グループホーム倉敷北　重要事項説明書

有限会社　白寿　　倉敷北ケアセンター

認知症対応型共同生活介護､介護予防認知症対応型共同生活介護事業所　グループホーム倉敷北において、介護サービス提供にあたり、当事業所があなたに説明すべき事項は次の通りです。

1　法人及びご利用の事業所の概要

当社の概要

1）名　　称　　有限会社　白寿
2）所 在 地　　倉敷市川入７７９番地の１３
3）代　　表　　取締役　　宮原　浩美
4）電話番号　　(０８６)４２６－１６００

サービス提供事業所

1）名　　称　　グループホーム　倉敷北
2）所 在 地　　倉敷市宮前４２番地の１
3）事業者番号　　３３７０２０２９９０
4）管 理 者　　小川　富美江　　大熊　由美
5）電話番号　　(０８６)４２６－１６００
6）FAX 番号　　(０８６)４２６－１６０１
7）定　　員　　１８名　（9名×２ユニット）

2　事業の目的と方針

事業の目的

認知症により自立した生活が困難になった利用者に対して家庭的な環境のもとで、介護保険法の理念に基づき、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び機能訓練等の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（以下「介護サービス」といいます。）を提供することを目的とします。

運営方針

事業所の運営にあたっては、利用者の人格、人権を尊重し、利用者の立場にたった介護サービス提供に努めるとともに、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立し、尊厳のある生活を再構築することが出来るよう適切な支援をします。

取扱方針

1）利用者の個別の介護計画等を作成することにより、利用者に適切かつ必要な介護サービスを提供します。
2）利用者又はその家族に対し介護サービスの内容及び提供方法について、理解しやすいように説明します。
3）常に提供した介護サービスの質の管理、評価を行い、それを公表すると共に改善を図るように努めます。

3　職員体制　　ユニットごとに

管　理　者	1名　（常勤介護職員と兼務）	管理業務を一元的に行う。
計画作成担当者	1名　（常勤介護職員と兼務）	介護計画を作成する。
介 護 職 員	4名以上　（常勤３名以上）	日常生活の介護全般を行なう。
事　務　員	1名　（常勤）	必要な事務を行なう。

4　勤務体制　　ユニットごとに

・早出　1名　　７：５０～１６：５０
・日勤　　８：３０～１７：３０　（８：３０～１９：３０）
・中出　1名　１０：３０～１９：３０
・遅出　1名　１２：５０～２１：５０
・夜勤　1名　２１：４５～　７：５５

5　サービス内容

1）介護保険給付対象サービス

① 介護計画等の立案、実施、評価
② 食事、入浴、排泄、洗濯、着替え等の介護その他日常生活上の世話
③ 行政機関に対する手続きの代行その他社会生活上の便宜の提供
④ 利用者および家族からの生活相談、援助
⑤ 生活リハビリ等による機能回復訓練及び法律上許容された範囲内の療養上の世話

2）介護保険給付対象外サービス（費用の個人負担が必要です）

① 食事の提供
② おむつの提供
③ レクリエーション
④ 共同生活住居の利用　　等

6　ご利用料金

1）介護保険負担金

ご契約者の要支援度･要介護度及び介護保険負担割合に応じた介護保険自己負担料をお支払ください。
（上記介護保険自己負担料は、ご契約者の要支援度･要介護度及び介護保険負担割合により異なります。
尚、介護保険自己負担割合は介護保険負担割合証にてご確認ください。）

＊別紙　利用料金表　参照

※若年性認知症利用者受入加算を算定する場合は、上記料金に１日あたり 120 円増になります。
※入居期間中に入院または外泊した期間（入院・外泊の翌日から退院・帰所の前日まで）は、介護保険自己負担額およびキャンセルした食材料費は請求外となりますが、家賃・共益費・水道代・電気代・レンタル代は必要となります。
※介護保険給付費が改定された場合は、介護保険給付の扱いに応じた料金となります。

