

第二グループホーム銀の鈴

重要事項説明書

有限会社 ケアサポート かさい
2024 年 4 月 1 日 改訂

第二グループホーム銀の鈴 重要事項説明書

当事業所は、介護保険の指定を受けています。

第2892600103号

事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※当サービスの利用者は、原則として要介護認定の結果「要支援2以上」と認定された方が対象となります。

◆◇ 目 次 ◇◆

項番	記 載 項 目	ページ番号
1	事業者	3
2	事業所の概要	3～4
3	事業実施地域	4
4	職員の配置、勤務体制	4～5
5	職員の研修	5
6	記録整備及び保存期間	5
7	利用資格及び入所制限	5
8	当事業所が提供するサービスと利用料金	6
9	サービス利用に関する留意事項	7～8
10	契約の終了	8
11	利用者の契約解除	8
12	事業者の契約解除	9
13	苦情の受付について	9
14	運営推進会議の設置	9
15	地域との連携に関する事項	10
16	第三者評価の実施状況	10
17	虐待防止及び身体拘束等のための措置に関する事項	10
18	協力医療機関、バックアップ施設	11
19	重度化対応・終末期ケア対応指針	11
20	非常災害時の対応	11
21	事故発生時の対応	11
22	個人情報の取り扱い	12
23	事業者と暴力団に関する規定	12

1 事業者

- (1) 法人名 有限会社 ケアサポート かさい
- (2) 電話番号 0790-43-7001
- (3) 代表者氏名 代表取締役 露口 道子
- (4) 設立年月日 平成 12 年 5 月 19 日

2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類
指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護
平成 29 年 9 月 1 日指定 第 2892600103 号
- (2) 事業所の目的
介護保険法の趣旨に従い、家庭的な環境のもとで、利用者の有する残存の能力に応じ
て利用者が、自立した日常生活を営む事ができるよう、共同生活介護サービスを提供す
る。
- (3) 施設の名称
第二グループホーム銀の鈴
- (4) 事業所の所在地
兵庫県加西市畑町千軒寺 46-1
- (5) 電話番号
0790-43-0821
- (6) 管理者氏名
露口 道子
- (7) 当事業所の運営方針
少人数の利用者が、家庭的な雰囲気の中で、専門の職員と一緒に共同生活をし、利用
者のライフスタイルや生活上のプライバシーを、尊重しながら利用者に、生活意識と自立
心を高める為の生活支援をし、家庭的な普通の生活を、送っていただけるようにする。
- (8) 開設年月日
平成 29 年 9 月 1 日
- (9) 入居定員
9 人
- (10) 居室等の概要
建物構造：薄板軽量型鋼造 1 階建
建物床面積：257.67 m²
当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類		室 数	備 考
宿泊室	個室	9 室	個室部分面積 11.17 m ²
	2 人部屋	0 室	
	合計	9 室	
居間			
食堂			
台所			
浴室			
ホームエレベーター			
消防設備		誘導灯・消火器、全室スプリンクラー、火災報知機	
緊急時対応方法		各居室・トイレ・浴室・デイルームに「ナースコール」を設置し 夜間は職員 1 名による夜勤体制	

3 事業実施地域及び営業時間

通常の実施地域

加西市全域

4 職員の配置、勤務体制

1 管理者

氏名 露口 道子 認知症高齢者のケア経験年数 25

(認知症介護に関する研修の受講歴)

認知症介護実践者研修 (旧基礎課程) 受講済

認知症対応型サービス事業管理者研修 受講済

2 計画作成担当者

氏名 介護支援専門員 宮下 礼子

認知症介護実践者研修 受講済

3 看護師

訪問看護ステーション サークル

4 その他の介護従業者

認知症介護に関する研修の受講

認知症介護実務者研修受講

認知症の理解、接し方についての講習受講

当事業所では、ご契約者に対して指定認知症対応型共同生活介護サービスを提供する職員としては、以下の職種の職員を配置しています。

従業者の職種	常勤	非常勤	保有資格
1 管理者	1		介護福祉士
2 計画作成担当者		1	介護支援専門員
3 正看護師		1	訪問介護ステーション サークル
4 介護従業者	1	13	介護福祉士、ホームヘルパー

主な職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
1 管理者	勤務時間 8時30分～17時30分（介護従業者と兼務）
2 計画作成担当者	勤務時間 9時00分～16時00分（介護従業者と兼務）
3 介護従業者	早出 07時00分～16時00分 1名 日勤 09時00分～18時00分 1名 遅出 10時00分～19時00分 1名 夜勤 17時30分～09時30分 1名

