

地域密着型介護予防サービス事業者【市町村指定】介護予防認知症  
対応型共同生活介護事業所・指定地域密着型サービス事業者【市町  
村指定】認知症対応型介護事業所、グループホーム「<sup>しおり</sup>栞」

## 入居時の利用者・代理人への重要事項説明書

指定認知症対応型共同生活介護事業所グループホーム「<sup>しおり</sup>栞」（以下「事業所」と言います）は、要介護状態と認定された利用者（以下「利用者」と言う）が当事業所の認知症対応型共同生活介護サービスを利用するにあたり、次のとおり説明します。

当事業所は介護保険法の指定を受けています。  
介護保険事業者番号（北海道指定第0173200502）  
指定年月日：平成 15年 3月 17日、開始年月日：<sup>しおり</sup> 15年 3月 23日  
指定認知症対応型共同生活介護事業所です。

### I 事業者

- (1) 法人名 特定非営利活動法人鷹の巣
- (2) 法人所在地：〒095-0039：北海道士別市大通8丁目171番地
- (3) 電話番号：0165-23-0010 FAX：0165-23-0020
- (4) 代表者氏名 理事長：首藤 修（令和4.7.1理事長就任）
- (5) 設立年月日 平成13年11月6日
- (6) 法人番号 450-05-001507

### II 事業者の概要

- (1) 事業の種類 指定地域密着型介護予防サービス事業者【市町村指定】介護予防認知症対応型共同生活介護  
指定地域密着型サービス事業者【市町村指定】  
認知症対応型共同生活介護
- (2) 事業所の理念・目的
  - ア、理念  
人は誰でも認知症になったり、重い障害になったり、寝たきりになったり、一人ぼっちを強いられる場合がある、そんな時、自立支援と自己決定を尊重する 誰かが 24時間“側に居て欲しい”と願う

ものである。そこで事業所はその思いに沿うように関ります。

- 一、 その人の権利・主張・人間としての尊厳・誇りを守り、常に側に居ますよ、という姿勢で介護します。
- 一、 家庭的な雰囲気を用意した関りをします。
- 一、 その人の有する能力に応じた、共同生活を支援します
- 一、 医療加算体制を確保し、安心・安全・安楽に生活出来る、  
「<sup>ついすみか</sup>終の棲家」ターミナルケアの係わりをします

を目指す事を理念とします。

#### イ、目的

要介護認定を受け認知症介護状態（要支援Ⅱ・要介護1～5）となった利用者に、介護予防を含め認知症対応型共同生活を通じて、その有する能力に応じ、共同して日常生活を営む事（なじみのある家具や道具に囲まれながら食事作りや草いじり、買い物、地域の人とのつながりなど、心地よい生活リズムを通じて、忘れていた昔の自分を取り戻し、心穏やかな落ち着いた生活を送れること）が出来るよう介護し、必要な福祉サービスを総合的に提供されるよう援助する事を目的にする。

(3) 事業所の名称 グループホーム <sup>しおり</sup>葉

(4) 事業所の所在地：〒098-0338：剣淵町仲町23番2号

(5) 電話番号 0165-34-9111 FAX 0165-34-9112

(6) 事業所長（：管理者）氏名・熊田 正信

(7) 事業所の運営方針

要介護認定で認知症（介護予防含む）状態となられた利用者に対し、その利用者が可能な限り当事業所において、日常生活上必要な生活リズムを確保できるよう支援し、バリテーション法を取り入れた話し掛け・相談・世話・指導等により症状の改善や進行の阻止及び残存機能を維持向上させるよう介護する事により、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の維持、そして利用者家族の身体的・精神的負担の軽減を図る。