2）介護給付以外の実費をお支払ください

① 居室の提供（家賃）１,８５０円／日
② 食材料費　　朝食　３５０円　昼食　６００円　夕食　６００円
※　食事のキャンセルは２日前の 12 時までに電話等でお知らせください。それ以降は料金を頂きますのでご了承ください。
③ 共益費　　６００円／日
（共有スペースの光熱水費及び定期清掃費、ごみの廃棄料金、共有スペースの修繕費、ナースコール修理費等）
④ 水道代（個室内使用分）　　３０円／日
⑤ 電気代（個室内使用分）　　実費（部屋ごとにメーターあり　別紙料金表参照）
⑥ 理美容代　カット３１００円　カラー７１５０円　パーマ８２５０円　他
⑦ オシメ代等　尿取りパット　１枚：小３０円　大７０円
紙パンツ　　１枚：Ｓ１００円、Ｍ１１０円、Ｌ１２０円、ＬＬ１３０円
紙オシメ　　１枚：Ｓ１００円、Ｍ１１０円、Ｌ１２０円，ＬＬ１３０円
⑧ レンタル代　　電動介護用ベッド（マットレス付）　　８５円／日
※マットレスは１枚とさせていただきます。（途中交換は実費を頂きます）。ご希望時にはお申し付けください。
（納品まで数日お時間をいただくことがございます。）
⑧ 入居敷金　　３０,０００円　（退居時に返却いたします）

⑨ その他　　退居時、居室の清掃・修理費用などは自己負担になります。
※ 退居の際は、居室の現状復帰をお願いします。居室の壁・床、その他備品（カーテン、エアコン、ベッド等）のクリーニング及びクリーニングでは現状復帰しない汚れや破損の修理をしていただきます。実費ご負担下さい。
※ 入居期間が２年以上経過した時点で居室の状態により、専門業者による居室及びカーテン、エアコン等の居室内備品のクリーニングをお願いする場合があります。実費ご負担下さい。

7　ご利用料金のお支払について

1）ご利用料金のお支払方法は、以下の方法より選択できます。

①　直接窓口にてお支払い

②　当事業所指定の金融機関口座への振込み（振込手数料はご負担ください）

③　口座振替

2）ご利用料金のお支払い期限

利用料及び諸費用は、ご利用月の翌月の１０日までに請求いたしますので、その月の月末までに上記の方法でお支払ください。

＊（口座振替の場合は、手続きの都合上、翌々月の 10 日引き落としになります。）

8　入退居の手続き

1）入居の資格

①　倉敷市に住民票のある方

②　要支援２、要介護１～５の認定を受けた方

③　医師により認知症と診断された方

2）入居の手続き

まずは、お電話等でお申し込みください。居室に空きがあればご入居いただけます。入居と同時に契約を結び、介護サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

3）退居の手続き

①利用者のご都合で退居される場合

・入居者は、本契約の有効期間中、本契約を解約することができます。この場合、事業所に対して少なくとも３０日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申入れは事業所の定める解約届を事業所に届け出るものとします。

・入居者前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業所が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して３０日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。

②自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

・介護保険給付でサービスを受けていた利用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

※ この場合、所定の期間の経過をもって退居していただくことになります。

・利用者がお亡くなりになった場合

・利用者が倉敷市の介護保険被保険者でなくなった場合

③その他

以下の場合は、３０日間の予告期間をおいて文書で通知することにより、退居していただきます。

・利用者が、サービス利用料金の支払を１ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず１０日以内に支払わない場合

・利用者やその家族などが事業所や事業所の職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為、社会通念上相当な範囲を超える言動（カスタマーハラスメント）を行った場合

・利用者が、医療機関に入院し、明らかに１ヶ月以内に退院できる見込がない場合、または入院後１ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合
尚、この場合、再度入居を希望される場合は、お申し出下さい

・利用者が、医療機関に入院し、１ヶ月以内に退院が決定したが、退院後の生活の場として、認知症対応型共同生活介護事業所での生活が不適切と医師が判断した場合

・利用者が、暴力、暴言等の行為により、他の利用者に対し生命の危険又は多大な迷惑等を及ぼす場合や身体的な面などから、事業所での生活が不適応と管理者が判断した場合

・利用者が医療的な面などから、認知症対応型共同生活介護事業所での生活が不適応と医師が判断した場合

・利用者が常時、看護師による身体状況の確認及び医療的な処置（吸引、注射、消毒、ガーゼ交換等）が必要となった場合

・事業所がやむを得ない事情により、閉鎖または縮小する場合

９　非常災害対策

１）防災時の対応　：非常時には別途定める「防災規則」にのっとり対応いたします。
２）防 災 設 備　：スプリンクラー、消火器、自動火災報知機、非常通報装置、防火戸、誘導灯
３）防 災 訓 練　：防火訓練及び基礎訓練（消火、通報、避難及び救出等の訓練）年２回以上
４）防火責任者　：　木村　伸也　　（消防署届出　　平成 29 年１月１日）

