

医療法人社団 平成会
指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
健康倶楽部郡山 グループホーム「希の家」重要事項説明書
< 令和6年6月1日 現在 >

1. 介護予防認知症対応型共同生活介護サービスについての相談窓口

健康倶楽部郡山 グループホーム「希の家」

電 話 024-962-0523 (受付時間 午前9時00分～午後6時00分)

FAX 024-962-0522

2. 概 要

(1) 事業の目的

本事業は、認知症によって自立した生活が困難になったご利用者に対して、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の心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、ご利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とします。

(2) 運営の方針

- ①当事業所において提供する介護予防認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示趣旨及び内容に沿ったものとします。
- ②ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、ご利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
- ③ご利用者及びご家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明します。
- ④適切な介護技術をもってサービスを提供します。
- ⑤常に、提供したサービスの質の管理、評価を行います。

(3) 提供場所 福島県郡山市御前南2丁目65番地

(4) 定員 18名(2ユニット)

(5) 介護サービスの対象者

介護保険法に定めた要介護認定を受けられた方で認知症の状態にあり、共同生活住居での介護を希望する次の各号を満たされる方。

- ①共同生活を営むことに支障がないこと。
- ②自傷他害のおそれがないこと。
- ③常時医療機関において治療をする必要がないこと。

(6) 通常の事業の実施地域 郡山市

(7) 提供できるサービスの種類

- | | |
|------------------|-------------|
| ① 食事、排泄、入浴等の介助 | ④ 健康管理・服薬管理 |
| ② 洗濯、居室の整備等の生活介護 | ⑤ レクリエーション |
| ③ 機能訓練(日常動作訓練) | ⑥ 介護相談・生活相談 |

(8) サービス内容

- | | |
|------|--|
| ① 居室 | 個室 |
| ② 食事 | 朝食 午前7時30分～8時30分
昼食 正午～午後1時
夕食 午後5時30分～6時30分 |
| ③ 入浴 | 健康状態やご希望により入浴して頂きます。 |

- ④ 機能訓練 ご利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
- ⑤ 健康管理 バイタルチェックを行い、異常がある時は、主治医もしくは協力医療機関にて診察し対処します。
- ⑥ レクリエーション 毎月予定を立てて実施します。

(9) 設備の概要 (1ユニット定員9名)

居 室	個室9室	洗濯室	1室
食堂・居間	1室	事務室	1室
浴 室	1室		
台 所	1ヵ所	非常災害設備	消火・避難設備

(10) 職員体制・職務内容

ユニット・A

職 種	資 格 等	員 数
管理者	認知症対応型サービス事業管理者研修	1名
計画作成担当者	介護支援専門員、認知症介護実践研修	1名
看護職員	看護師、准看護師	1名
介護職員	介護福祉士 他	6名以上

ユニット・B

職 種	資 格 等	員 数
管理者	認知症対応型サービス事業管理者研修	1名
計画作成担当者	介護支援専門員、認知症介護実践研修	1名
看護職員	看護師、准看護師	1名
介護職員	介護福祉士 他	6名以上

上記に定める当事業所職員の職務内容は、次のとおりです。

- ・管理者は、業務の管理及び職員等の管理を一元的に行います。
- ・計画作成担当者は、適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成するとともに連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院との連絡・調整を行います。
- ・看護責任者は、ご利用者の健康管理及び服薬管理と関係医療機関との連携を図ります。
- ・介護職員は、ご利用者に対し必要な介護及び支援を行います。

3. 料 金

(1) 利用料 別紙 利用料金参照

(2) 支払方法

①通常

- ・毎月10日までに、前月分の請求書を発行します。
- ・お支払いは、原則として預金口座自動引落しでお願い致します（引き落とし日は毎月25日となり、その日が営業休止日の時には翌営業日となります）。但し、預金口座自動引落しができない場合は契約時にご相談ください。
- ・お支払いただきますと領収書を発行いたします。

