

グループホーム東一番町八甲荘重要事項説明書
 <令和6年6月1日現在>

1 グループホーム東一番町八甲荘の概要

(1) 事業所の概要

事業所番号	0290600048
事業所名	グループホーム東一番町八甲荘
所在地	青森県十和田市東一番町11番24号
電話番号	0176-58-7610
FAX番号	0176-58-7611
管理者氏名	西村 卓也

(2) 施設の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	業務の別	計	業務内容
管理者	介護福祉士	1名		介護従事者と兼務	1名	施設職員及び業務の管理
計画作成担当者	介護支援専門員	(1)名		介護従事者・看護職員と兼務	(1)名	介護計画の作成
介護従事者	介護福祉士	5名		専従	6名	入浴・排泄・食事等生活全般にかかわる援助
	初任者研修修了者	1名				
看護職員	看護師		1名	専従	2名	日常的な健康管理及び医療機関との連絡・調整
	准看護師	1名		計画作成担当者・介護従事者と兼務		
合計		8名	1名		9名	

(3) 利用者活動時間帯及び勤務形態

※利用者活動時間帯 6:30～21:00	①早番	7:00	～	16:00
	②日勤	10:00	～	19:00
	③遅番	12:00	～	21:00
	④夜勤	21:00	～	7:00

(4) 利用定員

9名

(5) 施設の設定の概要

設備の種類		数	備考
居室（個室）	11.87 (㎡)	9室	居室内に洗面台付き
食堂・リビング	76.89 (㎡)		
キッチン	16.56 (㎡)		
浴室（特殊 UB）	6.21 (㎡)		
脱衣洗濯室	13.24 (㎡)		
トイレ	11.28 (㎡)	3か所	

2 施設の特徴等

(1) 施設の目的

利用者が、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民の交流の下で、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、その他の日常生活上の世話、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ができるよう支援することを目的とします。

(2) 施設の理念

一人ひとりの思いに寄り添い、安心・安全な環境を提供し、その人らしい毎日が過ごせるようお手伝いします。

地域に開かれ、地域に溶け込み、地域の一員として皆様に愛されるグループホームを目指します。

(3) 運営方針

施設の介護サービスは、次により提供します。

- ① 利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活ができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ妥当適切に行います。
- ② 利用者がそれぞれの役割を持って、家庭的な環境の下で、日常生活を送ることができるよう配慮して行います。
- ③ 介護サービス計画に基づいて、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行います。
- ④ 利用者又はその家族に対し、介護サービスの提供方法等について、理解できるように説明します。
- ⑤ 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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為はしません。
- ⑥ 利用者のプライバシーに配慮し、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った介護サービスを提供します。
- ⑦ 利用者の外出の機会を確保するよう努めます。

3 サービスについて

(1) サービスの内容

食 事	食事時間は基本的には、利用者の希望に応じますが、目安としては次の時間を設定します。 ・朝食 7時30分～ ・昼食 11時30分～ ・夕食 17時30分～
入 浴	週2回以上の入浴を設けます。体調によっては、入浴を中止して清拭で対応する場合があります。
健 康 管 理	施設の職員により毎日体調管理を行い、健康状態を把握します。また、看護職員が日常的健康管理を行うとともに、医療ニーズが必要となった場合に、かかりつけ医及び協力医と連携して適切な対応を行います。 ※通院は、原則として家族の対応となります。
レクリエーション	季節に応じた行事を行い、また外出を多くし、居室での閉じこもりを防ぐよう配慮します。
生 活 相 談	生活上の悩み相談・苦情相談を、随時受け付け対応します。

(2) サービス利用に当たっての留意事項

面 会	面会時間 8：30～19：30
外 出 ・ 外 泊	外出・外泊される場合は、事前にお申し出ください。 外出及び外泊の送迎は家族の対応となります。
飲 酒 ・ 喫 煙	施設内は禁煙です。飲酒希望者はご相談ください。
貴 重 品 管 理	貴重品の持ち込みについてはご相談ください。（原則本人管理）
所持品の持込	家具、家電製品等持ち込みできますのでご相談ください。 ただし、家電製品については、3点目以降は別途料金が掛かります。
施 設 の 利 用	施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
見守り機器の使 用	居室での事故予防、事故発生時の早期発見を目的とした見守りシステムの活用を行います。
居 室 移 動	利用者の状況により、居室を移動するときもあります。