１０　苦情等の申し出

１）利用者からの相談又は苦情に対する担当者の設置及び公的苦情相談窓口

当事業所担当者

担 当 者　　木村　伸也

電話番号　　０８６－４２６－１６００（平日　９：００～１７：００　）

公的窓口

倉敷市介護保険課　０８６－４２６－３３４３（平日 8：30～17：15）（土・日除く）

岡山県国民健康保険団体連合会　０８６－２２３－８８１１（平日 8：30～17：00）（土・日除く）

２）円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

１．担当者は、苦情処理台帳に記載をする。
２．担当者は利用者側と連絡を取り、事実確認を行う。
３．担当者は苦情の処理方法を記載し、管理者による決裁を行う。
４．担当者は、苦情処理に向け、関係者との連携を行う。
５．担当者は利用者に、苦情事項の改善状況を確認する。
６．担当者は苦情処理についての成果等を台帳に記載する。
７．苦情等の記録については、その完結後５年間保存する。

３）苦情申し立に関し、事業所は市町村・国民健康保険団体連合会からの指導助言に沿い改善を行います。

１１　情報公開

事業所は、「介護保険法の規定に基づく介護サービス情報の公表制度」により、毎年一回、事実情報を公表し、岡山県介護サービス情報センターホームページに掲載すると共に事業所内に公開します。

１２　自己評価・外部評価

事業所は、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」に基づき、毎年１回自己評価及び外部評価を実施し、その結果を福祉保健医療情報ネットワークシステムに掲載すると共に事業所内に公開します。

（令和７年度　外部評価実施日 2025/11/20　2026/1/22　運営推進会議を活用し実施）

１３　記録

１）事業所は、利用者の入居に関する記録を作成し、その記録の完結の日から５年間は保管します。
２）事業所は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。
但し家族に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

１４　身体拘束の廃止

事業所は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、管理者が判断し、身体拘束その他利用者の行動制限行為を行うことがあります。この場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を利用者の家族に説明するとともに記録し、身体拘束の廃止に向けて継続して検討します。

１５　秘密保持及び個人情報の使用

１）事業所の職員が、正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びその家族等の秘密を漏らすことはありません。
２）事業所は、この事業所の職員であった者が、業務上知り得た利用者及びその家族等の秘密を守るために、雇用終了後においてもこれらの秘密を守るべき旨を雇用契約の内容としています。

3）事業所は、予め文書により同意を得たうえで、サービス担当者会議等において、利用者及び家族等の情報を利用します。

① 使用する目的

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、課題分析情報等を通じて利用者の有する問題点や解決すべき課題等の個人情報を介護支援専門員や他の担当者と共有する為に行うサービス担当者会議等において必要な場合

② 使用にあたっての条件

・個人情報の提供は、記載する目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際には関係者以外に決して漏れることのないよう細心の注意を払う

・事業所は、個人情報を使用した会議、相手方、内容について記録しておく

③ 個人情報の内容

- 氏名，住所，健康状態，病歴，家族状況等　事業者が認知症対応型共同生活介護を行なう為に最低限必要な利用者や家族個人に関する情報
- 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見
- その他の情報

＊HP でのブログやお便りなどでの写真の掲載を　　許可します　　・　許可しません

16　緊急時および事故発生時の対応

1）利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合は、ご本人に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、市町村、利用者の家族、利用者に係る地域包括支援センター、居宅支援事業所等に連絡を行います。その際、必要最低限の個人情報を医療機関等に提供いたします。

2）事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するとともに、介護サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

3）事業所は、事故が生じた際にその原因を解明し、職員会議等で周知徹底する等再発防止策を講じます。

17　ご利用の際に留意していただく事項

1） 事業所内で他の利用者に対して迷惑をかける行為はご遠慮ください。また、承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないでください。

2） 個人の持ち物については、氏名を明記する等所有者を明確にすることとし、貴重品については、間違いの元ですので所持しないことを原則とします。なお、その紛失及び盗難については、事業所側は一切責任を負いません。

3） 面会時は、その都度職員に届出てください。

4） 外出の際は、外出・外泊前に必ず行き先と帰着予定日時を届出てください。

5） 事業所内でのペットの飼育はご遠慮ください。

6） 事業所の秩序、風紀を乱したり、安全及び衛生を害する行為は禁止といたします。

7） 住居、居室の利用にあたっては、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大切にご利用ください。これに反した利用の場合は、賠償していただくことがあります。

