

社会福祉法人 鶯園
グループホーム御影 重要事項説明書
(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)

R6.6.1

1 事業主体の概要

事業者の名称	社会福祉法人 鶯園
法人の所在地	岡山県津山市瓜生原 337 - 1
代表者の職・氏名	理事長 小林 和彦
電話番号	0868(26)0888
FAX番号	0868(26)0144
設立年月日	昭和48年 3月16日

2 事業所の概要

事業所の名称	グループホーム御影
事業所の所在地	神戸市東灘区御影石町 1 - 2 - 18
交通機関等	阪神電鉄「石屋川駅」下車、南へ徒歩約10分
管理者の氏名	角 喜代香
電話番号	078(822)5620
FAX番号	078(822)5621
開設年月日	平成17年 5月 1日
利用定員等	ユニット数 : 3ユニット 、 1ユニットの定員 : 9人
併設施設等	指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム ロングステージ御影 指定短期入所生活介護 特別養護老人ホーム ロングステージ御影

3 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

事業所は、要支援2・要介護者で認知症の状態にあるご契約者(以下、「入居者」という)が、その有する能力に応じて、可能な限り自立した生活と自らの意志に基づく質の高い生活を営む上で必要な援助サービスを行うことを目的とする。

(2) 運営方針

事業所は、入居者が共同生活を通じて担う役割を持ち、職員や他の入居者等との交流によって互いに社会的関係を築くことにより、認知症の進行の緩和、自立した日常生活、人間性の回復を目指す。

(3) サービスの特徴

地域との結びつきを重視し、関係保険者、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスを提供するものとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

4 建物(施設)の概要

(1) 建物の構造と利用定員

都市計画法上の用途地域	準工業地域
敷地面積	併設施設を含む総面積 : 4,074.57 m ²
建物形態	併設型 (同一敷地内の併設施設と3・4階で連結)
建物構造	鉄筋鉄骨コンクリート造 4階建て (居室・共同生活室等は、2～4階)
延べ床面積	1,622.36m ²

(2) 居室

居室の種類	室数と居室面積
1人部屋	各階に9室、合計:27室 1室あたり 18.0m ² (居室内トイレを含む)

(3) 主な設備

設備の種類	室数	面積等
居室	27室	
食堂兼居間	3室	2階:167.0m ² 3階:146.7m ² 4階:159.0m ²
浴室	3室	各階に1室、合計:3室 一般浴槽による浴室
便所	各居室	各居室内に洗面設備と共に設置
防火・避難設備	スプリンクラー、消火器、避難滑り台、自動火災報知器等	

5 入退居と使用居室の決定について

- (1) 当事業所に入居できるのは、要介護認定審査によって「要支援2」「要介護」と認定され、且、主治医等により「認知症」の状態であると診断された方が対象となります。又、入居時において「要支援2」「要介護」の認定を受けておられる入居者であっても、将来、「要支援2」「要介護」認定者でなくなった場合には退居していただくこととなります。
- (2) 入居契約の締結前に、感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出をお願いしますのでご協力をお願いいたします。
尚、他の入居者やサービス従事者等への感染の恐れがある場合には、事業所への入居をお断りすること、又は治癒するまで入居を延期することがあります。
- (3) 入居中にご使用いただく居室は、入居者の認知症の状況や身体機能の状況、ユニットにおける他の入居者との共同生活の状況などを総合的に判断して、当事業所が決定します。
入居時に決定した居室であっても、上記の事項を勘案した上で居室の変更が妥当であると判断される場合には、その理由等を入居者又はその家族にご説明します。

6 職員の配置状況

職種	配置人員	事業者指定の基準
管理者	1名(常勤)	1名
計画作成担当者	3名(常勤)	1名
介護職員	18名以上(常勤換算)	9名

7 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
管理者	9:00 ～ 18:00
計画作成担当者・ 介護職員	早出 7:30～16:30 日勤 9:00～18:00 遅出 10:30～19:30 夜勤 19:00～翌8:00

8 認知症対応型共同生活介護計画(以下、「介護サービス計画」という)の作成

入居者に対する具体的なサービス内容やサービスの提供方針については、入居後に作成する「介護サービス計画」で定めます。「介護サービス計画」の作成及び変更は次のとおり行います。