(8) 開設（サービス開始）日 平成15年3月23日から通年24時間営業

(9) 利用できる方 認知症のある方で要介護認定、要支援2、要介護1～要介護5の方

- (10) 定 員 9名 (1ユニット)
- (11) 職員の配置 日中 3名 ・夜間 1名 (職員・パート含む)
- (12) 医療体制 訪問看護ステーションによる 24 時間医療連携体制をとっています。地域の医療機関と連携します。必要なときは随時受診、訪問診察を受けられます。
- (13) 協力医療機関等 剣淵町診療所・剣淵歯科診療所・士別市立病院  
士別市所在の士別訪問看護ステーション又は本人・保護者の指定する病院
- (14) 利用料金概要
- ア、介護保険自己負担金＋共通経費
- イ、共通経費の内訳
- 家賃 28,000 円／1 ヶ月
- おやつを含む食費 1500 円／1 日 \* 30 日 = 45,000 円
- 管理費・共益費 35,000 円／暖房費10～4月 13,000 円)
- ウ、その他別途料金は次のとおり
- ア)入居時の敷金：家賃の 1 ヶ月分相当額 28,000 円 (退所時の居室消耗費として、ただし 6 ヶ月以内は返金)
- イ)本人が剣淵町診療所以外の場所による受診に関する交通費はガソリン代、5 キロ以内片道 500 円：それ以遠は<sup>キロ</sup>単価 50 円
- ウ)おむつ代 (個人が負担する部分の預かりオムツ代)
- エ)壁建具その他装備品等を破損又は汚損した場合その修復費用
- オ)介護用品の貸与等 (電動ベッド・エアマット・ベッドコール・車椅子・簡易トイレ・歩行器等) 日割り計算。
- エ、算定要領
- ア)月途中からの入居・退去の場合は日割り計算。
- イ)入院・外泊等で利用しなかった場合食事代は請求致しません。  
ただし外泊等で前日までに申し出がなかった場合は請求させていただきます。

### Ⅲ 入所利用説明

#### 第 1 条 (説明書の目的)

事業所は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来るように共同して適切な認知症対応型共同生活介護サービスを提供し、一方利用者及び利用者を扶養する者 (以下「扶養者」と言います) は、当事業所に対し、そのサービスに対する対価として、料金を支払うことについて取り決める事を、本説明の目的とします。

#### 第 2 条 (摘要期間)

- 1 本説明書による契約の期間は、契約の日から利用者の要介護認定の有効期間満了までとします。
- 2 利用者が当事業所に入所利用契約書（以下「契約書」と言います）を提出した時から効力を有します。ただし、扶養者に変更があった場合には、新たに契約を得る事とします。
- 3 契約満了の2日前までに利用者又は扶養者から事業者に対して、文書により契約の終了の申し出がない場合契約は自動更新されるものとします。

#### 第3条 （利用者又は扶養者からの解除）

利用者及び扶養者は、事業所に対し、退所的意思を表明する事により、本契約を解除・終了する事が出来ます。

#### 第4条 （事業者からの解除）

当事業所は、利用者及び扶養者に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく入所利用を解除・終了する事が出来ます。

- 1 利用者が要介護認定において自立又は要支援Ⅰと認定された場合
- 2 利用者の心身状態などが著しく変わり事業所での介護サービスの提供を超えると判断された場合及び、3週間以上の長期入院の場合。
- 3 利用者及び扶養者が、本契約書に定める利用料金を2ヶ月分以上滞納し、その支払いを催促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合
- 4 利用者及び家族が、事業所の職員または他の入所者などに対して、利用継続が困難となる程度の背信・反社会的行為又は言動を行った場合
- 5 天災、災害等で事業所の設備が故障し運営上やむをえない理由に立ち至り事業所を利用する事が出来ない場合

#### 第5条 （利用料金）

利用者及び扶養者は、連携して、当事業所に対し、本説明書に基づく介護サービスの対価として、別紙第1の利用単位ごと料金等を基に計算された月ごとの合計額および利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。ただし当事業所は利用者の経済状態などに変動があった場合上記利用料金を変更する事があります。

- 2 当事業所は、利用者及び扶養者が指定する送付先に対し、前月利用料金の合計の請求書及び明細書を毎月15日前後に送付します。利用者及び扶養者は、連携して当事業所に対し、当該合計額をその月の末日までに支払うものとします。なお支払いの方法は別途話し合いの上双方合意した方法によります。
- 3 当事業所は、利用者または扶養者から利用料金の支払いを受けたときは、利用者及び扶養者が指定する送付先に対して、領収書を送付します。

## 第6条 (記録)

当事業所は、利用者の共同生活介護サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後2年間は保管します。その後その記録は裁断破棄します。

- 2 当事業所は利用者が前項の記録の閲覧、複写を求めた場合には、請求者負担（コピー代1枚10円）で、原則として、これに応じます。  
ただし、扶養者及びその他の者（利用者代理人を含む）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限りこれに応じます。

