

重要事項説明書

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護

グループホーム 上砂川

令和 8 年 8 月 13 日現在

本書は、グループホーム 上砂川が提供する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護について、利用者およびご家族にサービス内容、利用料金、運営体制その他の重要事項を説明するためのものです。

I. 事業者の概要

事業者名	有限会社 フローラ
代表者名	福井 理恵
本店所在地	大阪府岸和田市大町 475-19
法人の理念	人間としての尊厳を失わずに暮らしていけるようなケアを提供する。

II. 事業所の概要

事業所名	グループホーム 上砂川
サービス種別	指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護
利用定員	18 名（2 ユニット・各 9 名）
開設年月日	平成 16 年 2 月 1 日
介護保険事業所番号	0177100260
所在地	〒073-0222 北海道空知郡上砂川町下鶉南 2 条 1 丁目 3 番地
電話番号	0125-62-5252
事業の目的	認知症により生活上の支援を必要とする方が、家庭的な環境と地域住民との交流の中で、その人らしく安心して日常生活を営めるよう支援します。
運営方針	利用者一人ひとりの意思と人格を尊重し、心身ともにゆったりと、楽しく安心して自分らしく暮らせるよう支援します。

III. 入居の対象・入退居について

- 認知症である要支援 2（介護予防）または要介護 1 から 5 の方で、少人数による共同生活を営むことに支障がない方を対象とします。
- 入居申込みの際は、主治医の診断書等により認知症であることを確認します。
- 入院治療を要する場合など、当事業所で必要なサービスの提供が困難と判断される場合は、利用者・家族に説明のうえ、適切な医療機関・介護保険施設等の紹介その他必要な支援を行います。
- 入居時には、心身の状況、生活歴、病歴、生活上の希望等の把握に努めます。
- 退居時は、本人・家族の希望を踏まえ、退居後の生活環境や介護の継続性に配慮し、関係機関と連携して必要な援助を行います。

IV. 職員体制および勤務体制

職種	員数	主な職務
----	----	------

職種	員数	主な職務
管理者	1 名以上	事業所および従業員の管理、利用申込みの調整、業務の実施状況の把握その他の管理
計画作成担当者	1 名以上	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画の作成、実施状況の把握、関係者との連絡調整等
介護従業者	基準を満たす員数	食事・排せつ・入浴・更衣等の介護、日常生活上の支援、健康状態の把握、相談援助等

※実際の配置状況は勤務表等により管理し、各共同生活住居（ユニット）ごとに指定基準を満たす体制を確保します。

※夜間・深夜の時間帯は各ユニットに必要な夜勤者を配置します。

V. サービスの内容

当事業所では、（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画に基づき、利用者の心身の状況および希望を踏まえ、家庭的な環境の中で日常生活を継続できるよう、次のサービスを包括的に提供します。

- 食事の提供および食事に関する支援
- 排せつ、入浴（清拭を含む）、更衣、整容その他の日常生活上の介護
- 健康状態の把握、服薬に関する支援、健康相談および医療機関との連携
- 生活リズムの維持、家事への参加、日常生活動作の維持・向上に向けた支援
- 趣味・し好に応じた活動や地域との交流の機会の確保
- 利用者および家族からの相談への対応
- 行政手続等について本人・家族が行うことが困難な場合の支援（同意を得たうえで実施）
- 金銭管理等について支援が必要な場合の相談・支援（必要に応じて別途同意・取扱方法を定めます）

サービスは、利用者一人ひとりの人格を尊重し、それぞれが役割を持ちながら共同生活を送れるよう配慮して行います。

VI. 利用料金

1. 介護保険給付対象サービス

法定代理受領サービスに該当する場合、利用者は、地域密着型介護サービス費用基準額から当事業所に支払われる介護給付費の額を差し引いた額を負担します。実際の自己負担額は、介護保険負担割合証に記載された負担割合、要介護度・要支援度、算定する加算等により異なります。詳細は別紙または請求書により説明します。

