

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
重要事項説明書

1 グループホーム“悠久”ほたるだ の基本方針

本事業は、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、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中で生活リハビリを行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者の方がその有する能力に応じて可能な限り自立して営むことができるように支援することを基本と致します。

2 当ホームの概要

(1) 提供できるサービスの種類

法 人 名	医療法人社団 敬仁会
事 業 所 名	グループホーム“悠久”ほたるだ
所 在 地	神奈川県小田原市蓮正寺 347 番地 2
連絡先 (電話番号・FAX)	0465-44-4818 (電話) 0465-20-3948(FAX)
介護保険指定番号	1 4 9 2 3 0 0 0 7 2
サービスの種類	認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型生活介護
開設年月日	平成 23 年 4 月 1 日
管 理 者	川井 健司
営業日・営業時間	サービス提供毎日 面会及び営業時間 8 : 30~17 : 30

(2) ホームの職員体制 (令和 7 年 4 月 1 日現在)

職 種	人 員	常 勤	非常勤
管 理 者	1 名 (介護職兼務)	1 名	
計画作成担当者	1 名 (介護職兼務)	1 名	
介護支援専門員	1 名 (介護職兼務)	1 名	
看護職員	1 名 (兼務)	0 名	1 名 (ファミリークリニック“悠久”看護師)
介護職員	1 8 名	1 1 名	7 名
その他	2 名	0 名	2 名

(3) 設備の概要

設備の種類	数	面 積	設備の種類	数	面 積
食堂	1 室	69.5 m ²	居室	9 個室	9.93 m ²
浴室	1 室	4.14 m ²	洗濯室	1 箇所	8.28 m ²
トイレ	3 箇所	A : 4.14 m ² B : 4.14 m ² C : 1.66 m ²	スタッフルーム	1 箇所	8.69 m ²

3 サービス内容

(1) サービス計画の作成

ご入居者が自立した生活を営むことができるように、ご入居者の意思及び人格を尊重し常にご入居者の立場に立ったサービスの提供をいたします。また家庭的環境のもと、どのようなサービスを提供すればその人らしい暮らしができるのかを踏まえたサービス計画を計画作成担当者が作成します。この計画作成に当たり、その原案をご本人、ご家族へ説明し計画の内容についてご同意をいただき、計画書1通は交付いたします。

(2) 食事

入居者の栄養、身体状況、嗜好を考慮し適切な時間（朝食：7：30頃、昼食：12時頃、夕食：17：30頃）に提供いたします。またご本人の生活パターンや体調等を考慮しての食事提供もいたします。

(3) 入浴

ご入居者のご希望に応じ、原則として毎日入浴していただけます。ただし、ご入居者の状態や体調によっては、清拭や入浴中止になる場合があります。また、入浴時間も極力希望時間に入浴していただけますが、夜間帯の職員1人体制の時間帯は状況等によりご遠慮願う場合もございます。

(4) 介護

サービス計画に沿って下記の介護を行います。

- ・ 洗面 ・ 整容 ・ 食事 ・ 掃除 ・ 洗濯 ・ 調理 ・ 生活リハビリ
- ・ 散歩 ・ シーツ交換 ・ レクリエーション ・ クラブ活動 ・ 買い物

(5) 生活相談

ご入居者及びそのご家族に対し、相談に応じるとともに必要な助言、援助を行います。

(6) 健康管理

毎日、介護、看護によるバイタルチェックを行い健康管理に努め、心身の状況等の的確な把握、早期発見早期対応に努めます。また、ご希望により月に2回の往診医による診察もいたします。緊急時必要な場合には協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。

(当ホームの協力病院)

