

認知症対応型共同生活介護 グループホーム柳島爐

重 要 事 項 説 明 書

1 事業の目的と運営方針

(1) グループホームの目的

認知症を患っている要介護者（以下「利用者」という）で、居宅において安心・安全で安定した日常生活を営むことが困難な方を対象に、個々の自分らしい生活を実現するための個別のケアを提供します。

少人数の共同生活による家庭的な雰囲気の中で、利用者個々の尊厳を大切にし、自立した生活を営めるよう支援することを目的とします。

(2) グループホームの運営方針

日々の生活において、尊厳を保持しその人らしい自立した生活を過ごして頂けるよう利用者を尊重し、個々の心身の状況に応じた適切な個別ケアの提供と共同生活による相互活動をすすめます。また地域に開かれた施設運営に努め、地域との連携、情報交換及び交流に努めます。

2 グループホーム 柳島 爐 事業所 概要

施設の種類	認知症対応型共同生活介護
名称/指定番号	グループホーム柳島爐/2070102500
所在地	長野県長野市松代町西寺尾 986 番地 1
代表者名	管理者 庄田 瑞衣
連絡先	電話 026-215-6611 FAX026-278-5253
開設年月日	平成 17 年 4 月 1 日
入居定員	18 名 (2 ユニット)
外部評価	実施 有り

敷地		892 m ²
建物	構造	重鉄骨造 2 階建
	延べ床面積	856.07 m ² (1 階 428.56 m ² 2 階 427.51 m ²)
	利用定員	2 ユニット 18 名 (1 ユニット 9 名)
	各居室	18 部屋 (各居室面積 14.40 m ²)
	共用設備	浴室、脱衣室、トイレ、調理コーナー、 共同生活スペース (リビング、談話コーナー) 地域交流スペース (いいろりの間、茶室)

(1) 防犯防災設備等の概要

スプリンクラー 自動火災報知器 誘導灯 誘導標識 非常照明 漏洩火災警報器

非常階段 館内放送設備 避難梯子 消防署へ通報する火災報知機 消火器具

(2) 非常災害の対策

防災管理者を置き、非常災害に対処する具体的実施計画を作成します。万一の非常災害に備えるため、定期的に所轄消防機関等と連携し、避難、救出、防災、その他必要な訓練を行います。また、防災設備など定期的に設備点検を行ないます。

防災管理者 庄田 瑠衣

防災設備点検者 並木防災

(3) 運営推進会議の設置

適正な福祉業務の遂行と情報開示、地域交流など開かれた施設運営を推進し、提供するサービスの質の向上と確保を図ることを目的として、施設運営の評価、指導、助言を行なう運営推進会議を設置します。運営推進会議は概ね2ヶ月に一度開催します。

(4) 緊急対応方法

契約者に病状の急変が生じた場合は、速やかに協力病院もしくは契約者のかかりつけ医師に連絡をとり、指示を得ながら対応にあたります。

(5) 損害賠償について

グループホームにおいて、当方の責任で契約者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、当法人が加入している保険会社にて速やかにその損害を補償します。ただし、損害の発生について契約者側に故意又は過失が認められた際、契約者のおかれた心身の状況を勘案して減額するのが相当と判断された場合は、当方の損害賠償責任を減じる場合があります。

(6) 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、家族、市町村、関係医療機関等へ連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際して執った処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、上記(5)の通り賠償を速やかに行います。

【市町村（保険者）の窓口】 長野市役所 健康福祉部 高齢者活躍支援課	所在地 長野市大字鶴賀 1613 番地 電話番号 026-224-5029 ファックス番号 026-224-5126 受付時間 8:30~17:15 土曜日、日曜日、祝休日 年末年始（12/29~1/3）を除く
【家族等緊急連絡先】	氏名 続柄 住所 電話番号 携帯電話 勤務先

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険

補償の概要	対人事故補償 対物事故補償
-------	------------------

3 職員体制

職種	業務内容	基準数
管理者	グループホーム業務及び職員の管理を行います	1名
計画作成担当者	入居者の認知症対応型共同生活介護計画書の作成をします	1名以上
介護従事者	入居者の日常生活に係る介助を提供します	12名以上

(人員は標準的な員数のため変動あり)

