況については、四半期毎に、また利用契約終了時に届け出者へ通知します。

⑥「その他の費用負担」について

- \* 次の費用は実費がご契約者（入居者）の自己負担となります。

ア. おむつ代

イ. 理容・美容代

ウ. ご契約者の希望による外出・趣味活動等に係る諸費用については、必要な経費についてご了解のもとにご負担いただきます。

エ. 個人専用の日用品（衣服、スリッパ、歯ブラシ等）や嗜好品（菓子・喫茶代等）に係る費用、またご契約者（入居者）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。

オ. ご契約者は、サービス提供についての記録その他の複写物を必要とする場合には施設が負担すべき複写物を除き、実費相当分として1枚につき10円をご負担いただきます。

カ. 「ご契約者の送迎に係る費用」について

ご契約者の入退居時、また通院や入院に係る送迎については、原則ご契約者において行っていただきます。ただし、ご契約者において対応困難な場合は、事業所により配慮し、対応させていただきます。この場合の送迎に伴う費用については、その都度距離を勘案して算出した金額をご負担いただきます。

⑦短期利用として居室を活用する場合

- \* 長期的な入院等により居室を空けられる際、その居室を一時的に短期利用として活用することに同意いただいた場合には、短期利用期間中の「家賃」「食材料費」「光熱水費」「共益費」は短期利用される入居者の負担となります。

### (3) 「契約書第20条」に定める所定の料金

1. ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金（家賃等の費用については別途請求）を負担いただきます。

|                  |               |                |                |                |                |                |
|------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| ご契約者の<br>要介護度別料金 | 要支援2<br>7,490 | 要介護度1<br>7,530 | 要介護度2<br>7,880 | 要介護度3<br>8,120 | 要介護度4<br>8,280 | 要介護度5<br>8,450 |
|------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|

2. ご契約者が、要介護認定で自立または要支援1と判定された場合、判定のあった日より、1日あたり7,490円（家賃等の費用については別途請求）を負担いただきます。
3. 経済状況の変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1箇月前までにご説明します。

### (4) 利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、1箇月毎に計算し、ご請求しますので、翌月20日までに、事業所事務所窓口若しくは次の口座にお支払い下さい。

1箇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。

#### □ 指定口座の振り込み先

|       |  |
|-------|--|
| 金融機関  | 但馬銀行村岡支店                                 |
| □ 座名  | 社会福祉法人みかたこぶしの里<br>グループホームむらおかの空 理事長 邊見 豊 |
| □ 座番号 | 普通預金 7106520                             |

## 6. 入所中（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。

ただし、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。  
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。

#### 1. 協力医療機関

|         |                      |
|---------|----------------------|
| 医療機関の名称 | 村瀬 医 院               |
| 所 在 地   | 兵庫県美方郡香美町村岡区村岡348番地1 |
| 診 療 科   | 内科、外科、整形外科、放射線科      |

#### 2. 協力歯科医療機関

|         |                     |
|---------|---------------------|
| 医療機関の名称 | 香美町国民健康保険小代診療所歯科    |
| 所 在 地   | 兵庫県美方郡香美町小代区城山301番地 |

## 7. 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していただきますが、仮に次のような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、ご契約者に退所していただくこととなります。

1. 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援1と判定された場合
2. 当法人（事業者）が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により当事業所を閉鎖した場合
3. 事業所（施設・設備等）の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合

4. 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
5. ご契約者から退所の申し出があった場合
6. 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

#### (1) ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間内であっても、ご契約者から当事業所に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ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

1. 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
2. ご契約者が入院された場合
3. 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める認知症対応型共同生活介護サービスおよび短期利用共同生活介護サービスを実施しない場合
4. 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
5. 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・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
6. 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

#### (2) 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）

以下の事項に該当する場合には、当事業所（施設）から退所していただくことがあります。

1. ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、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
2. ご契約者によるサービス利用料金の支払いが6箇月以上遅延し、文書による支払い催告を行ったにもかかわらず、催促の日から14日以内にその支払いがなかった場合
3. ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
4. ご契約者が他の介護老人保健施設等に入所或いは医療機関等に入院した場合
5. ご契約者が連続して3箇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. ご契約者の身体・精神状況が次のような状況となり、当事業所では適切な介護が行えないと判断し、ご契約者及びご家族の合意が得られた場合
  - ①歩行・排せつ・食事・入浴等の日常生活に全介助が必要となった場合
  - ②日常的な医療的処置や医師・看護師等による日常的な疾患の管理が必要となった場合
  - ③共同生活に著しく影響する行動・心理症状が頻繁にみられる場合
  - ④認知症の原因となる疾患が急性の状態になった場合