- ①当事業所の計画作成担当者に個別の介護サービス計画の原案の作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。
- ②計画作成担当者は、介護サービス計画の原案について入居者又はその家族に説明し、同意を得た上で計画を決定します。
- ③介護サービス計画は、入居者の心身の状況の変化に応じて必要な場合、入居者又はその家族等の要請に応じて、変更の必要性を確認した場合には、入居者及びその家族等と協議して、介護サービス計画を変更します。

9 介護サービスの内容

各ユニットにおいて入居者が、相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう心懸け、入居者の心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行います。

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の嗜好、栄養バランス、季節感、新鮮さを考慮した献立による食事を提供します。 ・入居者が食事やおやつ調理等に係わる機会をなるべく設け、共同生活での各人の役割を担っていただきます。 ・食事は、できるだけ入居者の好きな時間帯で食堂にて召し上がっていただきます。 (概その食事時間) 朝食 8:00 ～ 9:00 昼食 12:00 ～ 13:00 夕食 17:30 ～ 19:00
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・一人用の浴槽で、お一人ずつ入浴していただきます。 ・週に2回、必要に応じた見守り介助で入浴していただきます。 ・体調不良等により入浴が困難な場合であっても、清拭を行う等により清潔を保つよう努めます。

排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の心身の状況に応じて適切な排泄介助を行います。 ・可能な限り、排泄の自立を目指し、安易なオムツの使用を行いません。 ・オムツを使用する入居者に対しては、随時・定時の交換を行うと共に、排泄リズムを探るなどした上でオムツ外しに努めます。
離床・更衣・整容等	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきりや引きこもり防止のため、出来る限り離床に努めます。 ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・シーツや寝具類の交換や洗濯、居室や食堂・居間等の清掃に努め、居住空間の整理・清潔に配慮します。
健康管理及び緊急時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・常に入居者の健康状態に注意を払い、必要に応じて受診を促す等の措置を講じます。 ・緊急時の対応のため、併設施設との間で連携及び支援体制に関する取り決めを行います。 ・容態の急変等の場合には、速やかに主治医又は協力医療機関等に連絡し、その指示を仰ぎます。又、その内容についてご家族へ連絡します。 ・緊急やむを得ない場合にあっては、主治医あるいはご家族へ連絡する前に、救急車にて病院へ搬送する場合があります。
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所内で行うクラブ活動やレクリエーション活動の機会を提供すると共に、地域で行われる諸活動への参加の機会を設けます。 ・入居者が必要とする行政機関等への手続きについて、ご家族の同意を得た上でお手伝いします。 ・常に入居者とご家族、事業所の連携を図り、交流と親睦の機会を設けることに努めます。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者及びその家族からの如何なる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。 ・事業所の相談窓口は、各ユニットの計画作成担当者と定めます。

10 利用料金等

お支払いいただく利用料金は次のとおりです。

(1) 法定給付サービスに掛かる費用(別表1 参照)

- ①介護保険の適用を受けるサービスを示します。原則として介護保険負担割合証に記載された負担割合でお支払いいただきます。
- ②保険料の滞納などにより保険給付が停止した場合、一旦サービス費用の全額(10割)をお支払いいただきます。保険給付が再開された場合には、保険者から保険給付分(9割または8割、7割)の払い戻しを受けることができます。
- ③法定給付サービスの費用の額は、介護保険の介護報酬の告示額によって定められた金額です。
- ④必要に応じて初期加算など関係法令に基づいた費用が加算される場合があります。

(2) 法定給付外サービスに掛かる費用(別表2 参照)

- ①介護保険の給付対象とならないサービスを示します。
- ②法定給付外サービスに掛かる費用の額は、正当な理由がある場合には、その額を変

更することがあります。その場合は、変更日の1ヶ月以上前に入居者又はその家族に変更の理由と変更後の金額を説明し同意を得ます。

(3)利用者負担金のお支払い方法

事業者は、当月の利用者負担金の請求書に明細を付して、翌月15日までに入居者に請求し、入居者は月末まで郵便口座から自動振替にてお支払いいただきます。郵便口座をお持ちでない方は、お手数ですが、口座開設のお手続きをお願いいたします。
自動振替のお手続きは別途、ご案内をいたします。

