

グループホーム森のくまさん 石川

重要事項説明書

令和 年 月 日現在

1、事業所運営主体概要

対象事業所の名称	グループホーム 森のくまさん 石川
運営法人の名称	株式会社 森のくまさん
運営法人の代表者名	代表取締役
運営法人の所在地	TEL

2、事業所の概要

事業所の名称	グループホーム 森のくまさん 石川
事業所の目的	要支援2 又要介護者であって認知症の状態にある者について、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 常生活上の世話をを行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるよ うにするものとする。
事業の運営方針	・ 事業所において提供するサービスは、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、内容に沿ったものとする。 ・ 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に 努めるとともに、個別の認知症対応型共同生活介護計画又は、介護 予防認知症対応型生活介護計画を作成する。 ・ 利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわか りやすく説明する。 ・ 適切な介護技術をもってサービスを提供する。 ・ 常に提供したサービスの実施状況の把握及び評価を行う。
事業開始年月日	令和4年7月25日
保険事業者指定番号	0793000043
事業所の所在地	福島県石川郡石川町大字双里字神主 46-1 Tel 0247-57-9300 Fax 0247-57-9305

敷地概要	866.00 m ²
建物概要	構 造 木造 2 階建ての 1、2 階部分 延床面積 462.29 m ²
事業の代表者	
ユニットの管理者	(1・2 階)
共同生活住居ユニット数	2 ユニット
居室の概要・入居定員	ユニット名 ほほえみ (1 階) 定員 9 名 (個室) 9 室 9.39 m ² ユニット名 かがやき (2 階) 定員 9 名 (個室) 9 室 9.39 m ²
共用施設の概要	ユニット名 1 階 居間 1 食堂 1 台所 1 浴室 1 トイレ 3 洗面所 2 洗濯室 1 ユニット名 2 階 居間 1 食堂 1 台所 1 浴室 1 トイレ 3 洗面所 2 洗濯室 1
防災設備	火災報知器・消火器・非常出口誘導灯・スプリンクラー
緊急時の対応方法	主治医又は、協力医療機関に連絡し、適切な措置を講じる。
交通の便	J R「いわき石川」駅下車 徒歩 45 分 福島交通バス「上双里」 徒歩 1 分

3、職員の体制

(1) 職員の職種、員数、職務内容

【管理者】 1 名（2 ユニット兼務） 事業内容の調整

【計画作成担当者】 2 名（うち 1 名は介護支援専門員） 介護計画の作成

【看護師】 1 名（計画作成担当者との兼務） 健康管理および医療との連携支援

【介護職員】 配置基準を満たす人数 生活介護全般

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

4、勤務体制

管理者	日勤（8：30～17：30）	
計画作成担当者	日勤（8：30～17：30）	
介護従業者	昼間の体制	日勤（8：30～17：30） 早番（7：00～16：00） 遅番（10：00～19：00）
	夜間の体制	夜勤（16：00～ 9：30） 各階 1 人

※その他利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。

5. 入居対象者

- ・要支援 2 以上の介護認定を受けており、かつ認知症の状態であると医師からの診断があること。
（要介護認定が要支援 1 もしくは非該当の方は利用できません）
- ・少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。
- ・自傷、他害の恐れがないこと。
- ・常時医療機関において治療をする必要がないこと。
- ・重要事項説明書に記載する事業所の運営方針に賛同した上で、契約書条項を承認できること。

6、サービスの概要

排泄の介助・支援	利用者の状況に応じ、適切な排泄の介助と排泄の自立についても適切に援助します。
入浴（清拭）の提供及び介助・支援	利用者の状況や希望に応じ、原則週 2 回の入浴又は清拭で適切な介助を行います。
日常生活上の機能訓練	日常生活のなかでの離床援助、身体・口腔体操、家事共同、レクリエーション、行事等により身体機能の維持改善を目指します。
健康管理等	体温・血圧・脈拍測定等、利用者の体調を把握、服薬の管理を行います。また看護師による 24 時間連絡体制を確保しており、医療機関(主治医)との必要な連絡、調整を行います。
行政機関への手続き ・代行等	必要に応じ、介護保険にかかわる申請等の代行などを行います。
相談・援助等	利用者又は、家族からの相談に誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行います。
食事の提供及び介助・支援	利用者の身体状況、嗜好、栄養バランスに配慮した食事を適切な介助のもとで、提供します(食費は給付対象外)。
その他、利用者の洗濯、清掃、着替え、整容などの日常生活上の世話や利用者の趣味・嗜好に応じた活動の支援を行ないます。	