2. 介護保険給付対象外の費用

項目	金額	備考
居室料	月額 25,000 円	
食材料費	月額 30,000 円	月末満は月額 950 円を基準に算定
水道光熱費等	月額 26,000 円	
暖房費	月額 16,000 円	10 月から 4 月まで
入居準備金	20,000 円	入居時一括償却

3. 月の途中で入退居した場合等の取扱い

- 居室料および水道光熱費：利用期間が 15 日以内の場合は半月分、16 日以上の場合は 1 か月分とします。
- 外泊・入院等による一時的な不在期間については、居室を確保する場合、契約内容に基づき居室料および水道光熱・暖房費を取ります。
- 食材料費は利用日数等に応じて算定します。入院その他により食事提供がない期間は、実際の取扱いに基づき精算します。

- 入院後に退院可能となった場合は、本人の病状・退院見込み・本人および家族の意向を踏まえ、速やかに再入居できるよう努めます。

4. その他の実費負担

次の費用は、利用者個人の希望・必要性に基づき、その内容と費用を事前に説明し同意を得たうえで実費をご負担いただきます。

- 紙おむつ等の個人使用物品
- 理容・美容代
- 個人対応のおやつ・し好品
- 居室内で個人的に使用する電球・洗剤その他の日用品・消耗品
- 水洗いできない衣類や寝具等のクリーニング代
- 医療費・薬代・訪問診療費等の医療に要する費用
- 個別の通院等に要する交通費その他の個人的費用

5. 支払方法・支払期日

支払方法	振込
支払期日	毎月 25 日（介護保険対象分：前月分／介護保険対象外分：翌月分を基本とし、請求書により案内します）
振込口座	ゆうちょ銀行 記号番号 19080-31064111 ユウゲンガイシャ フローラ

VII. 協力医療機関および医療対応

区分	名称	所在地	診療科等
協力医療機関	明円医院 他	砂川市空知太東 1-3-1-14	内科
協力歯科医療機関	松原歯科医院 他	砂川市吉野 1 条南 4 丁目 7-17	歯科

- 利用者の病状急変等に備え、協力医療機関との連携体制を確保します。
- 少なくとも年 1 回、協力医療機関との間で急変時等の対応を確認し、協力医療機関の名称等について指定権者への必要な届出を行います。
- 利用者が医療機関に入院した後、病状が軽快し退院可能となった場合は、速やかに再入居できるよう努めます。
- 協力医療機関以外への受診や頻回の通院が必要な場合は、本人・家族と相談のうえ、対応方法を調整します。

VIII. 緊急時および事故発生時の対応

- 利用者の病状急変その他の緊急事態が生じた場合は、主治医または協力医療機関への連絡、救急要請その他必要な措置を速やかに講じます。
- サービス提供により事故が発生した場合は、利用者の家族、保険者・関係市町村、必要に応じて関係する居宅介護支援事業者等へ連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- 事故の状況および事故に際して講じた措置を記録し、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。
- 事故の原因を検証し、再発防止策を検討・実施します。

IX. 身体的拘束等の適正化

当事業所は、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合は、その態様・時間、その際の利用者の心身の状況および緊急やむを得ない理由を記録します。また、次の措置を実施します。

- 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を年に 4 回以上開催し、その結果を従業者へ周知します。
- 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。

- ・従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的 to 実施します。

X. 虐待防止のための取組

当事業所は、利用者の人権を擁護し、虐待の発生または再発を防止するため、次の措置を講じます。

- ・虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的 to 開催し、その結果を従業者へ周知します。
- ・虐待防止のための指針を整備します。
- ・従業者に対して虐待防止のための研修を定期的 to 実施します。
- ・虐待防止に関する措置を適切 to 実施するための担当者を置きます。
- ・虐待が疑われる事案を把握した場合は、法令に基づき必要な通報・報告・対応を行います。

XI. 感染症対策および業務継続計画（BCP）

1. 感染症の予防およびまん延防止

- ・感染症対策を検討する委員会をおおむね 6 か月に 1 回以上開催し、その結果を従業者へ周知します。
- ・感染症の予防およびまん延防止のための指針を整備します。
- ・従業者に対し、感染症の予防およびまん延防止のための研修・訓練を定期的 to 実施します。
- ・設備・備品・食器・飲用水等の衛生的な管理に努めます。