(4)領収書の発行

事業所は、入居者から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

11 入居契約の終了

(1)事業所を退居していただく場合

- ①要介護認定審査により、入居者の心身の状況が「自立」「要支援1」と認定された場合。
- ②事業者が解散した場合や破産した場合、またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
- ③事業所の滅失や重大な破損により、入居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やその指定を辞退した場合。
- ⑤入居者から退居の申し出があった場合。(以下、(2)による。)
- ⑥事業所から退居の申し出を行った場合。(以下、(3)による。)

(2)入居者からの退居の申し出

入居者は、当事業所に退居を申し出ることができます。その場合は、退居(契約終了)を希望する日の7日前までに「解約届出書」を提出して下さい。

但し、以下の場合には即時に入居契約を終了し、退居することができます。

- ①介護保険の給付外サービスの利用料金の変更に同意できない場合。
- ②当事業所の運営規程の変更に同意できない場合。
- ③入居者が入院された場合。
- ④当事業所が、正当な理由なく契約に定める介護サービスを提供しない場合。
- ⑤当事業所または職員が、守秘義務に違反した場合。
- ⑥当事業所または職員が、故意または過失により入居者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は不信行為により入居契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。

(3)事業者からの退居の申し出

以下の事項に該当する場合には、入居契約を終了し、入居者に対して退居の申し出を行うことがあります。

- ①入居者又はその家族が、入居契約時にその心身の状況及び病歴等の重要な事柄について、故意にこれを告げず、または誤った告知を行い、その結果入居契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ②入居者によるサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、その後3ヶ月間の催告にもかかわらずこれが支払われない場合。

- ③入居者が、故意又は過失により事業所又は職員、もしくは他の入居者等の財物・信用等を傷つけ、又は不信行為により入居契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ④入居者の行動が、他の入居者もしくは事業所職員等の生命・身体・健康などに重大な影響を及ぼす恐れがあったり、入居者が自傷行為を繰り返す等、入居契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合。
- ⑤入居者が連続して3ヶ月以上病院もしく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入居者が、介護老人福祉施設や介護老人保健施設、介護療養型施設に入所した場合。

(4)居室の明け渡し

- ①契約が終了するときは、利用者負担金を支払いの上、契約終了日までに居室を明け渡していただきます。
- ②契約終了日までに居室を明け渡さない場合、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所定の利用者負担金をお支払いいただきます。
- ③その場合の利用者負担金は、法定給付サービスに掛かる費用の全額(10割)と法定外給付サービスに係る費用の全額を合計した金額となります。

12 身元引受人

- (1)入居契約の締結にあたっては、身元引受人の選任をお願いします。
しかしながら、社会通念上、身元引受人を立てることができないと認められる事情がある場合にはこの限りではありません。
- (2)身元引受人には、これまで最も身近にいて入居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います。
- (3)身元引受人は、入居者の利用料等の経済的な債務について連帯して履行義務を負う他、入居者が病院等に受診・入院する場合や当事業所から退居する場合における事務処理や費用負担等を行ったり、退居後の受け入れ先の確保を当事業所と共に行う責任を負うこととなります。
- (4)身元引受人は、入居者が当事業所を退居する場合には、その私物の撤去、入居者が死亡された場合にはそのご遺体の引き取り等について責任を負うこととなります。
- (5)身元引受人が死亡したり破産宣告を受ける等した場合には、入居者は速やかに新たな身元引受人を選定しなければなりません。

13 サービス提供における事業者の義務

当事業所は、入居者に対して認知症対応型共同生活介護サービスを提供するにあたり、次のことを守ります。

- (1)入居者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- (2)入居者の体調や健康状態からみて必要な場合には、主治医や協力医療機関と連携して必要な措置を講じます。