7. サービス利用料

その他の利用料等	入居一時金	43,000 円（前家賃） 43,000 円（保証金）
	家 賃 *	月額 43,000 円
	食事の提供に係わる食材料費 *	月額 52,000 円（日額 1,733 円）
	光熱水費 *	月額 30,000 円
	冷暖房費 *	月額 3,000 円
	おむつその他の個人の消耗にかかる費用	実費 ※必要な物品購入等、現金にて支払いが必要な場合に備え預り金として現金をお預かりしております。その場合、金銭の収支及び残高については報告いたします。

※月の途中で入・退居の時、*は日額計算とする。

※前家賃は、退去時までに未納金がある時は、家賃に充当し残額は返金する。

※保証金は、居室のクリーニング代、原状回復等にかかる費用に充当し、全額償却とする。

※月の途中で入・退居の時、*は日額計算とする。基本料金表（1日あたり）

介護区分	(A)基本単位数	利用者負担額合計 概算(負担割合 1 割) $A \times 10 \times 10\%$	利用者負担額合計 概算(負担割合 2 割) $A \times 10 \times 20\%$	利用者負担額合計 概算(負担割合 3 割) $A \times 10 \times 30\%$
要支援 2	7 4 9	7 4 9 円	1, 4 9 8 円	2, 2 4 7 円
要介護 1	7 5 3	7 5 3 円	1, 5 0 6 円	2, 2 5 9 円
要介護 2	7 8 8	7 8 8 円	1, 5 7 6 円	2, 3 6 4 円
要介護 3	8 1 2	8 1 2 円	1, 6 2 4 円	2, 4 3 6 円
要介護 4	8 2 8	8 2 8 円	1, 6 5 6 円	2, 4 8 4 円
要介護 5	8 4 5	8 4 5 円	1, 6 9 0 円	2, 5 3 5 円

【加算の種類】（1日あたり） 下記の中から該当するものを算定します

加算の種類	算定要件	単位数
初期加算	入居日から起算して 30 日以内の期間	3 0
医療連携体制加算	職員として又は病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護師を 1 名以上確保	5 7
退去時相談援助加算	退去時後に居宅サービスを利用するとき、相談援助を行った場合	2 5 0
認知症専門ケア加算	(Ⅰ)認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方が、入居者の 50% 以上で、認知症介護に係る専門的な研修を修了しているものを配置	3
	(Ⅱ)認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方が、入居者の 50% 以上で、認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了しているものを配置	4
サービス提供体制強化加算※Ⅰ～Ⅲいずれかひとつ	(Ⅰ)①介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が 70% 以上 ②勤続 10 年以上介護福祉士 25% 以上のいずれか	2 2
	(Ⅱ)介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が 60% 以上	1 8
	Ⅲ) ①看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の割合が 75% 以上 ②介護福祉士の割合が 50% 以上 ③勤続 7 年以上 30% 以上のいずれか	6
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症の方にサービス提供した場合	1 2 0
看取り看護加算	看取り期にサービス提供を行った場合 ※算定の詳細については該当時に説明いたします	7 2 ～ 1 2 8 0
利用者が入院した時の費用の算定について	利用者が入院した際に、3 ヶ月以内に退院することが明らかに認められる場合（一月に 6 日を限度に算定）	2 4 6

※この他に介護職員処遇改善加算として所定単位数の 15.5% が算定されます。

※加算については算定要件を満たした場合に算定します。

※今後介護報酬改定により自己負担金に変更が生じた際には都度に説明いたします。

8、入居に当たっての留意事項

利用者は指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供を受ける際には、次に掲げる事項をお守りください。

- ① 外泊、外出：行き先と帰着予定日時を事前に申し出てください。
- ② 面会：面会を希望される際は事前にご連絡ください。また、感染症の状況によって面会の人数や時間を限定させていただく場合がありますのでご了承ください。

金銭や食べ物をお持ちいただいた場合には職員へお申し出ください。
- ③ 健康を守るため喫煙は禁止させていただきます。飲酒の希望がある時には、入居時にご相談ください。
- ④ 持ち込み禁止のもの：ペット・火を使用するもの・ハサミ等刃物・高価な金品等。
- ⑤ 事業所の設備や器具を故意に破損した場合、弁償していただく場合があります。
- ⑥ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

9、非常災害対策

〈火災時の対応〉

別途定める消防計画に沿って対応を行います。

・防火管理者

・火災想定避難訓練 年 2 回 入居者も参加しての訓練を実施します。

〈地震・水害等災害発生時の対応〉

・地震や水害等の自然災害に関しては地域の防災計画に沿った対応策・避難計画を立て対応します。

- ・非常時に備えての避難訓練等対策の見直しを適宜行っていきます。

10、協力医療機関

協力医療機関	大野診療所	青柳歯科クリニック
協力内容	・ 日常の診療・治療保健指導 ・ 必要時・定期的な訪問診療・健康診断 ・ 休日夜間を含めた24時間連絡体制 の確保と緊急時の対応等	・ 日常の診療・治療保健指導 ・ 必要時定期的な訪問診療 健康診断

