

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービス

重要事項説明書（短期利用共同生活介護兼用）

〔令和6年4月1日〕

1. 事業の目的と運営方針

認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、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及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的とします。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 施設の内容

(1) 事業所の名称及び指定番号等

事業所名	グループホームたいよう
指定番号	0572510667
指定有効期間満了日	令和4年11月30日（由利本荘市指定）
所在地	秋田県由利本荘市岩谷町字ハケノ下80番地2
管理者の氏名	千葉 みちる
電話番号	0184-65-2933
FAX番号	0184-65-2934
利用定員	1ユニット 9名

(2) 事業所の職員体制

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員
管理者	業務の一元的な管理	1名
計画作成担当者	介護計画の作成	1名（常勤 1名、非常勤 名）
介護職員	日常生活全般にわたる介護業務	8名（常勤 8名、非常勤 名）

※管理者及び計画作成担当者は介護職員と兼務

(3) 職員の勤務体制

① 昼間体制	3～4名	うち	早番	1名	7:00	～	16:00
			日勤	1～2名	8:45	～	17:45
			遅番	1名	10:00	～	19:00
② 夜間体制	1名		夜勤	1名	18:00	～	8:00

(4) 設備の概要

室名等	内容(主な備え付け)
居室	原則個室とし、各部屋にベッド・枕元灯・タンス等を備品として備えています。
食堂	利用者が使用できる十分な広さを設け、利用者が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。
その他の設備	設備としてその他に、居間、台所、浴室等の設備を設けます。

3. サービスの内容

(1) 認知症対応型共同生活介護計画の立案

利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえて、認知症対応型共同生活介護計画を作成します。その内容を利用者及びその家族に説明し同意を得ます。

認知症対応型共同生活介護計画を作成した際は、当該計画を利用者に交付します。

(2) 生活相談

常に利用者の心身の状況やその置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対して、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言やその他の援助を行います。

(3) 健康チェック

検温、血圧測定等の健康チェックを行います。

(4) 入浴

最低週2回入浴していただけます。ただし、利用者の体調等により、回数減又は清拭となる場合があります。

(5) 食事

食事時間は次のとおり。

朝食 7時20分 ～

昼食 12時00分 ～

夕食 17時30分 ～

食事は利用者の心身の状態、嗜好を考慮し適切な時間に合わせて調理します。

(6) その他日常生活に必要な介護

認知症対応型共同生活介護計画に沿った介護を行います。

更衣、排泄、食事、入浴等の介助

シーツ交換、事業所内の移動の付き添い等

(7) 社会生活上の便宜の供与等

教養娯楽設備等を備えるほか、適宜利用者のためにレクリエーションの機会を設けます。

利用者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続きについて、利用者又はその家族が行うことが困難である場合は、その同意を得て代行します。

常に利用者の家族との連携を図り、利用者 と 家族の交流等の機会を確保するよう努めます。

利用者の外出の機会を確保するよう努めます。

4. 利用契約

- ① 施設の利用については、あらかじめ利用者及びその家族に対して面談の上、サービス利用契約書の内容に関する説明を行い、両者及び家族等の同意の下に利用契約を締結します。
- ② 利用者は、正当な理由なく利用者負担金を3ヵ月以上滞納した場合には、事業者は文書により10日以上を定めてその期間内に滞納額の全額を支払わなければ、契約を解約する旨の催告をすることができるものとします。

5. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該（介護予防）認知症対応型共同生活介護及び（介護予防）認知症対応型短期利用生活介護が法定代理受領サービスであるときは、保険者が交付する負担割合証による負担割合とします。

(1) 介護報酬基準額

別紙料金表のとおり

(2) その他の費用

- ① 理美容代 実費（理美容事業者へ直接お支払いください。）
- ② その他、（介護予防）認知症対応型共同生活介護及び（介護予防）認知症対応型短期利用生活介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用で、利用者が負担することが適当と認められるもの。

6. 支払・請求及び支払方法

(1) お支払い

利用料は、月末に締め、翌月の10日に前月分を請求しますので、25日ま

でお支払いください。お支払いは、現金の場合は特養おうちの会計係に納入するか、次の金融機関への振込みとなります。

(2) 指定金融機関

- ① J A秋田しんせい大内支店 口座番号 3554352
- ② 羽後信用金庫大内支店 口座番号 0104407
- ③ 岩谷郵便局 口座番号 18630-13903131

※ 利用者の指定する金融機関の口座から自動引落としの手続きもできます。

※ 振込み手数料は、利用者の方でお支払いください。

7. サービス利用に当たっての留意事項・禁止事項

(1) 留意事項

- ① 異性による介護があります。
- ② 面会時間は9時から19時までとします。
- ③ 外出・外泊を希望される場合には、事前に届け出をし、許可を得ること。
- ④ 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ⑤ 職員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

(2) 禁止事項

- ① けんか、暴行、中傷、口論、泥酔等で他人に迷惑を掛けること。
- ② 指定した場所以外で喫煙等を行うこと。
- ③ 事業所の秩序、風紀を乱し又安全衛生に害すること。
- ④ 特定の宗教や政治活動を行うこと。
- ⑤ その他、事業所内での共同生活に支障の及ぼすこと。