#### (3) 円滑な退所のための援助について

ご契約者が当事業所（施設）を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘察し、円滑な退所のために必要な以下の援助を、ご契約者に対して速やかに行います。

1. 適切な病院もしくは診療所または介護老人保健施設等の紹介
2. 居宅介護支援事業者の紹介
3. その他保健医療サービス又は福祉サービス提供者の紹介



## 8. 身元引受人について

1. 契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることになります。  
しかしながら、入所者において、社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、入所契約締結にあたって、身元引受人の必要はありません。
2. 身元引受人には、これまで最も身近にいて、ご契約者のお世話をされてきた家族や親族に就任していただくのが望ましいと考えておりますが、必ずしも、これらの方に限る趣旨ではありません。
3. 身元引受人は、ご契約者の利用料等の経済的な債務については、契約者と連帯して、その債務の履行義務を負うこととなります。  
また、こればかりではなく、ご契約者が医療機関に入院する場合や当施設から退所する場合には、その手続を円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担などを行ったり、更には、当施設と協力、連携して退所後のご契約者の受入先を確保するなどの責任を負うこととなります。
4. ご契約者が入所中に死亡した場合においては、そのご遺体や残置品の引取り等の処理についても、身元引受人がその責任で行う必要があります。  
また、ご契約者が死亡されていない場合でも、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の残置物をご契約者自身が引き取れない場合には、身元引受人にこれを引き取っていただく場合があります。  
これらの引取り等の処理にかかる費用については、ご契約者または身元引受人にご負担いただくこととなります。
5. 身元引受人が死亡したり破産宣告をうけた場合には、事業者は、あらたな身元引受人を立てていただくために、ご契約者にご協力をお願いする場合があります。

## 9. 苦情の受付について

(1) 利用者からの相談または苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）を設置します。

※ 当施設における苦情やご相談は次の専用窓口で受け付けます。

- \* 苦情受付窓口担当者（※は責任者）  
《職名》 ※施設長 村尾 伴樹 ユニットリーダー介護員 竹中 栄子
- \* 受付時間 毎週月曜日から金曜日 9時00分から17時15分
- \* 電話番号 0796-99-5363 fax 0796-99-5364

(2) 行政機関その他苦情受付機関

### 1. 国民健康保険団体連合会

|       |                          |
|-------|--------------------------|
| 所在地   | 兵庫県神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1802号 |
| 電話番号  | 078(332)5617             |
| FAX番号 | 078(332)5650             |
| 受付時間  | 毎週月曜日から金曜日 9時00分から17時15分 |

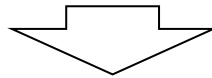
### 2. 香美町役場 介護保険担当課

|       |                          |
|-------|--------------------------|
| 所在地   | 兵庫県美方郡香美町香住区香住870番地の1    |
| 電話番号  | 0796(36)1111             |
| FAX番号 | 0796(36)3809             |
| 受付時間  | 毎週月曜日から金曜日 9時00分から17時15分 |

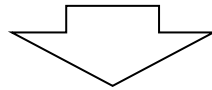
## 10. 契約締結からサービス提供までの流れについて

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、居宅サービス計画がある場合はその内容を踏まえて、更に契約締結後に作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」で定めます。「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。

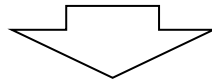
(1) 当施設の介護支援専門員（ケアマネジャー）が施設サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当します。



(2) その担当者は施設サービス計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。



(3) 施設サービス計画は、6か月に1回、もしくは心身の状態に変化が生じた場合、またご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご契約者及びその家族等の希望を基に、施設サービス計画を変更します。