尚、かかりつけ医師が存在する場合で、主治医の変更を希望しない場合は入所時にご相談ください。他の診療所への訪問診療や通院も可能です（通院の場合はご家族での送迎をお願いいたします）。

訪問診療ご利用の場合も、通院の必要が生じた場合にはご家族での協力をお願いいたします。

入院医療機関につきましても、契約者、家族の意向をできるだけ取り入れますが、病院側の都合により沿いかねる場合もあります。

11、事故発生時の対応

- ・当施設は、事故が発生した場合の対応の指針を作成し、それに基づき対応します。
- ・事故が発生した時、またはそれに至る危険性がある事態が生じた都度に報告書を作成し、その分析を通じた改善策を従業員に周知徹底する体制を整備します。
- ・事故発生防止のための検討会及び介護職員その他の従業員に対する研修会を行うとともに、運営推進会議で定期的に報告します。

12、緊急時の対処方法

利用者に容態の変化等があった場合は、事前に申し出のある緊急連絡先へ連絡するとともに、

主治医あるいは協力医療機関に連絡し、医師の指示に従います。

13. 損害賠償

当施設において、施設の責任によりご利用者に生じた損害については、施設は速やかにその損害を賠償します。

ただし、損害の発生について、ご利用者に故意または過失が認められた場合には、ご利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額することが相当と認められた場合には、施設の損害賠償を減じさせていただきます。

14. 苦情相談機関等

〈苦情の受付〉

当施設のサービスに関する相談、要望、苦情等は下記窓口までお申し出ください。

苦情受付担当者	担当者 管理者 電話番号：0247（57）9300
第三者委員	担当者 電話番号： 担当者 電話番号：
外部苦情申し立て機関 石川町役場	石川町役場 保健福祉課 高齢福祉係 所在地：石川町字長久保 185-4 電話番号：0247（26）9124
外部苦情申し立て機関 国民健康保険団体連合会	所在地：福島市中町3-7 電話番号：024（528）0040
外部苦情申し立て機関 福島県社会福祉協議会 運営適正化委員	所在地：福島市渡利字七社宮 111 電話番号：024（523）2943

15. その他の重要事項

1) 秘密保持

業務上知りえた契約者及び家族に関する秘密を正当な理由なく第三者にもらしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。ただし、介護サービスを提供する他事業所、病院、関係機関との連携に必要な場合には、同意を得たうえで関係者のみ提供できるものとします。

2) 虐待防止

契約者の人権擁護・虐待防止等のため、次の措置を講ずるよう努めるものとします。

- ① 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会を定期開催するとともに、職員等に周知徹底を図る。
- ② 成年後見制度の利用支援
- ③ 苦情解決体制の整備
- ④ 職員等に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修（年2回以上）の実施
- ⑤ 虐待防止に関する責任者の設置 虐待防止に関する責任者：

3) 情報公開

サービス提供ごとに実施日時及び実施したサービス内容の記録は、5年間保存します。契約者もしくはその代理人の請求に応じてその内容を公開することとし、記録の閲覧複写を求めることができます。

4) 自己評価・外部評価

定期的に提供するサービスの自己評価を実施、外部評価を受け、結果を公表し、常にそのサービスの質の改善を図ります。

5) 運営推進会議

利用者、利用者の家族、地域住民の代表、包括支援センター職員、認知症対応型共同生活介について知見を有する方を構成員とし、隔月で開催します。

6) ハラスメントについて

契約者又はその家族等からの事業者や職員等に対して、故意に暴力や暴言、性的な言動または優越的な関係を背景とした言動等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合は、サービスの利用を中止及び契約を解除させていただく場合があります。

7) 感染症の予防及びまん延防止のための措置

感染症発生時等必要時の委員会の開催、施設としての指針の整備、職員への研修の実施、非常時の体制整備に努めます。

8) 業務継続計画の策定

非常災害、感染症の発生時に、契約者に対する介護サービスの提供を継続的に実施するための計画及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、計画に沿って必要な措置を講じます。事業者は、職員に対し業務継続計画について周知するとともに必要な研修及び訓練を実施します。

9) 改定について

この重要事項を改定する場合、軽微な事項及び改正に伴う事項については通知をもって同意をいただいたものとします。ただし、変更事項に同意ができない場合は契約を解除できるものとします。

以上の合意を証するため、本書正本 2 通を作成し、契約者、事業所記名捺印のうえ、各 1 通を保有するものとする。

令和 年 月 日

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、指定認知症対応共同生活介護及び指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護の提供開始に同意しました。

利用者氏名 印

身元引受人

住所

氏 名 _____ 印 _____

続 柄 _____

指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護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。

説明者氏名 _____ 印 _____