- (3) 非常災害時に関する具体的計画を策定すると共に、職員及び入居者に対して定期的な避難、救出等の訓練を行います。
- (4) 入居者が受けている要介護認定の有効期間の満了日30日前までに、要介護認定の更新の申請に必要な援助を行います。
- (5) 入居者に提供したサービスの記録を作成し5年間保存すると共に、入居者又はその家族の請求に応じて閲覧、複写物の交付を行います。
- (6) 入居者に対して身体拘束やその他行動を制限する行為を行いません。但し、入居者本人又は他の入居者等の生命、身体を保護するためにやむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより行動を制限する措置を行う場合があります。
- (7) 事業所及びその職員は、認知症対応型共同生活介護サービスを提供するにあたって知り得た入居者又はその家族等に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません(守秘義務を負います)。但し、入居者に医療上の必要性がある場合や退居時の援助が必要な場合等、入居者の利益を守るために情報の提供を行う場合があります。その場合にあっては、入居者又はその家族の同意を得ます。

14 運営推進会議

- (1) 事業所は施設の健全な運営と入居者の快適で心身ともに充実した生活を実現するため、入居者や家族、関係機関などからの要望、助言等を聞く機会として、グループホーム御影運営推進会議を設置します。
- (2) 運営推進会議の設置、運営等に関する事項については、運営推進会議規則を定めます。
- (3) 運営推進会議は次に掲げる委員をもって組織します。
 - ① 入居者の代表者
 - ② 入居者の家族
 - ③ 地域住民の代表
 - ④ 地域包括支援センター職員
 - ⑤ 知見を有する者
- (4) 会議は原則年6回、2ヶ月に一回程度開催します。
- (5) 議題は入居者やサービス提供の状況報告、サービスへの要望や助言、その他特に必要と認められる事項とします。

15 非常災害時の対策

非常時の対応	「グループホーム御影消防計画」に基づき対応します。
近隣との協力関係	特別養護老人ホームロングステージ御影、デイサービスセンターロングステージ御影と近隣防災協定を締結し、非常時における相互の応援を約束しています。
消防・避難訓練	「グループホーム御影消防計画」に基づき、年2回昼間及び夜間を想定した消防・避難訓練を行います。この訓練には入居者も参加していただきます。

防災設備	<p>関係法令に則り、各種防火設備の点検を実施し、消防署長に報告を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スプリンクラー ・消火器 ・消火栓 ・誘導灯 ・防火扉 ・非常通報装置 ・自動火災報知器 ・避難滑り台 ・避難階段 <p>カーテンや寝具類は防災性能のあるものを使用しています。</p>
------	---

16 協力医療機関

医療機関の名称	主な診療科	所在地	入院設備
財団法人 甲南病院	内科、外科、整形外科、眼科、循環器科 他	神戸市東灘区鴨子ヶ原 1-5-16	有
梅村歯科医院	歯科	神戸市東灘区御影中町 2-2-2	無

- ①介護職員等が入居者の体調の悪化を認めた場合には、主治医や協力病院に連絡し、その指示を仰ぎます。入居者のご家族には、速やかに医師の指示を連絡します。
- ②主治医や協力病院から受診する旨の指示があった場合、事業所職員の介添えを行います。可能な限りご家族の同行をお願いします。
- ③当事業所は協力医療機関を定めておりますが、協力医療機関での診療を義務づけるものではありませんし、協力医療機関での優先的な診療を保証するものでもありません。
- ④事業所職員や主治医等が緊急に医療処置が必要と判断する場合にあっては、入居者のご家族に連絡する前に救急搬送する場合があります。

17 相談・苦情に関する対応

(1) 当事業所における相談・苦情の窓口担当者及び解決責任者を以下のとおり定めます。

相談・苦情の窓口担当者	<p>2Fユニット担当者：小川 幸子</p> <p>3Fユニット担当者：佐々木 純子</p> <p>4Fユニット担当者：藤原 陽子</p>
相談・苦情の解決責任者	解決責任者：管理者 角 喜代香
受付時間と方法等	<p>毎日午前9時～午後6時</p> <p>お電話・ファックスの場合</p> <p>TEL. 078(822)5620 FAX. 078(822)5621</p> <p>面談をご希望の場合、上記時間においで下さい。</p>