8. 衛生管理及び感染症対策

利用者と施設の衛生管理に努めるとともに、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業者は、感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を設置し、定期的に（おおむね6か月に1回以上）開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図る。
- (2) 事業者における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
- (3) 事業者は、職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に（年1回以上）実施する。

9. 虐待の防止

虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する虐待防止検討委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を設置し、定期的を開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施する。
- (4) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、責任者は速やかに市町村等関係者に報告を行い、事実確認のために協力する。また、当該事案の発生の原因と再発防止策について、速やかに虐待防止検討委員会にて協議し、その内容について、職員に周知するとともに、市町村等関係者に報告を行い、再発防止に努める。
- (5) 上記の措置を適切に実施するための責任者を置く。

10. 身体的拘束等の禁止

当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。

身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

身体的拘束等の適正化を図るため、次の措置を講ずるものとします。

- (1) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する身体拘束廃止委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図る。
- (2) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。
- (3) 職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に（年2回以上）実施する。

11. 職員の質の確保

利用者に対する介護に直接携わる職員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとします。

12. 個人情報の保護

事業所が得た利用者の個人情報については、事業所内のサービスの提供以外の目的では原則的には利用しないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又は家族の同意を得るものとします。

13. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合や、その他緊急の事態が生じた場合には、速やかに主治医、協力医療機関及び各関係機関に連絡する等の必要な措置を講じ、管理者に報告する義務を負います。

14. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、応急措置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに市町村及び利用者の家族等に連絡するとともに、顛末記録、再発防止対策に努めその対応について協議します。

サービス提供により賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、事業者及び職員の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

15. 非常災害対策

事業所は、非常災害その他緊急の事態に備えて、防災及び避難に関する計画を作成し、災害時における関係機関への通報及び連携体制を整備し、利用者及び職員に対し周知徹底を図るため、定期的に避難、その他必要な訓練等を実施します。

訓練の実施に当たって、地域住民、消防関係者の参加が得られるよう連携に努めます。

16. 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する短期入所生活介護等の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じ、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定期的実施します。

17. 職場におけるハラスメント

適切な社会福祉事業の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

18. 苦情相談窓口（苦情処理）

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室	窓口担当者 千葉みちる	管理者
ご利用時間	月曜日 ～ 金曜日	8時30分～17時30分
ご利用方法	電話 0184-65-2933	

(2) 公的機関においても、次の機関においても苦情申し出ができます。

(受付時間は、月曜日～金曜日の9:00～17:00)

① 由利本荘市役所市民福祉部福祉課

電話番号 0184-24-6314 FAX番号 0184-24-0480

② 由利本荘市大内総合支所市民福祉課

電話番号 0184-65-2806 FAX番号 0184-65-2610

③ 秋田県国民健康保険連合会介護保険課

電話番号 018-862-3850 FAX番号 018-883-1551

④ 秋田県運営適正化委員会 (秋田県社会福祉会館)

電話番号 018-864-2726 FAX番号 018-864-2742

⑤ 本荘由利広域市町村圏組合 (本荘由利広域行政センター)

電話番号 0184-24-3347 FAX番号 0184-24-3359

(3) 苦情処理第三者委員

氏名	住所	電話番号
斉藤 和 二	中館字中屋366-1	0184-65-2414
佐々木 久	松本字堤ノ口47-2	0184-66-2839
佐々木 良 行	大倉沢字大沢68	0184-65-2710

・ 公平中立な立場で、苦情を受け付け、相談にのっていただける委員です。

19. 第三者評価の実施状況

提供するサービスの第三者評価の実施状況・・・なし

実施した直近年月日・・・

実施した評価機関・・・

評価結果の開示状況・・・

20. 協力医療機関等

事業所は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した

場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・ 協力医療機関

名 称	由利組合総合病院
住 所	由利本荘市川口字家後 3 8
電話番号	0184-27-1200

- ・ 協力歯科医療機関

名 称	鈴木歯科診療所
住 所	由利本荘市大内三川字白山田 8 6 - 1
電話番号	0184-65-2685

21. 損害賠償について

事業所において、事業所の責任によりご利用様に生じた損害については、事業所は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、賠償の発生について、ご利用様に故意又は過失が認められ、ご利用様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業所側の損害賠償責任を減じさせていただきます。

重要事項説明確認書

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスの開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し、本説明書を交付しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 秋田県由利本荘市岩谷町字ハケノ下80番地2
事業者名 グループホームたいよう
(指定番号 0572510667)

管理者名 千葉 みちる 印

説明者 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定（介護予防）短期入所生活介護サービスについて、重要事項説明を受け同意し、本説明書を受領しました。

令和3年度介護報酬及び基準改定等に伴う文書簡略化等に鑑み、記名（印字、ゴム印又は代筆）の場合のみ要押印とし、署名の場合押印省略とします。

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名 印

利用者代理人（選任した場合）

住所

氏名 印（続柄 ）