

## グループホーム 久遠の響 重要事項説明書

### 1. 事業主体概要

事業主体の名称	有限会社ライフスタイル東光
事業主体の主たる事務所の所在地	〒692-0733 島根県安来市広瀬町東比田 950-1 番地
事業主体の連絡先	TEL0854-34-0533 FAX0854-34-9050
事業主体の代表者の職名及び氏名	代表取締役 田邊 亮
事業主体の設立年月日	平成 17 年 1 月 4 日

### 2. 事業主体が県内で実施する他の介護サービス

サービス種類	事業所名	事業所所在地
在宅サービス	指定通所介護事業所	〒692-0733
	デイサービスしののめ	島根県安来市広瀬町東比田 950-1 番地
住宅型有料老人ホーム	しののめの家	〒692-0733 島根県安来市広瀬町東比田 950-1 番地
在宅サービス	指定通所介護事業所	〒692-0622
	デイサービスかじかの郷	島根県安来市広瀬町宇波 484-2 番地
住宅型有料老人ホーム	かじかの家	〒692-0622 島根県安来市広瀬町宇波 482-21 番地
地域密着型サービス	認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム亀嵩蛍灯	〒699-1701 島根県仁多郡奥出雲町亀嵩 443 番地

### 3. 事業所概要

事業所名称	グループホーム 久遠の響
所在地	〒692-0731 島根県安来市広瀬町西比田 1497-1 番地
連絡先	T E L : 0854-34-0123 F A X : 0854-34-0056
建物構造	軽量鉄骨造
土地建物の所有形態	土地、建物共に事業主所有。
開設年月日	平成 30 年 4 月 10 日
事業所管理者職名及び氏名	管理者 外谷 充基
事業所までの主な交通手段	JR 安来駅から車で 41 分。または、安来駅からバスで広瀬町バスターミナルまで 28 分。⇒バスの乗り換え比田いきいき交流館まで 58 分。徒歩 3 分。

事業所の類型 及び表示事項	類型	認知症対応型共同生活介護事業所 (通称：グループホーム)
	居住の権利形態	建物質貸借方式
	居室の種類	全室介護居室。お客様の居室にて介護を行います。
	主要な居室付帯設備	ナースコール、介護用電動ベッド、洗面、冷暖房設備、テレビ配線・スプリンクラー設備
	利用料の支払方法	月額方式
	入居時の要件	要介護認定者
	介護保険サービス	認知症対応型共同生活介護
	居室区分	全室個室、全 18 室 (定員 18 名)

#### 4. 従業者に関する事項

職種	人員	業務内容
管理者	1 名	事業所の従事者の管理及び業務の管理を統括して行います。
ケアマネジャー	2 名	お客様の介護計画（ケアプラン）を作成し、連携する他事業所や病院等との連絡・調整を行います。
計画作成担当者	1 名	ケアマネジャーの指示のもと、同様の業務を行います。
介護職員		日常生活上の介護、健康保持のための相談・助言等を行います。 (日勤帯：入居者 3 名に対し 1 名以上の職員体制を取ります) (夜勤帯：1 ユニットに対し介護職員 1 名の職員体制を取ります)

#### 5. 事業所の運営に関する方針

事業理念	<ul style="list-style-type: none"> <li>・あなたの長所を最大限に生かし、チーム全体で互いに支え合い、切磋琢磨できる職場にします。</li> <li>・お客様一人一人の声を大切にし、固定概念に捉われず、その瞬間の想いに寄り添います。</li> <li>・お客様を巻き込みながら地域交流を行い、比田の一員としてつながりを持ち、助け合いながら地域を盛り上げていきます。</li> </ul>
事業目的	認知症により一人で日常生活を営んでいくことが困難な高齢者の方を対象とした、介護サービス提供事業所です。
運営方針	<ol style="list-style-type: none"> <li>① グループホームの提供に当たって事業所職員は居住の提供、食事の提供を行います。</li> <li>② 身体機能の低下、認知症・高齢により独立して生活することが困難な方々が、安心して自分らしい生活を送ることが出来る環境を提供します。</li> <li>③ 協力医療機関の主治医・薬剤師と連携体制を取り、要介護認定を受けられたお客様の方々が心身状況に応じた適切なサービスを受けられるよう努力します。</li> <li>④ お客様及びその御家族の意思及び人格を尊重し、常にお客様の立場に立ったサービス提供をします。</li> </ol>