5 職員研修

計画に沿って研修及び技術指導を行い、介護従業者のサービスの質の確保を図るための人材育成を行います。

6 記録整備及び保存期間

1. 設備・備品・従業者及び会計に関する諸記録を整備します。
2. 入居者に対する認知症対応型共同生活介護の提供に関する諸記録を整備し、その完結日（契約終了）から5年間保管します。
3. 入居者の被保険者証の備考欄に、入居・退居の年月日並びに入居している共同生活住居サービスの名称を記載します。

7 利用資格及び入所制限

- 1 概ね65歳以上で認知症のある方。
- 2 介護認定の結果要支援2以上と認定された方。
- 3 共同生活介護に支障のない方。
- 4 他に伝染する疾患のない方。
- 5 常時医師のもとでの医療行為の必要のない方。

8 当事業所が提供するサービスと利用料金

以下のサービスについては、利用料金の 9 割及び 8 割及び 7 割が介護保険から給付され利用者の自己負担額は費用全体の 1 割及び 2 割及び 3 割となります。

サービスの概要

食事、入浴（清拭）、着替えの介助等の日常生活での世話、日常生活での機能訓練、健康管理、医療との提携、援助等に付いては、包括的に提供され下記表による要介護度に応じて定められた金額（省令により変動あり）が自己負担となります。

＜サービス利用料金＞

ア 下記の料金表によって、ご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額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください（サービスの利用料金は、ご家族の要介護度に応じて異なります。1 日あたりの自己負担金額になります。単位数は加西市の地域区分（1 単位=10 円）にて計算しております。

例：1 割負担の場合

ご契約者の要介護度とサービス利用料金	1 割負担額	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
		761 円	765 円	801 円	824 円	841 円	859 円

イ 加算については、下記によります。

1	初期加算	30 円／1 日（利用開始日より 30 日間）
2	医療連携体制加算 I	37 円／1 日
3	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数 17.8%
4	入院時費用	246 円／日（1 ヶ月に 6 日を限度として算定）
5	口腔衛生管理体制加算	30 円／月
6	口腔栄養スクリーニング加算	20 円／回（6 ヶ月に 1 回を限度として算定）
7	協力医療機関連携加算	相談・診療体制を常時確保している協力医療機関がある場合 100 円/月
☆	H30 年度より、身体拘束適正化のための取り組みを行っております。	

(2) 介護保険の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が、御契約者の負担となります。

1	部屋代	47,000 円
2	食材料費 （嗜好品、外食代を含む）	朝食 200 円/1 日 昼食 400 円/1 日 夕食 400 円/1 日
3	水道光熱費（冷暖房費を含む）	16,000 円
4	管理共益費	8,000 円 共同生活に必要な経費 施設の維持管理に充てるための経費
5	理美容代	実費（価格表、別紙参照）

6	おむつ代、処理費用	実費（価格表、別紙参照）
7	往診車代	実費
8	その他（個人の希望によって身の回りの品や教養娯楽として日常生活に必要なものにかかる経費）	実費

※入居時、敷金 120,000 円をお預かりし、退居時に修繕が必要となった場合に原状回復にかかった額を差し引き返却します。

※入居中に施設に損害を与えた場合は、修繕費用を負担していただきます。

※入居退去時、部屋代・水道光熱費・管理共益費・食材料費は日割り計算となります。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金、費用は、サービス終了時に、1 ヶ月毎に計算し請求させていただきます。

期日までに以下の方法でお支払いください。

口座自動引き落とし

ご利用者様のご希望の口座を選択していただけます。

毎月月末締め、翌 26 日引き落としになります。

9 サービスの利用に関する留意事項

1 食事と入浴の時間

朝食 08:00～09:00(朝食は、各自の起床時間に合わせます)