4 介護サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始（利用に当たっての条件）

- ① 主治医の診断書等で認知症の状態にあり、一般住居での生活が可能な方
- ② 介護保険制度における要支援2以上の認定を受けている方
 - ア まずは利用申込書を提出してください。
 - イ 居宅介護支援事業所へサービス計画作成を依頼している場合は、事前に担当の介護支援専門員へご相談ください。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

(退所希望の場合は、退所の1か月前に文書又は口頭でお申し出ください。)

② 自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了します。

ア 利用者が死亡した場合

イ 他の介護保険施設に入所した場合

ウ 要介護認定区分が自立、若しくは要支援1と認定された場合

エ 症状及び心身の状態等の著しい悪化で病院に入院し、1か月経過しても退院できないことが明らかであり、かつ退院の見通しがなく継続療養が必要になった場合。ただし、入院後3か月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、この限りではありません。

③ その他の終了

ア 正当な理由がなくサービス利用料金の支払いを3か月以上滞納し、料金支払いの催告にもかかわらず支払いがない場合

イ 利用者の行動が、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場合

ウ 利用者又はその家族が、施設の職員又は他の利用者に対して、利用継続し難いほどの背信行為や反社会的な行為を行った場合

5 短期利用

施設は空いている居室を利用して、あらかじめ30日以内の利用期間を定めて1ユニット当たり1名の利用者を「短期利用共同生活介護」として、受け入れることができます。

6 利用料金

(1) 介護保険サービス利用料(介護保険負担割合による)

① 基本部分

介護度	自己負担額(1割負担の場合)
要支援2	761(円/日)
介護度1	765(円/日)
介護度2	801(円/日)
介護度3	824(円/日)
介護度4	841(円/日)
介護度5	859(円/日)

② 加算部分

区 分	自己負担額 (1割負担の場合)	備 考
入院時費用	246 (円/日)	該当者のみ
看取り介護加算	(死亡日) 1,280 (円/日) (死亡日以前2日又は3日) 680 (円/日) (死亡日以前4日以上30日以下) 144 (円/日) (死亡日以前31日以上45日以下) 72 (円/日)	該当者のみ
初期加算	30 (円/日)	該当者のみ
協力医療機関連携加算(2)	40 (円/月)	
医療連携体制加算 (I) ロ	47 (円/日)	該当者のみ
医療連携体制加算 (II)	5 (円/日)	該当者のみ
退居時情報提供加算	250 (円/回)	該当者のみ
退居時相談援助加算	400 (円/回)	該当者のみ
サービス提供体制強化加算(II)	18 (円/日)	
認知症専門ケア加算 (II)	4 (円/日)	該当者のみ
認知症チームケア推進加算(I)	150 (円/月)	該当者のみ
科学的介護推進体制加算	40 (円/月)	
新興感染症等施設療養費	240 (円/日)	該当者のみ
生産性向上推進体制加算(II)	10 (円/月)	
介護職員処遇改善加算(I)	基本部分と加算部分の合計額に 18.6%を乗じて得た額	