(2) 下記の公的機関への苦情申立が出来ます。

神戸市生活情報センター (契約についてのご相談)	電話078(371)1221 平日(9:00～17:00)
神戸市保健福祉局 介護指導課	電話078(322)6326 平日(8:45～12:00、13:00～17:30)
兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	介護サービス苦情相談窓口 電話078(332)5617 平日(8:45～17:15)

18 事故発生時の対応

認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合には、速やかに保険者及び入居者の家族等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。

入居者に対して賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。当事業所は、社会福祉施設総合補償制度(保険)に加入しています。

19 損害賠償について

- (1)当事業所において、事業所もしくはその職員の責任により入居者に生じさせた損害については、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です。但し、その損害の発生について、入居者が故意又は過失が認められる場合や、入居者の心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業所の損害賠償責任を減じる場合があります。
- (2)事業所は、自己の責任に帰すべき事由がない限り、損害賠償の責任を負いません。とりわけ以下の場合には、事業所は損害賠償の責任を免れます。
 - ①入居者又はその家族が入居契約締結に際し、入居者の心身の状況及び病歴等の重要な事項を事業所に対して故意に告げなかったり、誤った告知を行ったことに起因して損害が発生した場合。
 - ②①と同様に、介護サービスを実施するにあたって必要な事項の聴取、確認に対して、故意に告げなかったり、誤った告知を行ったことに起因して損害が発生した場合。
 - ③入居者の急激な体調の変化等、事業所の実施したサービスを原因としない事由により損害が発生した場合。
 - ④入居者又はその家族が、事業所もしくはその職員の指示等に反して行った行為に起因して損害が発生した場合。

20 ご利用に際しての留意事項

来訪・面会	<ul style="list-style-type: none">・事業所に来訪された方は、必ずその都度面会簿に記入して下さい。・共同生活の場であることや保安上の観点から、面会時間を制限させていただきます。緊急時を除き、決められた時間帯での来訪をお願いします。〔面会時間 午前8時～午後9時の間〕
居室・設備・器具の利用	<ul style="list-style-type: none">・事業所内の居室や設備、器具等は本来の用途・用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損や汚損が生じた場合は、賠償していただきます。
外出・外泊	<ul style="list-style-type: none">・外出や外泊をされる際には、必ず「外出・外泊届け」に記入して下さい。
喫煙・飲酒	<ul style="list-style-type: none">・喫煙は決められた場所をお願いします。・飲酒は原則として認めますが、自身の体調や他の入居者との関係を考慮して下さい。
所持品の管理	<ul style="list-style-type: none">・貴重品の持ち込みはご遠慮下さい。紛失された場合でも責任を負いかねますのでご了承下さい。・衣服や身の回り品の管理は、事業所職員もお手伝いいたしますが、稀に紛失することもありますのでご了承下さい。

	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所でお預かりする現金等は、責任を持って管理いたしますが、入居者が自身で持たれる現金等の管理はできません。
宗教活動・政治活動・営利活動	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所内では、他の入居者やその家族、事業所の職員等に対するいかなる宗教活動・政治活動・営利活動も禁止します。
動物の飼育	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所内におけるペットの飼育については、状況に応じて判断しますので、ご相談下さい。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・上記の他、共同生活を営む上で他の入居者に迷惑を及ぼす行為や、社会通念上においても適当でない行為についてはご遠慮下さい。

指定認知症対応型共同生活介護サービス提供同意書

年 月 日

指定認知症対応型共同生活介護事業所でのサービスの提供開始に際し、本書面に基
重要事項の説明を行いました。

指定認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム御影

説明者職氏名 _____

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、指定認知症対応型共同生
介護サービスの提供開始に同意しました。

< 契約者(入居者) >

住 所 _____

氏 名 _____

< 身元引受人 >

住 所 _____

氏 名 _____ (契約者との続柄 _____)

私は、契約者(入居者)が事業者から重要事項の説明を受け、指定認知症対応型共同生
介護サービスの提供開始に同意したことを確認いたしましたので、私が契約者(入居者)に
代わって署名代行いたします。

< 署名代行者 >

住 所 _____

氏 名 _____ (契約者との続柄 _____)

づき

生活

生活

こ