8） 事業所内での宗教活動及び政治活動はご遠慮ください

18　カスタマーハラスメントの禁止

① 利用者及び家族等は本契約に関連して、当事業所職員に対し、社会通念上相当な範囲を超える言動（以下カスタマーハラスメントという。）を行うことを禁止しています。

② 前項におけるカスタマーハラスメントには、暴言、威圧的言動、不当な要求、過度な要求、長時間の拘束その他業務の適正な遂行を妨げる行為を含むものとします。

③ 事業所がカスタマーハラスメントを受けた場合、当該事業所は利用者及び家族等に対し是正を求めることができます。

④ 前項の是正要求にも関わらず改善がみられない場合、当該事業所は本契約の全部または一部を解除することができます。その際、事業所は居宅介護支援事業所や保険者である市町村と連絡を取り、利用者の心身の状況に応じて、適当な他の事業者等の紹介その他必要な措置を講じます。

19　重度化した場合における対応の方法

１）状態に急変がある場合には、主治医に連絡をとり契約病院に搬送します。その際、ご家族にも連絡いたしますので直ちに搬送先の病院へお越しいただきます。尚、医師の判断によっては救急車により他の医療機関へ搬送される場合があります。

２）入院期間中のご利用料金は、以下の①②について請求外となります。
　① 介護保険自己負担額・・・入院翌日から退院前日まで　② 食材料費・・・キャンセル食数分
　＊家賃、共益費、水道代、電気代、レンタル代は必要となります。

３）病状が悪化した場合（注 1）には、主治医（注 2）により在宅での看取りが可能と判断され、ご家族の協力体制（当ホーム看護師からの依頼があれば随時見守りを行なうなど）が取れる限りにおいてグループホーム内での看取りをいたします。

４）グループホーム内での看取りに関しての意思確認は、入居者ご本人様の意思を尊重いたします。しかし、ご本人の意思が明確でない場合やご本人様の意思疎通に困難があると当グループホームの管理者が判断した場合は、本書面に明記されたご家族（代理人）に判断を委ねます。

５）入居者及びご家族がグループホーム内での看取りを希望されない場合、又は主治医により在宅での看取りは困難と判断された場合や当グループホームの設備上の問題等で看取りが困難な場合は、主治医の意見を基に、ご家族及び当ホーム管理者、看護師と相談の上適切な時期に退去していただきます。

６）認知症対応型共同生活介護事業所を退所した月と死亡した月が異なる場合でも、看取り介護加算は死亡月にまとめて算定することになるため、退居等の翌月に亡くなった場合に前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行うことがあります。

（注1）　病状が悪化した場合とは、当グループホーム看護師が生命維持のために、常時（特に看護師が不在の夜間等においても）医師によるより密接な管理下での医療が必要と判断した場合です。

（注2）　ここでの主治医とは、看取りに対する医療行為（夜間の往診等）を行なう医師の事です。

20　緊急連絡方法について

＊　緊急時の連絡については以下にお答えいただく内容に従って行ないます。

1.　入居者の急病等の連絡について

① 倉敷北病院に２４時間対応をお願いしていますが、入居者の方に急病・けが等が起きた場合の連絡についてのご希望は

・ どのような時間帯（深夜・早朝含む）でもすぐ連絡する　（　　）
・ どのような時間帯（深夜・早朝含む）でも受診後、すぐ連絡する　（　　）
・ 医師の指示により連絡する　（　　）
・ その他　（　　）

② 診察の結果、急変はなく、様子観察・翌日の検査を医師から指示された場合又は適切な処置後グループホームに帰所された場合の連絡についての希望は

・どんな時間帯（深夜・早朝を含む）でもすぐ連絡する　（　　）
・深夜・未明の場合は翌朝連絡する　（　　）
・翌日の診察・検査の結果が出てから連絡する　（　　）
・特別の状況変化がなければ後日の面会の際に説明する　（　　）

2.　連絡先について

上記の希望に従って連絡する際の連絡先は緊急連絡先としてお知らせいただいているご家族様となります。（原則２名様以上の連絡先の登録をお願いしています。）
また、連絡の有り方について上記以外のご希望がありましたらご記入ください。

（　　）

グループホーム倉敷北の利用にあたり、利用者、家族（代理人）に対し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業所

所在地　　倉敷市宮前４２番地の１

名　称　　グループホーム倉敷北

代表者　　有限会社　白寿
取締役　　宮原　浩美　　印

説明者

職　名　　氏　名　　印

私は、本書面に基づいて事業者から、グループホーム倉敷北について重要事項の説明を受け、利用することを同意します。

令和　　年　　月　　日

利用者

住　所

氏　名　　印

（代筆者）　氏名　　（続柄）

代筆理由

家族（代理人）

住　所

氏　名　　印

続き柄

電話番号