## 6. サービスの概要

### ① 居室の利用

定められた居室及び各種、共有スペースの提供

### ② 食事

1 当事業所では、お客様の残存能力に応じた役割を持っていただきながら、職員と共同で調理や配膳等を行っていただきます。

2 食 事開始時間（状況に応じて弾力的に対応します）

朝食:8 :00      昼食:12 :00      夕食:18 :00

### ③ 入浴

入浴はお客様のご希望に応じて利用いただきます。

### ④ 排泄

お客様の自尊心に特に配慮し、お客様の心身の状況に応じた声かけや、必要に応じて排泄のお手伝いを行っています。

### ⑤ 健康管理

日常的な健康管理を行い、必要時には関連医療機関と連絡調整を行います。

### ⑥ その他自立への支援

1 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。

2 外出や地域行事または社会参加の機会をできるだけ多く持っていただくようにしてまいります。

その他のサービス

#### 1 預り金管理サービス

ホームの利用料金に含まれない、個人的な支出のためのサービスです。なお、預り金については、【ゆうちょ銀行・JA農協・山陰合同銀行・現金支払い】の方法でお振込み、お渡してください。

#### 2 アクティビティ

・各種のイベント・季節行事を企画実施します。実施に関する費用は、月額利用料に含まれます。（内容によっては事前にご了解を得て、別途費用の負担を頂く場合がございます）

例) お正月、花見、クリスマスパーティー等

・個人で選択できる各種の趣味活動・サークル活動を提案いたします。材料費等の実費のみ、ご希望者にご負担いただく場合があります

例) ペーパークラフト、生け花、手芸、俳句、囲碁・将棋等

## 7. お客様の条件

契約締結時に原則満65歳以上の方

※満65歳未満の方はご相談ください。

- ・介護保険の要介護認定で要介護、かつ主治医の診断書・意見書等で「認知症である」と認定されている方。
- ・常時または随時、身の回りのお手伝いや見守りが必要な方。
- ・規定の利用料の支払いが可能な方。

- ・公的な医療保険に加入されている方。
- ・公的な介護保険に加入されている方。
- ・保証人を定められる方。

お客様の条件 ※保証人を定められない場合にはご相談ください。

・住民票住所が安来市、かつ入居申請の時点で継続して3ヵ月以上安来市に居住する方  
 ※市外へ転出された場合は、指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供ができない為、当ホームのご利用を継続できません。

・当ホームの利用契約書・重要事項説明書等をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方。

【利用をお断りする場合】以下の各項に該当する場合は利用をお断りする場合があります。

- ・医療機関への恒常的な入院加療を要するなど、当ホームにおいて適切な介護サービスの提供が困難な方。
- ・暴力をふるう等他の人に害を及ぼすおそれがある方。
- ・感染症等を有し他のお客様に感染させるおそれのある方。
- ・その他、当ホームでの共同生活になじまないとみなされる方。

## 8. 保証人の条件・義務等

お客様には保証人を1名定めていただきます。

- ・当ホームの利用契約から生ずる、お客様のすべての債務の連帯保証。

利用契約に定める

保証人の義務

- ・介護サービス提供計画書(生活プラン)への同意。
- ・お客様の治療、入院に関する手配の協力。
- ・利用契約終了時にお客様が生存していない場合の、返還金等の返還先銀行、口座の指定等。

※保証人が上記義務の履行が困難になった場合には、お客様は新たな保証人を速やかに選定し、有限会社ライフスタイル東光 グループホーム久遠の響に通知します。

## 9. 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、お客様の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではなく、義務づけるものではありません。)

## 10. 利用開始日の変更

お客様が、利用開始日の変更を希望する場合、利用開始日の前日までに利用契約に即して解約手続きを行います。ただし、お客様が解約手続きを行わず、利用開始日が到来した場合には、利用開始日は契約書記載の日付となり、変更はできません。