(4) 施設サービス計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

## 11. サービス提供における事業者の義務について

当施設は、ご契約者に対してサービス提供にあたり、次のことを大切にさせていただきます。

- (1) ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- (2) ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、かかりつけ医師又は協力病院と連携の上、ご契約者から聴取、確認を行い適切な処置を講じます。
- (3) ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な支援を行います。
- (4) ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者の請求に応じて閲覧を受け、必要に応じて複写物を交付します。  
ただし、複写費用については、重要事項説明書記載の複写代をいただく場合があります。
- (5) ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
- (6) 事業者及びサービス提供に関係する職員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。（守秘義務）  
ただし、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報に限り提供します。  
また、ご契約者の円滑な退所のために援助を行う際に情報提供を必要とする場合には、ご契約者の同意を得て行います。

(7) 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難救出その他必要な訓練を行います。

## 1 2. 事業所（施設）利用にあたっての留意事項について

当事業所（施設）のご利用にあたって、施設に入居されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項についてのご理解をお願いします。

### (1) 持ち込みの制限について

入居にあたり、慣れ親しんだ物等の持ち込みについては、最大の配慮を行いますが、その中でも、持ち込むことを制限させていただく場合もあります。

ただし、ご契約者のご事情により、やむを得ない内容物については、事前にご相談願います。

### (2) 事業所（施設）利用者への訪問について

訪問時間については、特に制限はございませんが、社会通念上の訪問時間にご配慮ください。夜間に訪問され、玄関の施錠ある場合は、玄関インターホンをご利用ください。

### (3) 外出・外泊について

外出・外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

### (4) 食事について

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、重要事項説明書に定める「食材料費」の負担の必要はありません。ただし、1日単位として扱い、3食とも欠食に限り該当します。

### (5) 施設・設備の使用上の留意点について

1. 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。

2. 故意に、またはご契約者の責に帰する不注意により、施設設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

3. ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を講ずることができるものとします。

ただし、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

4. 当事業所（施設）の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

### (6) 喫煙について

事業所（施設）内での喫煙については、火気の安全に配慮し施設指定スペース以外での喫煙はお断りします。ご協力ください。

## 1 3. 損害賠償について

当事業所（施設）において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認めれる場合、また契約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は、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

#### 14. 重要事項を説明した年月日等について

この重要事項説明書の説明年月日及び場所

|       |              |
|-------|--------------|
| 説明年月日 | 令和 年 月 日 時 分 |
| 説明場所  |              |

指定認知症対応型共同生活介護事業所（施設）でのサービスの提供に際し、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

《事業者》所在地 兵庫県美方郡香美町小代区神水638番地  
名称 社会福祉法人みかたこぶしの里  
代表者 理事長 邊 見 豊

《説明者》所 属 グループホーム むらおかの空  
職 種  
氏 名



(別紙1)

## グループホームむらおかの空

### 急性期・重度化対応に関する指針

グループホームに入居されている認知症高齢者の急性期には、主治医やご本人、ご家族の判断で連携している医療機関へ連絡の上、入院対応を行いません。

入院中は医療機関との連携を図り、心身の状態把握に努めます。また、病状が重度化した場合においても、住み慣れた環境、なじみの関係のもとで、その人らしい生活を送っていただけるよう、ご本人やご家族と相談・協力しながら支援させていただきます。

#### □ 基本的な姿勢

グループホームが「我が家」「我が住まい」として、安心・安全な生活を送っていただけるよう、支援させていただきます。

入居者の心身の状態を充分把握し、体調の変化を見逃さないよう関わります。

体調に変化が見られた際には、主治医、看護員に連絡し受診、またはケアにおける指示を仰ぎます。

#### □ 医療連携

##### ・主治医との連携

主治医の指示・指導のもと、必要な医療を行ないながら、時に入院による病院での医療とも連携を図ります。

##### ・日常的な健康状態の把握

看護員を配置し、専門的視点から入居者の健康状態の把握に努め、介護員への助言や医療機関との連携を図ります。

##### ・24時間体制

看護員と24時間の連絡体制をとり、指示を仰ぎます。

#### □ 家族等の協力

グループホームでの重度化対応を図っていくためにも、ご家族といっしょになって、入居者ご自身がその人らしい生活を送っていただけるよう支援させていただきます。

#### □ 職員の教育・研修

医療機関との連携で、重度化対応がより充実するよう、職員教育・研修に努めます。また、ご家族等の意向を重視した密な連携を持つことができるように努力します。