＊事業所の職員は金銭のお預かりはいたしませんのでご了承ください。

②償還払い

- ・利用者が要介護認定申請中又は保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合、一旦事業所に一月の利用料金（全額）をお支払い頂きますと、事業所からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日、各市町村介護保険係の窓口に提出しますと自己負担を除く額の払戻を受けられます。

4. 介護サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

相談窓口で受付け、介護予防認知症対応型共同生活介護サービス計画書作成と同時に契約を結びサービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

①ご利用者のご都合で終了する場合

サービスの終了を希望する日の1ヶ月前までにお申し出ください。

②当事業所の都合で終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知します。

③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。

- ・ご利用者が当事業所を退所した時
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護度区分が要支援又は非該当(自立)と認定された場合
- ・ご利用者が亡くなられた場合

④その他

ご利用者は、以下の場合に文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・当事業所が守秘義務に反した場合
- ・当事業所がご利用者やご家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・当法人が破産した場合

当事業所は、以下の場合に文書で解約を通知することによって即座に契約を終了させていただく場合があります。

- ・ご利用者のサービス利用料金の支払を催告したにもかかわらず、その支払が3ヶ月以上遅延した場合
- ・ご利用者やご家族などが当事業所や当職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

(3) 介護サービス利用に当たっての留意事項

ご利用者は、介護サービスの提供を受ける際には、次に掲げる事項に留意していただきます。

- ①介護サービスの利用開始時には、必ず介護保険被保険者証及び健康保険被保険者証を持参し提示下さい。
- ②緊急時の連絡先は必ず申し出て下さい。
- ③健康状態に異常がある場合には、その旨申し出て下さい。
- ④常備薬、介護用品等は、当職員に確認の上で持参下さい。
- ⑤現金・貴金属の類は、万が一紛失の場合、他のご利用者様に迷惑が及ぶ場合も想定されますので、くれぐれも持参しないで下さい。仮に金品を所持された場合は、ご利用者様の自己責任のもとで管理し、紛失に際して当事業所は一切の賠償に応じ兼ねますのでご注意ください。
- ⑥当職員による安全管理上の指示には必ず従って下さい。
- ⑦当事業所内の設備及び備品等の利用に際しては、当職員の指示に従い取り扱いには充分ご注意ください。
- ⑧当事業所内での他のご利用者への宗教活動、政治活動、営利活動はご遠慮下さい。
- ⑨他のご利用者への迷惑になる行為はご遠慮下さい。

5. 運営推進会議の設置

当事業所は、介護予防認知症対応型共同生活介護の提供にあたって、ご利用者、そのご家族、当事業所が所在する区域を管轄する市町村の職員又は事業所が所在する地域を管轄する地域包括支援センター、地域住民の代表者等により構成される運営推進会議を設置し、活動状況を報告しその評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聞く機会を設けています。

- (1) 構成 ご利用者、ご利用者のご家族、地域住民の代表、地域包括支援センター職員、介護予防認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等
- (2) 開催 隔月で開催。
- (3) 会議録 運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録。

6. 緊急時の対応方法

- (1) 当事業所は、ご利用者が病気又は怪我等により検査、治療が必要となった場合は、ご利用者の主治医又は当事業所の協力医療機関において必要な治療等が受けられるよう支援します。
- (2) 当事業所は、ご利用者に健康上の急変があった場合は、適切な医療機関との連絡を取り、救急治療あるいは緊急入院が受けられるようにします。
- (3) 当事業所は、サービス供給体制の確保ならびに夜間における緊急時の対応のために、記載の協力医療機関と連携をとっていきます。

7. 事故発生時の対応

サービス提供時に事故が発生した場合には、速やかに主治医・協力医療機関へ連絡し応急処置を行うと共にご利用者のご家族に連絡をします。併せて市町村に報告します。尚、事故発生にかかわる対応の流れにつきましては、別紙を参照願います。