下記の医療機関・歯科医療機関にご協力いただいております。

協力医療機関 名称： ファミリークリニック“悠久”（往診医）

所在地： 小田原市成田 462-1

電話： 0465-39-3140

名 称： 西湘病院
所在地： 小田原市扇町 1-16-35
電 話： 0465-35-5773

名 称： 間中病院
所在地： 小田原市本町 4-1-26
電 話： 0465-23-3111

協力歯科医療機関 名 称： ほたるだ歯科医院（訪問歯科）
所在地： 小田原市蓮正寺 470-109
電 話： 0465-37-2185

(7) 緊急時の対応

体調の変化、事故等、緊急の場合は御家族の緊急連絡先、または主治医に連絡いたします。必要に応じては救急車対応をいたします。

(8) 行政手続の代理

要介護認定の更新申請等行うことができます。ご希望の際には職員にお申し出ください。

(9) 理美容

訪問理美容サービスを実施しております。料金は別途かかります。

(10) その他サービス

医療上必要な場合は（緊急又は御家族が付き添えない場合や御家族に連絡取れない場合）、通院サービスが行われます。医療費は別途実費をご負担いただきます。

4 利用料金

お支払いいただく料金の単価は以下のとおりです。

(1) 介護保険サービス費（介護費）※1ヶ月30日利用の場合

(2) 1割負担の場合

○基本分 （認知症対応型共同生活介護Ⅱ）地域単価 10.45 円乗じた額

要支・介護認定	単位数	1日全額	保険給付9割	利用者負担1割	月額負担分
要支援2	749 単位/日	7827 円	7045 円	782 円	23481 円
要介護1	753 単位/日	7868 円	7082 円	786 円	23606 円
要介護2	788 単位/日	8234 円	7411 円	823 円	24703 円
要介護3	812 単位/日	8485 円	7637 円	848 円	25456 円
要介護4	828 単位/日	8652 円	7787 円	865 円	25957 円
要介護5	845 単位/日	8830 円	7947 円	883 円	26490 円

要支・介護認定 2割・3割負担の場合	月額負担分 (1割)	月額負担分 <u>(2割)</u>	月額負担分 <u>(3割)</u>
要支援 2	23481 円	46962 円	70443 円
要介護 1	23606 円	47216 円	70818 円
要介護 2	24703 円	49406 円	74109 円
要介護 3	25456 円	50912 円	76368 円
要介護 4	25957 円	51914 円	77871 円
要介護 5	26490 円	52980 円	79470 円

(2) 加算等項目

ご利用状況に応じて上記基本単位に加算等単位が生じる場合がございます。

- ① 初期加算 30 単位/日
入居した日から起算して 30 日以内の期間については、初期加算として、1 日につき所定単位数を加算します。
- ② サービス提供体制加算 (Ⅲ) 6 単位/日
サービス利用者に直接提供する介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が、50/100 の場合には加算します。
- ③ 医療連携体制加算 I (3) 37 単位/日
訪問看護ステーションとの連携により、看護師を 1 名以上確保し、24 時間連絡可能な体制としているとともに、入居者が重度化、看取りの必要が生じた場合などにおける対応の指針を定めて (重要事項別紙)、ご入居の際に入居者またはご家族等への説明・同意を行っているなど、健康管理、医療連携体制を強化している場合に加算します。
- ④ 看取り介護加算

加算の要件	単位
死亡日以前 31 日以上 45 日以下	72 単位/日
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	144 単位/日
死亡日の前日及び前々日	680 単位/日
死亡日	1,280 単位/日

看取りに関する指針に基づき、医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者で利用者、又は家族に同意を得て利用者の介護に係る計画が作成されており、当該計画に同意を得て、医師、看護師、介護職員が共同して利用者の状態や家族の求めに応じて、随時、介護が行われ、医療連携加算を算定している場合加算いたします。

- ⑤ 介護職員処遇改善加算 (I) 所定単位数の 111/1000 加算/1 月につき
- ⑥ 介護職員等特定処遇改善加算 (II) ご利用単位数×2.3%
- ⑦ 介護職員等ベースアップ等支援加算 ご利用単位数×2.3%

(3)	家賃	50,000円	(月額)
(4)	食費	37,500円	(月額)
(5)	共益費	25,000円	(月額)
(6)	水道光熱費	21,900円	(月額)