昼食 12:00～13:00

夕食 18:00～19:00

入浴の時間 10:00～15:00 介助の必用な方は、12:00 まで

2 受診について

主治医は原則として、協力医・小野寺医院とします。

但しこの場合は「往診依頼」の契約をしていただきます。

3 外出及び外泊に付いて

外出及び外泊に付いては、外出は、外出届 外泊には、外泊日の 1 日前までに、外泊届の提出が必要です。

4 所持品の持ち込みに付いて

・宝石、貴金属、預金通帳等は持参しないで下さい。

・小遣いとして小額の金銭を所持する場合は、ホームにて管理をいたします。

但し、その場合「委託管理依頼書」の提出が必要です。

・居室の家具等の持ち込みは自由です。

なるべくご家庭で、御使用になっていた馴染みの家具を御使用下さい。

・衣類は、御家庭で御使用されていた物を御持参下さい。

御持参の衣類には、全てに、お名前を御記入下さい。

5 ホーム内の喫煙について

喫煙はできません。

6 造作模様替えの制限について

- ・利用者及び利用代理人は、居室に造作、模様替えをするときは、使用者又は、利用代理人は、事業者に対して予め書面により、その内容を届け出て、事業者の承認を得なければなりません。又その造作、模様替えに要した費用及び契約終了時の現状回復に要した費用は、利用者及び利用代理人の負担とします。
- ・利用者及び利用代理人は、事業者の承諾無く居室の鍵を替えたり、付け替えをする事は出来ません。
- ・利用者及び利用代理人は、居室以外のグループホーム内の造作、模様替え等をしてはなりません。

7 面会時間について

水曜日と土曜日以外の13時30分～14時30分の間、面会は予約制となります。

10 契約の終了

- 1 次の各号に該当するときは、この契約を終了します。
- 2 要介護認定変更において、利用者が、自立、又は、要支援1と認定されたとき。
- 3 認知症対応型共同生活介護 第二グループホーム銀の鈴において、共同生活に支障のある行動等が認められるとき。
- 4 利用者が死亡したとき。
- 5 利用者又は、利用代理人が、運営規定第12条に基づき、本契約の解除を通告し、予告期が満了したとき。
- 6 事業者が、運営規定第12条に基づき本契約の解除を通告し、予告期間が満了したとき。
- 7 利用者が、病気の治療、その他のためグループホームを、離れる事が決まり入院、療養の必要なとき。利用者が、30日以上グループホームを離れる場合は、利用者又は、利用代理人と事業者の協議の上合意したときは、本契約を終了するものとする。
- 8 利用者が、他の介護療養施設等への入居が決まり、その施設の側で受け入れが可能なきとき。

11 利用者の契約解除

利用者及び利用代理人は、事業者に対し30日の予告期間を於いて契約の解除をすることができます。

12 事業者の契約解除

事業者は、利用者又は、利用者代理人に対し、次の各号に該当する時は、適切予告期間を於いて、この契約を解除する事ができます。

ただし、事業者は、解除通告をするに当たっては、次の第2号を除き、利用者代理人に十分な弁明の機会を設けるものとする。

- 1 正当な理由が無く利用料、その他自己の支払うべき費用を、2ヶ月以上滞納したとき。
- 2 伝染病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り、且つ利用者の退去の必要のあるとき。
- 3 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り、且つ利用者に対する通常の介護では、之を防止する事ができないと事業者が判断したとき。
- 4 利用者又は、利用者代理人が、故意に、法令、その他本契約の条項に重大な違反をしたとき。

13 苦情の受付について

- (1) 当事業所における苦情の受付

苦情受付窓口(担当者)

職名 管理者 露口道子

受付時間 月曜日～金曜日 09時～17時

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

加西市長寿介護課 所在地 加西市北条町横尾 1000

電話番号 0790-42-8788 (直通)

兵庫県国民健康保険団体連合会

電話番号 078-332-5601

兵庫県社会福祉協議会

電話番号 078-242-4633

当事業所は、相談等を受けた後、速やかに事実関係を調査し、その結果と改善の有無及び改善の方法について、問い合わせまたは申立者に報告します。

疑問・問い合わせ及び苦情申し立てがなされた事をもって、入居者に対しいかなる不利益、差別的扱いもしません。

14 運営推進会議の設置

当事業所では、認知症対応型共同生活介護サービスの提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容についての評価、要望、助言を受ける為、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

＜運営推進会議＞

構成：地域住民代表、利用者家族、加西市担当職員、地域包括支援センター職員、管理者、計画作成担当者

開催：奇月開催 会議録：作成後5年間保管

15 地域との連携に関する事項

グループホームを地域に開かれたものにするとともに、利用者が地域社会の一員として生活することを支えます。

16 第三者評価の実施状況

提供しているサービスの内容や課題等について評価を行っています。

評価の有無	有
年月日	令和6年4月17日
評価機関	特定非営利活動法人 CS ウォッチ
評価結果の開示状況	WAMNET・ホーム玄関に開示

17 虐待防止及び身体拘束等のための措置に関する事項

虐待防止のための措置

入居者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために次のとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を置き、虐待防止に関する取り組みを行います。
- ② 虐待防止のための指針を整備します。
- ③ 成年後見制度の利用を支援します。
- ④ 苦情解決体制を整備します。
- ⑤ 従業者に対する虐待防止を啓発普及するための研修を実施します。(年2回)
- ⑥ 当事業所は、サービス提供中に当施設の従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる入居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。