## 11. 医療関連

疾病・負傷等により治療が必要となった場合には、お客様の意思を確認し、保証人の同意を得て、協力医療機関、近隣の診療所等の受診に協力します。

協力医療機関以外の受診・治療は、原則、お客様・ご家族にてご対応をお願いいたします。

※医療費はお客様の負担となります。

- ・入院治療を必要とする場合は、お客様の意思を確認し、保証人の同意を得て、医師の判断指示により、近隣病院への入院の協力をいたします。

入院による不在が1ヶ月を超えた場合には、契約維持について、事業所よりお客様・ご家族様にご相談させていただきます。※医療費はお客様の負担となります。

※入院期間における利用料の取扱いについては、2泊3日以上不在時は居室料のみお支払い頂きます。

※事業所では、あくまで「人命尊重」の原則に従って緊急時対応を行います。ご家族様へのご連絡がつかなかった場合、ご家族様からの指示をいただかず、救急処置、緊急入院・手術などの医療処置に向けての手続きを行わせて頂きます。

お客様の終末期ケアや臨終時の対応について、お客様及びお客様の家族様にご希望がある場合、協力医療機関の医師も含め、話し合いの場を持ちます。

### 協力医療機関

協力医療機関名称 医療法人 千原医院  
医療機関所在地 〒699-1701 島根県仁多郡奥出雲町亀嵩 222  
連絡先 TEL 0854-57-0821 FAX 0854-57-9006

協力医療機関名称 有限会社フジ みなり薬局  
医療機関所在地 島根県仁多郡奥出雲町三成 1622-3  
連絡先 TEL 0854-54-9087 FAX 0854-54-9086

協力医療機関名称 高橋歯科医院  
医療機関所在地 島根県安来市広瀬町広瀬本町 884-1  
連絡先 TEL 0854-32-2751

## 12. 契約の終了

- ① お客様は事業所に対して、1週間の予告期間をおいて文書で通知することにより、この契約を終了することが出来ます。但し、お客様の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間1週間以内の通知であっても契約を終了することが出来ます。
- ② 事業所はやむを得ない事情がある場合、お客様に対して、1ヶ月の予告期間をおいて理由を示した文書で通知することによって、この契約を終了することが出来ます。
- ③ 次の事由に該当した場合、お客様は文書で通知することにより、直ちに契約を終了することが出来ます。

1 事業所が正当な理由無くサービスを提供しない場合

2 事業所が守秘義務に反した場合

3 事業所がお客様及びそのご家族様に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

4 事業所が倒産した場合

④ 次の事由に該当した場合、事業所は文書で通知することにより、直ちにこの契約を終了することが出来ます。

1 お客様のサービス利用料金の支払が1ヶ月以上延滞し、料金を支払うように催告したにもかかわらず1週間以内に支払わない場合

2 お客様及びその御家族様が事業所やその従業者又は他のお客様に対して、この契約を維持し難いほどの背信行為を行った場合

3 当事業所と担当介護支援専門員及びご家族様との話し合いの結果、自宅において生活が出来ると判断された場合

4 お客様の病状、心身の状態が著しく悪化し、当事業所での適切なサービス提供の範囲を超えると判断された場合

⑤ 次の事由に該当した場合は、この契約を自動終了します。

1 お客様が他の介護保険施設に入所した場合

2 お客様がご逝去された場合

3 病院等に1ヶ月以上入院する場合

4 お客様が要介護認定申請時に、要支援となった場合

### 13. 設備

#### ① 居室等

居室の数 1ユニット9室 合計18室

共有便所 4カ所(来客用1カ所)

食堂 2カ所

#### ② バリアフリー対応状況

手すりを配置。全館車椅子での移動可能

#### ③ 建物

平屋建て グループホーム久遠の響 床延べ面積 519.45 m<sup>2</sup>

### 14. 相談・苦情

事業所は、その提供したサービスに関するお客様等からの苦情に対して、苦情を受け付ける窓口を設置し適切に対応するものとします。

名称:グループホーム 久遠の響 苦情受付担当者: 所長 外谷 充基

苦情解決責任者: 専務取締役 藤田 悟志

TEL 0854-34-0123

FAX 0854-34-0056

受付時間 午前8時30分から午後5時30分

### 15. 損害賠償

事業所は、サービス提供にともなって、事業所の責に帰すべき事由によりお客様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、お客様に対しその損害を賠償します。

## 16. 損害賠償が行われない場合

- ① 契約締結時に心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して障害が発生した場合。
- ② サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して障害が発生した場合。
- ③ 急激な体調の変化等、実施したサービスが原因としない事由にもつぱら起因して障害等発生した場合。