行事参加費、理美容費、おむつ代等は別途料金がかかります。

- ◎ 入居期間中に入院またはご自宅等に外泊した期間の取扱については、介護保険給付の扱いに応じた料金となります。食費、水道光熱費については日割りにて計算したものととなります。
- ◎ 月の途中で入居された場合は、家賃、食費、水道高熱費、共益費の月額を入居日より日割り計算といたします。
- ◎ 介護保険関連法令の改正等により料金を変更する場合は、事前にご説明し、ご了解いただきます。

5 お支払い方法

口座振替でお願い致します。利用月ごとに末日で締め、その翌日15日頃までに前月分の請求書を発送し、27日が振替予定日(原則)となります。祭日、土曜日、日曜日に当たるときは翌営業日となります。2か月分の料金を滞納された場合には退居していただくこともございますのでご注意ください。

6 入退居の手続き

(1) 入居手続き

- ◎ まずは、お電話等でお申し込みください。
- ◎ 所定の契約手続終了後、サービスの提供を開始します。

(2) 退居手続き

ご入居者のご都合で退居される場合退居される1か月前までにお申し出ください。

(3) 自動終了(退居届けを提出にて終了)

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了致します。

- ◎ ご入居者が介護保健施設に入所された場合
- ◎ 介護保険給付でサービスを受けていたご入居者の要介護認定区分が非該当(自立)または要支援1と認定された場合は、所定の期間の経過を待って退居していただくこととなります。

- ◎ ご入居者がお亡くなりになった場合

(4) その他

- ◎ サービスご利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず、14日以内に支払わない場合、又はご入居者やご家族などが当ホームや当ホームの従事者に対してこの契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合は退居していただく場合がございます。

- ◎ ご入居者が病院または診療所に入院し、30日以内に退院できる見込みがない場合、または入院後30日経過しても退院できないことが明らかになった場合、また、退院できても再入居にあたり、当ホームでの継続的なサービス提供が可能か否か主治医と相談し、判断させていただきご入居者の状態によってはお受けできない場合がございます。
- ◎ ご入居者が他のご入居者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつ通常の介護方法ではこれを防止することができないと判断した場合は、契約を終了させていただく場合がございます。
- ◎ やむを得ない事情によりホームを閉鎖または縮小する場合、契約を終了し退居していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知します。
- ◎ 退居届けの提出をもって終了となります。

7 当ホーム利用にあたっての留意事項

(1) 面会

基本的にはいつでも可能です。ただし、ご入居者の状態により一時的に面会時間をご相談させていただく場合がございます。

(2) 外出・外泊

外出・外泊は自由にできます。その際には職員にお声をかけてください。外出・外泊届けに記入していただきます。

(3) 設備・器具の利用

施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただく場合がございます。

(4) 飲酒・喫煙

喫煙は所定の場所をお願いいたします。飲酒も基本的に自由ですが、ご入居者の状態により喫煙、飲酒量を職員により限定させていただく場合がございます。

(5) 金銭・貴重品の持ち込み

詳しくは職員にご相談ください。

(6) 所持品の持ち込み

詳しくは職員にご相談ください。

(7) 宗教・政治活動

ホーム内での他のご入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

8 緊急時の対応方法

ご入居者に容体の変化などがあった場合は、看護師、医師に連絡するなど必要な措置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先	
氏名	
住所	
電話番号(携帯)	
続柄	
勤務先(電話)	

9 非常災害時

当ホームは非常災害に関する具体的な計画をたて、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行い、地域との連携も強化するものとする。

1.0 地域との連携

◎ 事業所は入居者、家族、市町村の職員のおよび地域を管轄する地域包括支援センターの職員、地域住民の代表者により構成される協議会(運営推進会議)を設置し、おおむね2ヶ月に1回以上、運営推進会議から必要な要望、助言等を聞く機会を設けるものとする。