身体拘束等のための措置

入居者に対し身体拘束その他入居者の行動を制限する行為は行いません。

ただし、入居者等の生命又は身体に危険がある場合等緊急やむを得ない場合は、次のとおり対応します。

- ① 緊急やむを得ない場合に該当するかどうかを身体拘束廃止委員会で検討します。
- ② 緊急やむを得ないと判断した場合は、家族等へその内容・目的・理由・拘束の期間などを詳細に説明し同意を得た上で行います。
- ③ 緊急やむを得ず行う身体拘束について、拘束期間は実施状況を記録整備し、その廃止に向けて対策を検討する委員会を開催し、身体拘束等の適正化の取り組みを行います。
- ④ 拘束の期間が終了した時や、その要件に該当しなくなった場合は、速やかに身体拘束廃止委員会で検討し身体拘束等を解除します。
- ⑤ 従業者に対する身体拘束等廃止のための研修を実施します。(年2回)

18 協力医療機関、バックアップ施設

<協力医療機関・施設>

小野寺医院 所在地 加西市王子町 77-3 電 話 0790-48-3737

初田歯科医院 所在地 加西市山枝町 375-2

電 話 0790-47-1260

訪問看護ステーション サークル 所在地 加西市北条町北条 43 番地 4

電 話 0790-43-1311

19 重度化対応・終末期ケア対応指針

病状が重度化した入居者、あるいは人生の終末期の入居者が、疼痛や苦痛が無く本人・家族等が望むような人生の過ごし方ができ、グループホームでの生活が維持できるように、そしてグループホームで死が迎えられるように最大限の対応ができる様に、重度化対応・終末期ケア対応指針を作成し対応致します。

※入院中の当グループホームの費用

- ①食費及び水道光熱費は徴収いたしません。
- ②部屋代及び共通経費においては徴収いたします。

20 非常災害時の対応

当事業所は、災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

- ① 防災の対応 消防計画に基づき速やかに消火活動に努めるとともに、避難・誘導に当たります
- ② 防災設備 防火管理者を選任し、消火設備・非常放送設備等、必要設備を設けます。
- ③ 防災訓練 消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、従業員およびご入居者、地域住民の参加が得られるよう連携に努め、消火通報、避難訓練を計画し実施します。（年2回）
- ④ 災害時における支援体制は、災害発生マニュアルに従い被災状況に合わせ近隣住民の方の援護をお願いしご入居者の安全確保に努め速やかな避難誘導を行うよう努めます。

21 事故発生時の対応

当事業所は、事故発生防止のための指針を整備し、次のとおり対応します。

- ・サービス提供により、事故が発生した場合、家族、市町村へ連絡を行い必要な措置をとります。
- ・事故が発生した場合その原因を解明し再発防止策を考えます。
- ・日常、ヒヤリハット報告や事故事例等を共有し、従業員への教育を行います。
- ・従業員のサービス提供に伴う過失事故が発生した場合に備え、傷害保険に加入しております。

22 個人情報の取り扱い

- ・個人情報の重要性について、従業者に対する教育を実施し、適切な個人情報保護の実施、維持、継続的に行います。また、不正アクセス、個人情報の紛失、破壊改ざん、漏えいなどの予防並びに更生に関する適切な措置を行います。
- ・個人情報の収集、利用、提供を行う場合には、常務実態に応じた個人情報の適切な管理に努めます。

23 事業者と暴力団に関する規定

加西市暴力団排除条例(H24.3.23 条例第1号)の趣旨に基づき、事業運営を行います。
従って、銀の鈴ならびに役員、管理者は暴力団との関係を有しておりません。

年 月 日

認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明場所・説明時間

説明場所：_____

説明時間：_____

指定認知症対応型共同生活介護事業所 有限会社 ケアサポートかさい

説明者氏名 (印)

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、認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意をしました。

利 用 者	住 所	
	氏 名	(印)

利用者代理人	住 所	
	氏 名	(印)