(2) 介護保険サービス以外の利用料

項 目	1日当たり自己負担額
-----	------------

居 住 費	800円
食 材 料 費 (おやつ代を含む。)	1,000円
光 熱 水 費	700円

※利用者の居住費は、入院・外泊期間も算定されます。ただし、利用者の同意を得て、空いている居室を他者に短期利用させた場合、その期間分は算定されません。

※生活保護受給者の居住費については、減免の対応をいたします。

※水道光熱費は利用期間の日数分、食費は提供分の請求となります。

(3) その他の利用

サービスの種類	内容及び利用料金	
理美容	美容師の出張によるサービスをご利用いただけます。	
	内 容	料 金
	カット	1,500円
	パーマ	3,000円
	カラー	3,000円
家電製品持込料	冷蔵庫・テレビ・オーディオ等持込可能です。2点までは光熱水費に含むものとし、3点目以降は1点につき1か月1,000円となります。	
ドライクリーニング	外部に発注するドライクリーニングについての費用を請求させていただきます。 費用：実費	
複写物の交付	利用者は、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実費をご負担いただきます。また、複写物の作成に時間を要する場合は、複写物の交付日時を施設側で指定させていただく場合があります。複写物の郵送をご希望する場合の郵送料金は、利用者のご負担とさせていただきます。 1枚につき 10円	
日常生活上必要な物品の購入や医療費等の支払い	利用者又は家族による日常生活上必要な物品の購入や通院、医療機関等への支払いが困難な場合は、利用者、家族の同意を得た上で、購入、支払いを代行します。	

(4) 利用料金の支払方法

前記(1)、(2)、(3)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末までに以下のいずれかの方法でお支払いください。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア 自動口座振替

イ 下記指定口座への振込み

・青い森信用金庫 十和田営業部 普通預金 0591401

・みちのく銀行	十和田支店	普通預金	2012751
・青森銀行	十和田支店	普通預金	1184681

名義 社会福祉法人 八甲田会

理事長 おがさわら 小笠原 とよしげ 豊重

ウ 窓口での現金支払

※窓口の受付時間は、月曜日から金曜日までの午前8時30分から午後5時までです。ただし、祝日及び年末年始を除きます。

7 運営推進会議

施設が地域に密着し、地域に開かれたものにするために、運営推進会議を設置しています。

- (1) 運営推進会議は、概ね2か月に1回程度開催します。
- (2) 運営推進会議の委員は、利用者家族、地域住民の代表者、民生委員、地域包括支援センター職員、市役所職員等、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者で構成しています。
- (3) 会議の内容は、施設のサービス内容の報告及び利用者に対して適切なサービスが行われているかの確認評価、意見交換、要望、助言等をいただくものです。
- (4) 運営推進会議の報告内容、評価、要望、助言等についての記録を作成します。

8 苦情申出窓口の設置

施設では利用者等からの苦情に適切に対応する体制を整え、施設における苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員を次のとおり設置し、苦情解決に努めています。

(1) 苦情解決の組織体制

- ① 苦情解決責任者 小笠原 拓 司 (常務理事)
- ② 苦情受付担当者 西 村 卓 也 (管理者)
- ③ 第三者委員
 - ・佐久間 由 夫 (監 事)
 - ・木 野 悦 子 (評議員)

(2) 苦情解決の方法

① 苦情の受付

ア 苦情は、面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。

なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

イ 苦情受付担当者が不在の場合又は受付時間外の場合は、他の職員が受け付けます。

② 受付時間及び電話番号等

ア 受付時間 年中無休 午前8時00分から午後5時00分まで

イ 電話番号 0176-58-7610

ウ FAX番号 0176-58-7611

(3) 苦情受付の報告・確認

- ① 苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が

第三者委員への報告を希望しない場合を除く。)に報告します。

② 第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

(4) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

なお、第三者委員の立ち会いによる話し合いは、次により行います。

- ① 第三者委員による苦情内容の確認
- ② 第三者委員による解決案の調整、助言
- ③ 話し合いの結果や改善事項等の確認

(5) 行政機関その他苦情等受付機関

利用者等は、施設のほかに次の行政機関その他苦情受付機関に苦情を申し立てることができます。

十和田市健康福祉部高齢介護課	所在地 青森県十和田市西十二番町6番1号 電話番号 0176-51-6721 FAX番号 0176-22-7699 受付時間 毎週月曜日～金曜日(ただし、休日及び12月29日から翌年1月3日までを除く。) 午前8時30分～午後5時15分
青森県国民健康保険団体連合会	所在地 青森市新町2丁目4番1号 青森県共同ビル3階 電話番号 017-723-1301 FAX番号 017-735-4020 受付時間 毎週月曜日～金曜日(ただし、休日及び12月29日から翌年1月3日までを除く。) 午前9時～午後4時
青森県運営適正化委員会(青森県社会福祉協議会)	所在地 青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ内 電話番号 017-731-3039 FAX番号 017-731-3098 受付時間 毎週月曜日～金曜日(ただし、休日及び12月29日から翌年1月3日までを除く。) 午前8時30分～午後5時