2. 業務継続計画（BCP）

感染症や非常災害が発生した場合でも、利用者へのサービス提供を継続し、または早期に業務を再開できるよう、業務継続計画を策定し、従業者への周知、研修・訓練および定期的な見直しを行います。

XII. 非常災害対策

- ・火災、地震、風水害、大雪、停電その他の非常災害に備え、具体的な計画を定めます。
- ・非常災害時の関係機関への通報および連携体制を整備し、従業者へ定期的 to 周知します。
- ・避難、救出その他必要な訓練を定期的 to 実施します。
- ・訓練の実施に当たっては、可能な範囲で地域住民の参加・連携が得られるよう努めます。

XIII. 秘密保持および個人情報の取扱い

- ・従業者は、業務上知り得た利用者および家族の秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。退職後も同様とします。
- ・サービス担当者会議等で利用者の個人情報を使用する場合は利用者の同意を、家族の個人情報を使用する場合は当該家族の同意をあらかじめ得ます。
- ・個人情報は、法令および当事業所の個人情報保護に関する方針に基づき適切に管理します。

XIV. 苦情・相談の受付

サービスに関する相談・苦情は、下記の窓口で受け付けます。苦情を受け付けた場合は、内容を記録し、事実確認と必要な改善を行い、利用者・家族へ適切に説明します。

窓口	担当・所在地等	連絡先
事業所	グループホーム 上砂川 各ユニット管理者	0125-62-5252
事業者相談窓口	福井 雅樹	090-6010-8469
上砂川町	福祉課 地域包括支援係	0125-62-3370
空知中部広域連合	介護保険係	0125-66-2152
介護保険オンブズパーソン	空知中部広域連合内 オンブズパーソン事務局	0125-65-6767
北海道国民健康保険団体連	〒060-0062 札幌市中央区南 2 条西 14 丁目	011-231-5175（介護サービス苦

窓口	担当・所在地等	連絡先
合会		情相談)

X V. 地域との連携・サービスの質の評価

- ・利用者、家族、地域住民の代表者、保険者または地域包括支援センター職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等で構成する運営推進会議を設置し、おおむね2 か月に1 回以上、活動状況を報告し、評価・要望・助言等を受ける機会を設けます。
- ・運営推進会議における報告・評価・要望・助言等の記録を作成し、公表します。
- ・事業所自らサービスの質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価または運営推進会議における評価を受け、その結果を公表し、改善に努めます。

X VI. 重要事項の揭示・情報の公表

運営規程の概要、従業員の勤務体制その他利用申込者のサービス選択に資する重要事項を、事業所内で揭示または自由に閲覧できる状態で備え付けます。

X VII. 記録の整備および保存

当事業所は、従業者、設備、備品および会計に関する諸記録を整備するとともに、利用者へのサービス提供に関する計画、サービス提供記録、身体的拘束等の記録、苦情・事故・運営推進会議等の記録を整備し、法令等で定める期間保存します。認知症対応型共同生活介護に関する主要なサービス提供記録については、国の基準上、完結の日から2 年間の保存が求められています。

X VIII. 居室・生活上の留意事項

- ・居室は、利用者の心身の状況、生活上の希望、介護上の必要性、他の利用者との関係等を踏まえて決定します。
- ・やむを得ず居室変更が必要となる場合は、その必要性を利用者・家族へ説明し、本人の意向に十分配慮したうえで調整します。
- ・利用者の尊厳と安全、他の利用者との共同生活に配慮しながら、できる限り本人の生活習慣や希望を尊重します。

X IX. 説明および同意

当事業所は、指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に当たり、本書に基づき利用者または代理人に重要事項を説明しました。

説明日 令和 年 月 日

事業者	有限会社 フローラ
事業所	グループホーム 上砂川
所在地	北海道空知郡上砂川町下鶉南2 条1 丁目3 番地
説明者	

私は、本書に基づいて重要事項の説明を受け、その内容を確認しました。

同意日 令和 年 月 日

利用者住所	
利用者氏名	
代理人住所	
代理人氏名	(続柄：)