## 17. 事業所利用の留意事項

当事業所のご利用にあたって、事業所にご入居されているお客様の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

### ① 持ち込みの制限

入居にあたり、ペット、特に大きな家具等の持ち込みを制限させていただくことがあります。また他のお客様の生活に著しく支障を来すものは持ち込むことができません。

### ② 面会

1 面会時間の制限は設けておりません。

2 面会時は必ず所定の「面会者名簿」に必要事項をご記入ください。

3 金銭や食べ物をお持ち頂いた場合には職員にお申し出ください。

### ③ 外泊・外出

1 外泊をされる場合は、事前に外泊期間のご連絡をお願いします。外泊時には、所定の「外泊届」をご提出願います。

2 外出の際には行き先、 帰所予定時刻等を所定の「外出届」にご記入願います。

### ④ 金銭管理

1 原則お客様に金銭の所持はご遠慮いただいております。

2 やむを得ない事情がある場合は、預り金サービスをご利用いただくか、ご相談下さい。

3 金銭の紛失等に関し一切の責任を負いかねます。

## 18. 設備の使用上の注意

- ① 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、設備を壊したり、汚したりした場合には、お客様又はご家族様(お客様)に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ② お客様に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、お客様の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- ③ 当事業所の職員や他のお客様に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことは禁止します。
- ④ 所持品・備品等の持ち込み  
紛失の原因になりますので、マジック等で消えないように必ず氏名をご記入ください。  
なじみの家具をお持ち込み下さい。(事前に職員にご相談下さい。)

## ⑤ 喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

## 19. 非常災害対策

防災設備:自動火災報知設備、誘導灯設備、スプリンクラー設備、消火器等を設置しています。

防災訓練: 防災計画に基づき、年2回行います。

## 20. 緊急対応マニュアルの連絡体制について

サービスの利用中にお客様の心身の状況に異変その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医もしくは協力医療機関に連絡し、適切な処置を行います。

※詳細は別紙「事故発生時・緊急時のマニュアル」に基づき対応します。

## 21. 事故発生時の対応について

サービス提供時や非常災害時等で事故が発生した場合は、お客様の処置・避難等の適切な措置を講じます。尚、事業者として介護保険・社会福祉事業者総合保険に加入しています。

## 22. サービスの利用料金

上記のサービスについては、厚生労働大臣が定める基準（告示上の報酬額）によるものとし、介護保険負担割証の負担割合に応じた金額を負担いただきます。なお、要介護認定による要介護の程度によって利用料は異なります。以下は1日あたりの1割負担の場合の自己負担分です。

### 介護費用

#### 介護保険給付費(非課税)

##### ・介護保険給付費およびお客様の自己負担

介護保険「認知症対応型共同生活介護」基準の介護体制を整えています。要介護認定を受けられている方は、介護保険「認知症対応型共同生活介護」の介護給付を受けることができます。介護保険給付費には、基本サービス費の他に各種加算が含まれます。

介護保険給付費の1割または2割がお客様の自己負担額となります。（自己負担割合は、介護保険の「負担割合証」に基づきます。）

##### ・日額積算

介護保険給付費は、介護保険法令の規定により、「日額」を基準として給付されます。毎月の費用請求は、月の「日額積算」となりますので、30日の月と31日の月では、請求金額が変わってきます。

##### ・介護保険給付費の変更

介護保険給付費は、厚生労働省が告示する介護保険給付基準が変更される場合には、それに従って変更されます。

##### ・端数計算の扱い

介護保険給付費の計算は、厚生労働省告示の基準に従い、1円未満(小数点以下)を切り



捨てて計算しています。

・お客様が市外へ転出した場合の取扱い

お客様が市外へ転出した場合は指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供ができなくなり、本事業所の利用も継続できません。

市外へ転出すると介護保険給付費に対する「指定認知症対応型共同生活介護」の介護保険給付もなくなりますので、転出以降も本事業所を利用していたことが判明した場合には、当該要介護度に応じた介護保険給付費と同等額をお客様に全額負担いただくほか、消費税が別途課税されます。

23. 提供するサービスの種類と概要

① 入居サービスの利用料金

- ・居室料(非課税) ・ 食費(非課税) ・ 水光熱費(消費税課税)