◎ 事業所は、報告、評価、要望、助言等について記録を作成すると共に、それを公表するものとする。

◎ 事業所は、その運営にあたっては、地域住民またはその自発的な活動等との連携および協力を行うなどの地域との交流を図るものとする。

◎ 事業所は地域との結びつきを重視し、市、他の地域密着型サービスの事業者又は居宅サービス事業者その他の保健医療サービス、福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

1.1 サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当ホーム入居者相談・苦情担当

担当 川井 健司 電話 0465-44-4818

(2) その他

当ホーム以外に、市町村及び国保連の相談・苦情窓口でも受け付けています。

市町村担当窓口 (小田原市高齢介護課)

受付時間 8:30~17:15 電話 0465-33-1827

(土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始を除く)

神奈川県国民健康保険団体連合会 (国保連)

苦情専用受付時間 8:30~17:15 電話 045-329-3447

(土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始を除く)

1.2 情報の公開

当ホームは、提供するサービスの質の自己評価および外部機関による評価結果を入居者（入居申込者を含む。）およびご家族に公開いたします。

1.3 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権擁護・虐待防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者

川井 健司

- (2) 研修を通じて従業員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- (3) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (4) 従事者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか従事者が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

1.4 身体拘束について

事業者は原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害の恐れがある場合など、利用者に対して説明し同意を得た上で次に掲げることにより留意して最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由および態様などについての記録を行います。また、事業者として身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命、身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 身体拘束以外に利用者本人または他人の生命、身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性・・・利用者本人または他人の生命、身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は直ちに身体拘束を解きます

1.5 秘密保持と個人情報の保護について

- (1) 事業所は、利用者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・介護関係従事者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を厳守し適切な取り扱いに努めます。
- (2) 従業者は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持します。
- (3) 従業者であった者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持させるべき旨に従業者との雇用契約の内容とします。
- (4) 事業者は利用者の医療上緊急の必要がある場合または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る場合は利用者、家族の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の代表者の同意を、あらかじめ文書により得たうえで、必要な範囲内で行います。

1.6 事故発生時の対応方法について

利用者に対する介護の提供により事故が発生した場合は、利用者の家族及び市町村に連絡を行うとともに、必要な措置または利用者に対する介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。なお、損害賠償は、サービス提供における事業所側の過失を原因として事故が発生した場合に実施するものです。

1.7 当法人の概要

法人名	医療法人社団 敬仁会
事業所名	介護老人保健施設 “悠久”
本所在地	神奈川県小田原市延清 196-1
事業所名	ファミリークリニック “悠久”
本所在地	神奈川県小田原市成田 462-1
事業所名	居宅介護支援事業所 “悠久”
本所在地	神奈川県小田原市成田 462-1
事業所名	住宅型有料老人ホーム “悠久の里”
本所在地	神奈川県小田原市成田 462-1
事業所名	訪問介護ステーション “悠久”
本所在地	神奈川県小田原市成田 462-1

付 則

この規定は、平成 23 年 4 月 1 日から施行する。

この規定は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

この規定は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

この規定は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

この規定は、平成 30 年 8 月 1 日から施行する。

この規定は、令和元年 5 月 1 日から施行する。

この規定は、令和元年 10 月 1 日から施行する。

この規定は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

この規定は、令和 4 年 10 月 1 日から施行する。

この規定は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

この規定は、令和 6 年 12 月 1 日から施行する。

この規定は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

代表者役職 理事長 杉原 弘晃

1 8 説明確認欄

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の提供開始にあたり、ご入居者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項（重要事項別紙含む）を説明しました。

令和 年 月 日
事業者 グループホーム“悠久”ほたるだ
所在地 神奈川県小田原市蓮正寺347-2
管理者 川井 健司 ⑩
説明者 ⑩

契約書及び本書面により、事業所から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についての重要事項（重要事項別紙含む）の説明を受け同意し交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所
氏名 ⑩

利用者代理人 住所
氏名 ⑩

身元引受人
住所
氏名 ⑩