*無資格の介護職員には、「認知症介護基礎研修」を受講させます。

4 サービスの利用基準

- (1) 契約者が次の各号に適合する場合、グループホームの利用ができます。
- ① 要支援2以上の被認定者であり、かつ認知症の症状を有すること
 - ② 小人数による共同生活を営むことに支障がないこと
 - ③ 自傷他害の恐れがないこと
 - ④ 本契約に定めることに承認し、重要事項説明書に記載する事業者の運営方針に賛同できること
- (2) 利用の申込みに対して上記に掲げる利用基準に伴い、以下にあげる正当な理由なくサービスの提供を拒みません。
- ① 事業所の現員からは、利用申込みに応じきれない場合
 - ② 利用申込者の居住地が、事業所の通常事業の実施地域以外である
 - ③ その他利用申込みに対して、自ら適切なサービスを提供する事が困難な場合

5 サービス及び料金等

(1) 保険給付サービス

食事、排泄、入浴（清拭）、着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談援助等について包括的に提供し、下記の表により要介護度別に応じて定められた金額が自己負担となります。（下記に示す表は1割負担料金です。介護保険負担割合証にて通知された割合がお支払い負担額となります）

※省令等による変動で料金の改定があった場合は、事前に契約者及び家族等に連絡します。

介護利用料金（1日の料金）

介護度	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用料	7,490円	7,530円	7,880円	8,120円	8,280円	8,450円
1割負担分	749円	753円	788円	812円	828円	845円

加算料金（1日の料金 ※加算算定している場合のみ適用）

加算名	利用料	1割負担分
①初期加算	300円	入居後30日限り 1日 <u>30円</u> が加算
入退院支援への取組	2,460円	30日を超える入院後の再入居
		入院を要した場合 1日 <u>246円</u> 6日間限度
②医療連携体制加算	370円	医療側と連携し体制構築 1日 <u>37円</u> が加算
③サービス提供体制強化加算	180円	職員体制の強化 1日 <u>18円</u> が加算
④介護職員等処遇改善加算		介護利用料金+①+②+③×186/1,000
地域区分単価：10.14円（長野市7級地）		

（2）保険対象外サービス

保険対象外のサービスについては、各個人の利用に応じた額が自己負担となります。

家賃	40,000円/月	居室使用料
光熱水費	16,000円/月	燃料、水道料、電気料
管理費	3,000円/月	施設管理費
食費	1,500円/日	朝食180円 昼食400円 夕食370円 おやつ40円
電気料金	実費	個室電気使用料金

・日常生活上必要となる費用

日常生活において、通常必要となる物にかかった費用分は実費となります。

（衣類、おむつ、歯ブラシ、歯磨き粉、理美容代金など）

・特別な食事（酒類を含みます）

契約者、又は家族等の希望に基づいて特別な食事を提供します。また、心身状態に応じて、栄養補助食品等も提供します。他、特別な食事等を提供するためには要した費用。

・教養娯楽として日常生活に必要な物

契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加できます。

利用料金：材料代等に要した費用。（習字、お花、絵図、刺繡など）

・個人の嗜好に関する物

個人の嗜好に基づく物で、サービス提供とは関係のない物に関しては別途料金がかかります。

・複写物の交付

契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、複写物に要する費用がかかります（1枚につき10円）。

・契約書第18条に定める所定の料金

各条項に基づく義務を履行した上で、居室の明け渡しとなります。退居時に要する費用となります。

※日常生活に必要な物品等の購入や、主治医往診時などの診察料の支払いに、小口現金として現金（2万円から5万円程度）をお預かりします。他、外食や買い物等生活を支援していく過程

で消費します。他健康保険証、介護保険証等可能な範囲でお預かりさせて頂きます。(要相談)

6 グループホーム利用にあたっての留意点

- (1) 家族等による契約者のお部屋への訪問は自由です。訪問の際は、スタッフに声を掛け下さい。お泊りになる際は、事前にご連絡下さい。
- (2) 外出・外泊の際には、スタッフに相談し、行き先と予定時間をお知らせ下さい。
- (3) 食品類（特に生ものや調理を加えた物など）の持ち込みは、衛生管理上原則禁止とさせて頂きます。ただし、既製品等に関しましては、事業所において賞味期限等管理させて頂いた上で持ち込んで頂いております。（契約者の意向がある場合もありますので、その都度相談させて頂きます）
- (4) ペットの飼育に関しては原則禁止させて頂きます。
- (5) 宗教活動・政治活動は原則禁止させて頂きます。

7 お支払い方法

(1) サービス利用料

契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から、介護保険給付費の額を除いた自己負担額と、食事及び居室、共同生活住居に係る金額（家賃・光熱水費・管理費等）の合計金額をお支払い下さい。（介護サービス利用料金は、契約者の要介護度に応じて異なります）

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頂きます。要介護認定を受けた後、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、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。