## 第7条 (身体の拘束など)

当事業所は、利用者に対し身体拘束は行いません。ただし自傷他害の恐れがあるなど緊急やむをえない場合には、管理者または、理事が判断し、身体拘束その他、利用者の行動を制限する行為を行う事があります。この場合には、その状態及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を家族等に通知し了解を取ると共に介護記録に記載する事とします。

## 第8条 (秘密の保持)

事業者及びその従事者は、個人情報保護法に基づき、業務上知り得た利用者及び扶養者並びにその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様とします。

ただし、つぎの各号について当事業所は、利用者及び扶養者からあらかじめ同意を得た上で行う事とします。

- 1) 事業所内において、利用者が自室と他者室の判明を容易にするため、自室入り口に本人の名前・写真等の表示。
- 2) 介護保険サービス利用の為の市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者への情報提供あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
- 3) 介護保険サービスの質向上のための学会、研究などでの事例研究発表会など、なおこの場合は、利用者個人を特定できないように仮名などを使用する事。

## 第9条 (防災対策・緊急時の対応)

1 防災対策 別冊【グループホーム葉 消防・防災（震災・風水害・テロ等）計画】

2 平時における入居者への緊急時の対応

- 1)、当事業所は、協力医療機関等（訪問看護ステーションを含む）と医療連携体制の確保を図り、利用者に対し事業所協力医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関または協力歯科医療機関での訪問診療（訪問看護）・通院診療・協力医療診療機関等

- への入院処置を本人又は家族との調整のうえ依頼する事があります。
- イ、当事業所は、利用者に対し、当施設における共同生活介護サービスでの対応が困難な状態、または、主治医による専門的な医学的対応が必要と判断された場合、他の専門的機関を紹介します。
- ウ、前2項のほか、入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当事業所は、利用者及び扶養者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

#### 第10条 (相談・苦情対応)

1、事業者は、利用者から相談、苦情等に対する窓口を設置し、共同生活介護サービスに関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。直接申しで出来ない方は、施設内に設置した「ご意見箱」に投函して申しですることも出来ます。

#### 2、苦情の受け付けについて

##### ア 当事業所における苦情の受付

○ 苦情受け付け窓口： 理事長 首藤 修・管理者 熊田 正信  
電話番号：0165 - 34 - 9111

##### ○ 受付時間

毎日月曜～金曜 09：00～17：00

##### イ その他苦情受付機関

剣淵町健康福祉課介護保険係	所在地：〒：098-0338：剣淵町仲町38番1号 電話番号：0165 - 34-3955 受付時間：09：00～17：00
士別市介護保健福祉部介護保険課	所在地：〒：095-8686 士別市東6条4丁目1番地 電話番号：0165 - 43-3121 受付時間：09：00～17：00
北海道国民健康保険団体連合会	所在地：札幌市中央区南2条西14丁目国保会館 電話番号：011 - 231 - 5161 受付時間：09：00～17：00

#### 第11条 (賠償・弁償責任)

- 1、事業者は、共同生活介護サービス提供に伴って事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。
- 2、事業者は、利用者が共同生活中に、事業者の財産等に損害を及ぼしたと明らかに判明した場合は、本人及び後見人の確認の上、損傷相当額の弁償を求める。

第12条 (本契約に定めのない事項)

- 1 利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- 2 この契約に関して定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところに従い双方が誠意をもって協議の上定めます。

第13条 (裁判管轄)

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業者は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第1審管轄裁判所とする事を予め合意します。

別紙第1 利用単位ごと料金等

別紙第2 入所にあたり所持するもの

様式第6 個人情報に関する同意書

別紙第4 看取り体制指針

別紙第5 医療連携体制・看取り体制の指針 同意書

別紙第6 ターミナルケアに対する同意書

別紙第7 重度化した場合における対応に関する同意書

以上入所にあたり説明を致しました。

念のため説明の証として認知症対応型共同生活介護入所利用説明書(本書)2通を作成し、利用者(代理人)、説明者が署名捺印の上それぞれ1通ずつ保有するものとします。

説明実施日 令和 年 月 日

(事業所の説明者)

所在地・

電話番号

職名・氏名 \_\_\_\_\_ 印

(利用者)

住所・

電話番号

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(代理人)

住所または連絡先

電話番号

氏 名 \_\_\_\_\_ 印