8. 非常災害対策

- (1) 非常災害が発生した場合、職員はご利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。
- (2) 非常災害に備え、定期的に地域の協力機関等と連携をはかり避難訓練を行います。
 - ・防災設備 スプリンクラー、消火器、自動火災報知機、誘導灯
 - ・防災訓練 年2回

9. 協力医療機関

- (1) ご利用者の病状の急変などに備えるため、以下のとおり協力医療機関を定めます。

① 協力医療機関 財団法人金森和心会 針生ヶ丘病院（精神科・内科・歯科）

福島県郡山市大槻町天正坦 11

TEL 024-932-0201

② 協力医療機関 医療法人明信会 今泉西病院（内科・外科・整形外科・眼科・皮膚科）

福島県郡山市朝日二丁目 18 番 8 号

TEL 024-934-1515

10. 個人情報の保護

- (1) 当事業所は、ご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・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドンス」を遵守し適切な取扱いに努めます。
- (2) 当事業所が得たご利用者の個人情報については、介護サービス提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じてご利用者又はその代理人の了解を得るものとします。
※当事業所における個人情報の取り扱い（個人情報に関する基本方針）は、当事業所の店頭又はホームページで公表します。

11. 虐待の防止について

(1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。

②虐待の防止のための指針を整備しています。

③職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的実施しています。

④虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置しています。

虐待の防止に関する担当者 計画作成担当者

(2) サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（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利用者を発見した場合は、速やかに、これを区市町村に通報します。

12. 身体拘束等の排除

当事業所は、ご利用者の人格尊重の理念のもとに、身体拘束等の排除に取り組み高齢者虐待防止運動に努めます。但し、ご利用者又は他のご利用者等の生命または身体を保護するため緊急を要し、他に代替の方法がなく止むを得ず身体拘束を実施する場合は、ご家族等の同意を得ることとします。

13. サービス内容に関する相談・苦情の受付窓口

(1) ご利用者からの相談・苦情は

健康倶楽部郡山 グループホーム「希の家」

受付時間：月～土曜日 9：00～18：00

電話：024-962-0523

苦情受付担当者 計画作成担当者

苦情解決責任者 管理者

(2) その他

当事業所以外に、市の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることもできます。

＊第三者委員 星 次 ・ 橋本 由起子

＊郡山市 介護保険課 024-924-3021

＊福島県運営適正化委員会 024-523-2943

＊福島県国民健康保険団体連合会 024-528-0040

(3) 当事業所では、第三者評価の実施はありません。

但し、湖山医療福祉グループとしてサービス改善評価を実施しています。

14. 損害賠償責任

(1) 介護保険サービス提供に伴って、当事業所の責に帰すべき理由によってご利用者が損害を被った場合、当事業所はご利用者に対して、速やかに損害を賠償するものとします。

(2) ご利用者の責に帰すべき理由によって当事業所が損害を被った場合、ご利用者は当事業所に対して、速やかに損害を賠償するものとします。

(3) 第1項の損害賠償のために、当事業所は、損害賠償責任保険に加入します。

15. その他運営に関する重要事項等について

介護予防認知症対応型共同生活介護に関連する政省令及び通知並びに本定めにない、運営に関する重要事項については、ご利用者及びそのご家族の意見や要望に配慮しつつ医療法人社

団 平成会と当事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとします。

健康倶楽部郡山 グループホーム「希の家」サービス提供開始にあたり、ご利用者様に対して本書面について重要な事項を説明しました。

年 月 日

事業者

所在地 福島県郡山市御前南二丁目 65 番地
名 称 医療法人社団 平 成 会
健康倶楽部郡山 グループホーム「希の家」
事業所番号 0 7 7 0 3 0 1 7 0 3

説明者 氏 名 印

私は、本書面により当事業所から健康倶楽部郡山 グループホーム「希の家」の重要事項について、説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

年 月 日

ご利用者 住 所

氏 名 印

ご家族 住 所
(代理人)

氏 名 印