(2) 介護サービス料金の変更

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契約者の負担額を変更します。

(3) 介護サービス料金の減額

負担限度額認定等対象外サービスとなっているため、減額等の制度は適用されません。

(4) 入院期間中の利用料金

入居中に入院や外泊で空室にする場合、介護保険から給付される費用の一部、及び居室・共同生活住居に係る料金をご負担頂くものとします。

＜利用料金の支払い方法＞

料金は、1月毎に計算をして請求させて頂きます。1月に満たない期間のサービス利用については、日割り計算（実際に利用した日数を計算）した金額とします。

①自動口座引き落とし

指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。引き落とされる期日については次の通りとします。ただし、引き落とし日が金融機関休業日の場合は、翌営業日の引き落としとなります。

(指定金融機関)

金融機関	八十二銀行	J A グリーン長野	長野信用金庫
引き落とし日	毎月 16 日	毎月 15 日	毎月 15 日

②銀行振込

毎月 20 日頃までに振込をお願いします。手数料は契約者負担となります。

長野信用金庫	篠ノ井支店
普通預金口座	口座番号 : 0071811
口座名義人	社会福祉法人 新志福祉会 グループホーム柳島爐
	理事長 三浦 富美子

※銀行振込及び口座引き落としの領収書は、翌月の請求書と一緒に発行となります。

8 秘密保持と個人情報の保護について（契約書第 23 条参照）

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

- ① 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ② 事業者及び事業者の使用者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護について

- ① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。
- ② 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものその他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

9 病院受診・入院について

定期的な主治医等への通院は、基本ご家族の対応にてお願いします。日常生活を送る中で発症

する体調不良時や、入院を要する場合は家族と事業所が協力して行います。(入院を要する場合や治療方針を決める時などは、家族の付添いは必須となります)

10 施設を退所して頂く場合（契約終了について）

当施設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することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、契約者に退所して頂くことになります。

（1）契約の終了事由

- ① 要介護認定において、契約者が自立もしくは要支援1と認定された場合
要介護認定の有効期間を過ぎて利用した場合、認定前の介護度の利用料金が適用されます。また、保険給付は適用されないため、全額自己負担の支払いとなります。
- ② 契約者が死亡した場合
- ③ 契約者が病気の治療等の為に長期にグループホームを離れることが決まり、かつその移転先の受け入れが可能になったとき
- ④ 施設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 契約者又は家族等が本契約の解除を通告し、予告期間が満了した日
- ⑥ 事業者が本契約の解除を通告し、予告期間を満了した日

（2）契約者からの退所の申出

契約の有効期間であっても、当施設からの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10日前までに解約届出書をご提出下さい。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除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 契約者が入院された場合
- ③ 施設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介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ④ 施設もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 施設もしくはサービス従事者が故意又は過失により、契約者の身体・財産・信用等傷つけ、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ような場合

（3）施設からの申し出により退所して頂く場合

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所して頂くことがあります。

- ① 正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を3ヶ月滞納したとき。
- ② 契約者が病院又は診療所等に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、又は3ヶ月を経過しても退院できないことが明らかとなった場合
- ③ 伝染性疾患により他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認め、かつ契約者の退去が必要あると判断されたとき
- ④ 契約者の行動が他利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ契約者に対する様々な支援方法ではこれを防止することができないと事業者が判断したとき

⑤ 契約者又は家族等が故意に法令その他の本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき

(4) 円滑な退所のための援助

契約者が当施設を退所する場合には、契約者の希望により、事業所は契約者的心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助を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又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 他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

(5) 残置物の取り扱いについて

当施設は、契約者又は家族等に連絡の上、残置物を引き取って頂きます。又、引き渡し等に係る費用については、契約者又はその家族等に負担頂きます。

1.1 協力医療機関

医療機関名称：長野県厚生連長野松代総合病院

所 在 地：長野市松代町183番地

連 絡 先：026-278-2031

病 床 数：365床

診 療 科 目：総合診療科 呼吸器・感染症内科 循環器内科 消化器内科 神経内科 内分泌代謝内科 心療内科・精神科 小児科 皮膚科・アレルギー科 リウマチ科 一般外科 乳腺甲状腺科 消化器外科・消化器内視鏡外科 呼吸器外科 心臓血管外科 脳神経外科 整形外科・スポーツ整形外科 形成外科 リハビリテーション部 産婦人科 泌尿器科 耳鼻咽喉科 眼科 放射線科 麻酔科・ペインクリニック 歯科口腔外科 肺がんセンター 人工関節センター 消化器病センター 乳腺・甲状腺センター 循環器疾患センター 腎臓内科、血液浄化療法・透析センター 外来化学療法センター 頸機能再建・インプラントセンター がんサポートセンター