居室料	食費	水道光熱費	合計
40,000 円	45,000 円	23,000 円	108,000 円

・ 食 費:45,000 円/月(30 日) 朝食:400 円 昼食 500 円 夕食 600 円

・ 水道光熱費:共有部分及び個室における水道光熱費等。

② 介護サービスの利用料金

〈介護保険：安来市指定認知症対応型共同生活介護に則った単価〉

要介護度別の介護報酬 1 割自己負担額 (2 割負担の方は表の倍額)

介護区分	介護費 (1 日)	1 ヶ月 (30 日)
要介護 1	¥753	¥22,590
要介護 2	¥788	¥23,640
要介護 3	¥812	¥24,360
要介護 4	¥828	¥24,840
要介護 5	¥845	¥25,350

(①+②) 1 割負担の方の合計額 (2 割負担の方はこの限りではありません)

介護区分	生活費	介護費	合計
要介護 1	¥108,000	¥22,590	¥130,590
要介護 2	¥108,000	¥23,640	¥131,640
要介護 3	¥108,000	¥24,360	¥132,360
要介護 4	¥108,000	¥24,840	¥132,840
要介護 5	¥108,000	¥25,350	¥133,350

### ③ その他の費用について

1 消耗品費: お客様の趣味嗜好等により必要となる物品もしくは、リハビリパンツ等の個人において必要となるものについては実費となります。

2 テレビ等必要な方については、個々にお持込下さい。(NHK放送受信料は別途直接お支払となります)。

3 居室料につきましては、日割り計算を行いません。(入所・退所時のみ日割り計算となります。又、入院等においても居室料は頂きます)

4 カーテンについてはお持ち込みとなります。(カーテンレールは有ります。又、防災カーテンをご用意下さい。)

#### 5 加算等

※以下の加算項目についてはそれぞれの要件を満たした場合に算定致します。

○初期加算(入居後30日間に限る) 30円/1日

○医療連携体制加算 I 39円/日

○看取り介護加算 死亡日45日前~31日前 72円/1日、

死亡日30日前~4日前 144円/1日、

死亡日前々日、前日 680円/1日、

死亡日 1,280円/1日

○介護職員処遇改善加算 I (基本サービス+各算定加算) × 利用日数 × 11.1%

○介護職員等ベースアップ等支援加算 基本単位数+各種加算単位数に2.3%を乗じ算出した単位数(一単位未満の端数四捨五入)

※介護保険負担割合証に応じた額

### ④ 利用料金のお支払方法

料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたします。お支払い方法は原則として当事業所指定の金融機関【ゆうちょ銀行・JA農協・山陰合同銀行】での口座振替となります。(ただし、口座振替が開始されるまでの期間は、口座振込又は現金によるお支払いとします。)

なお、①の利用料金はサービス利用の翌月、②の料金は前月の振替となります。

### ⑤ サービス利用料金の変更

1 上記サービス利用料金は、介護給付費体系の変更があった場合、事業者は当該サービス利用料金を変更できるものとします。

2 サービス利用料金は、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、事業者はお客様に対して説明をした上で妥当な額に変更することができるものとします。

3 お客様は、前項の変更を了承することができない場合は、本契約を解約することができます。

#### 24. 守秘義務等について

- 1 事業者及びサービス従事者は、業務上知り得たお客様又はそのご家族様等に関する情報を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- 2 前項の規程にかかわらず事業所は、お客様に医療上緊急の必要性が生じた場合や他の介護サービス事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、お客様又はそのご家族様の同意を得た上で、その個人情報を提供できるものとします。
- 3 事業所が作成するパンフレット、お便り、広告、広報誌、弊社ホームページ、SNS 等においてお客様の写真、動画を使用することに、この重要事項説明書をもって同意するものとする。掲載に差支えがある方については、その旨を管理者に伝えることによって掲載しないことが出来るものとする。 ( 同意する・同意しない )

# 同意書

グループホーム久遠の響のサービス提供にあたりお客様に対して本書面について説明しました。

説明者 職名 \_\_\_\_\_ 管理者・所長 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 外谷 充基 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

以上の重要事項について説明を受け同意し、説明書を受領しました。

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

住 所 \_\_\_\_\_

お客様氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

身元引受・保障人(続柄 \_\_\_\_\_ )

氏 名(代理人) \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_