9 重度化した場合の対応

(1) 医師の判断により、入院となる場合は、医療機関へ必要な情報の提供を行います。

(2) 疾病が重度化するなどにより、施設での生活が難しくなることがあります。この場合は、他介護保険施設等への入所相談に応じます。

- (3) 施設での看取り介護を希望する場合は、別添の「看取りに関する指針」に基づき、できる限りの対応に努めます。

10 緊急時の対応

- (1) 利用者の病状の急変が生じた場合等において協力医療機関と連携の下で適切な対応が行えるよう、利用者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的を開催します。
- (2) 利用者の容態の変化等があった場合は、速やかに主治医又は協力医療機関、看護職員、家族等へ連絡し、必要な措置をとります。なお、看護職員とは24時間オンコール体制を確保しています。
- (3) 医療機関への受診により、手術が必要と判断された場合、医師より手術のリスク説明を受けた上で手術同意書を提出することが求められることから、原則として家族の立会いが必要となります。

なお、家族が遠方に居住されているなど緊急時の立会いが難しい場合は、施設又は医療機関から家族が指定する方に連絡し、対応方法について調整させていただきます。

[協力医療機関]

医療機関名	所在地	診療科
十和田第一病院	十和田市東三番町 10-70	内科
石川ファミリークリニック	十和田市稲生町 19-4	内科
浅原歯科	十和田市西三番町 15-37	歯科

11 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により事故が発生した場合は、応急処置や救急搬送等必要な措置をとり、速やかに市町村、家族へ連絡します。
- (2) 施設において、施設の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償します。
- (3) 前号の場合において、当該事故の発生につき、利用者に重大な過失がある場合は、損害賠償の額が減じられることがあります。
- (4) 事業者は、万一の事故に備えて、あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の介護保険・社会福祉事業者総合保険に加入しています。

12 個人情報の利用及び提供

施設の職員及び施設を退職した職員は、正当な理由なく、業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報を外部の者へ提供することはありませんが、次の場合は利用者の同意を得た上で情報提供することがあります。

(1) 使用目的

- ① 介護サービスの提供を受けるに当たって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- ② 上記①のほか、介護支援専門員又は介護サービス事業者との連絡調整のために必

要な場合

③ 現に介護サービスの提供を受けている場合で、利用者が体調を崩し、又はケガ等で病院へ行ったとき、医師又は看護師に説明をする場合

(2) 個人情報を利用する事業所

① 介護サービス計画に掲載されている介護サービス事業所

② 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

(3) 個人情報を使用する期間

介護サービスの提供を受けている期間

(4) 使用する条件（事業者の責務）

① 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては、関係者以外のものに漏れることのないよう細心の注意を払います。

② 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等その経過を記録します。

13 身体拘束・抑制禁止について

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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。また、実施する際は利用者やその家族に事前に説明し、文書による同意を得ることとし、実施した際は詳細に記録し、拘束・抑制を早急に改善できるよう検討会を実施し、改善していきます。

14 非常災害対策について

(1) 防災体制について

① 防火管理者の選任

② 消防計画の作成→防災訓練の実施（年2回）

(2) 防災設備について

① 自動火災通報装置

② 火災通報装置

③ スプリンクラー設備

④ 自動監視カメラ設備

⑤ 青森総合警備保障株式会社への業務委託

令和 年 月 日

グループホーム東一番町八甲荘の介護サービス提供開始に当たり利用者及び利用者代理人に対して本書面に基づいて重要事項の説明をしました。

事業所

所在地	青森県十和田市東一番町 11 番 24 号
名 称	グループホーム東一番町八甲荘
管理者	西村 卓也
説明者	印

私は本書面にて、事業所からグループホーム東一番町八甲荘の介護サービス提供開始に当たり、下記についての説明を受け、同意しました。なお、必要に応じて医療機関等へ個人情報を提供することについても同意しました。

[利 用 者]

住所

氏名

印

[署名代行者]

住所

氏名

印

(続柄)