医療機関名称：栗田病院

所 在 地：長野市栗田695番地

連 絡 先：026-226-1311

病 床 数：727床

診 療 科 目：精神科・診療内科・内科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科・歯科 小児歯科

医療機関名称：えんどう歯科クリニック

所 在 地：長野市篠ノ井東福寺1310番地5

連 絡 先：026-293-9931

診 療 科 目：歯科

医療機関名称：宮本歯科医院
所 在 地：長野市川中島町392-1
連 絡 先：026-285-2902
診 療 科 目：歯科

12.衛生管理

衛生管理等

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6ヶ月に1回以上の開催をするとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。
- 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します。
- ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練（シミュレーション）を定期的に実施します。

13.虐待の防止について

事業所は、利用者当の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	(職・氏名) 庄田 瑞衣
-------------	--------------

- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ③ 虐待防止のための指針を整備しています。
- ④ 成年後見人制度の利用を支援します。
- ⑤ 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

14.事業継続計画の策定

業務継続計画の策定等について

- ① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ② 従業者に対し、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に実施します。
- ③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

15. 災害時の対応

災害時に備え年2回防災訓練を行います。

防火管理者 庄田 瑞衣

16 法人の概要

名称	社会福祉法人 新志福祉会		
所在地	長野県長野市篠ノ井西寺尾 2798 番地		
代表者名	理事長 三浦 富美子		
連絡先	TEL026-292-3413 FAX026-292-1921		

《他の介護保険関連事業》

事業名	初回指定年月日	指定番号	定員
介護老人福祉施設	平成 2 年 4 月 1 日	2070100090	60 名
地域密着型介護老人福祉施設	平成 17 年 7 月 1 日	2090100591	27 名
短期入所生活介護	平成 17 年 7 月 1 日	2070105800	11 名
居宅介護支援事業	平成 11 年 7 月 30 日	2070100090	
認知症対応型通所介護	平成 11 年 11 月 30 日	2070102930	12 名
地域密着型介護老人福祉施設	平成 23 年 12 月 1 日	2090100435	29 名
短期入所生活介護		2070104951	4 名
地域密着型介護老人福祉施設	平成 24 年 4 月 1 日	2090100476	29 名
短期入所生活介護		2070105164	4 名

17. 苦情・ハラスメントの受付について(契約書第 26 条参照)

- ① 利用者又はその家族からの苦情・ハラスメントに迅速かつ適切に対応するため、苦情受付窓口を設置するなど必要な措置を講じ、その苦情の内容等を記録します。
- ② 提供するサービスに関して、市町村から文書の提出・提示の求め、又は市町村職員からの質問・初回に応じ、利用者からの苦情に関する調査に協力します。市町村から指導、又は助言を得た場合は、それに従い、必要な改善を行います。また、市町村からの求めがあった場合は、改善の内容を市町村に報告します。
- ③サービスに関する利用者からの苦情に対して、国民健康保険団体連合会の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導、又は助言を得た場合は、それに従い、必要な改

善を行います。また、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合は、改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告します。

1 8 苦情相談機関

相談担当者：神戸 志乃・内山富美子

ご利用時間：8：30～17：30（但し、緊急の場合は除く）

ご利用方法：直接お申し出頂くか、TEL 026-215-6611にて対応します

苦情処理担当：庄田 瑠衣

〈第三者機関（法人第三者委員）〉

田野口 光子・清水 久美子

窓口 特別養護老人ホームふれあい荘 TEL 026-278-5600

〈運営推進会議〉

窓口 グループホーム柳島爐 TEL 026-215-6611

〈公的機関〉

長野市高齢者活躍支援課 TEL 026-224-5094

国民健康保険団体連合会 TEL 026-238-1580

認知症共同生活介護サービスの提供の開始にあたり、契約者に対して本書に基づき重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

〈事業所〉

所在地 長野市松代町西寺尾986番地1

事業所名 グループホーム柳島 爐

代表者名 管理者 庄田 瑠衣 (印)

〈説明者〉

所 属 グループホーム柳島 爐

氏 名 管理者 庄田 瑠衣 (印)

私は、本書に基づいて、事業者から重要事項の説明を受け、認知症共同生活介護サービスの提供の開始に同意いたします。

令和 年 月 日

〈契約者〉

住所

氏名 _____ 印 _____

印

〈身元引受人〉

住所

氏名 (印)

印

＜ 連帶保証人 間柄： ＞

※契約者と同一住所の方は連帯保証人にはなれません。

住 所 _____

氏 名 印