

グループホーム花水木 重要事項説明書

ご契約者 殿

利用者様に対する認知症対応型共同生活介護サービス提供にあたり、当事業所が利用者様およびご家族様に説明すべき事項は次のとおりです。

1 運営主体の名称

事業所の名称	ウォームハートカンパニー株式会社
法人所在地	〒370-0026 群馬県高崎市下滝町370番地3
法人種別	営利法人
代表者氏名	代表取締役 藤田 和雄
電話番号	027-395-7720

2 ご利用の事業所

事業所名	グループホーム花水木
事業所所在地	〒370-0077 群馬県高崎市上小埜町765番地
管理者名	藤巻 教江
電話番号	027-386-6040
FAX番号	027-386-6040
事業所番号	1090200294
生活保護支援指定	高介722

3 事業の目的と運営方針

- 事業の目的 認知症による不安や喪失感により、自分の世界を閉ざしがちな高齢者のご利用者に対して「安心」して生活できる環境と、地域社会と交流しながら、人としての「尊厳」を感じることができる介護サービスを提供する。
- 運営の方針
- ① 家庭的な雰囲気を作る
 - ② 地域社会とかわりを持ち、生きること喜びを感じる支援
 - ③ 利用者様の状態に応じた介護や支援を行う

4 事業所の概要

敷地面積	1,545㎡
建物構造	木造平屋建
延べ床面積	267.70㎡
利用定員	9人

(1) 居室

部屋の種類	室数	面積	1部屋の面積
洋室	8室	64.72	8.09
洋室	1室	10.43	10.43

(単位=㎡)

(2) 主な設備等

部屋の種類	数	面積
キッチン	1	11.25
ホール(談話コーナー含)	1	31.03
浴室	1	4.98
脱衣所	1	4.46
トイレ	1	1.99
トイレ	1	3

(単位=㎡)

(3) 平面図

別紙参照。

5 従業者体制（令和3年4月1日現在）

職種	員数	区分		保有資格
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		介護福祉士 管理者研修受講済
計画作成担当者	1		1	介護支援専門員 介護福祉士
介護従業者 (介護職員)	9	3	6	介護福祉士 ヘルパー2級等

※介護従業者の最低確保員数は、常勤1名、非常勤6名で、人員配置基準をみます。

6 従業者の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	9：00～18：00の間、介護職と兼務で勤務します。
計画作成担当者	9：00～12:00の間、月・水、非常勤で勤務します。
介護従業者 (介護職員)	早番 7：00～16：00 日勤 9：00～18：00 遅番 11：00～20：00 夜勤 17：00～0：00 明け 0：00～10：00 *夜勤・明けは同一者です。

7 利用料（令和3年4月1日現在） 1ヶ月を30日として計算しております。 単位＝円

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護1割負担額	23,430	23,550	24,660	25,380	25,890	26,460
介護2割負担額	46,800	47,100	49,320	50,730	51,780	52,890
介護3割負担額	70,260	70,620	73,950	76,080	77,640	79,320
居住費	45,990					
水道光熱費	18,480					
食材料費	33,000					
合計（1割負担額）	120,900	121,020	122,130	122,850	123,360	123,930
合計（2割負担額）	144,270	144,570	146,790	148,200	149,250	150,360
合計（3割負担額）	167,730	168,090	171,420	253,488	175,110	176,790

サービス体制強化加算Ⅲ * 介護職員処遇加算Ⅰ * 特定処遇加算Ⅱ * 初期加算等の加算は含まれていません。

* 「理美容代」「検診代」「産廃料」「個々に発生する日用品」等は実費となります。

* 金額については、実際の精算時には端数処理により若干の違いが生じることがあります。

※生活保護受給者の方は、上記金額の限りではございません。

★お支払方法★

請求書発行月の15日までに、現金にてお願いします。

やむを得ない場合は、振り込み対応します。（振込者が振り込み手数料負担）

8 サービスの概要

	内 容
当 事 業 所 が 行 う サ ー ビ ス	自立状態に応じた介助等日常生活上のお世話をします。
	「食事」1日＝1600kcalの大体の目安で家庭料理を提供します。 *栄養士はいませんので、専門的カロリー計算ではありません。 *専門的な食事制限は対応できません。（塩分制限・糖分制限等） *一般家庭で行うような減塩や水分制限は可能です。 *刻み食・ミキサー食は提供できます。
	「排泄」清潔な排泄に心がけ、自尊心を尊重した介護を行います。
	「入浴」月～土のお好きな日に入浴可能です。 *ただし、利用者様だけの利用はできません。
	「着替え」利用者様の趣向に合わせ、日々にメリハリをつけるように支援します。
	「機能訓練」日常生活中で運動機能の低下を予防するよう支援します。 *軽度のストレッチ・散歩・脳トレ（レクリエーション）等
	「健康管理」毎日の血圧・脈拍・食事量等、健康状態を記録します。 *毎月、協力医（内科）による検診を行います。
	「その他」介護保険更新手続き等
	以下の項目のサービスは介護保険対象外となり、個人の利用に応じて実費負担となります。
	(1) 理美容代 (2) 紙おむつ等排泄用品代とその廃棄料 (3) 事業所指定外のシャンプー・石鹸等の日用品類 (4) 旅行等で個々に支払いが生じた場合の経費 (5) 個人の希望で所有するもの (6) その他

9 苦情申立窓口

提供した介護サービスに係る利用者や家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために苦情を受け付ける相談窓口を設置しております。また、利用者や家族からの苦情に関して高崎市・国保連が行う調査に協力し、これらからの指導・助言を受けた場合にはこれに従って必要な改善を行います。

事業所内 苦情申立窓口	苦情受付担当者 藤巻 教江 ご利用時間 9:00~18:00 ご利用方法 電話 027-386-6040 面接 相談室 意見箱 玄関に設置 苦情解決担当者 法人役員
高崎市役所 福祉部 介護保険担当課	平日(土・日・祭日を除く) 8:30~17:15 電話(代表) 027-321-1111
群馬県国民健康保険 団体連合会 介護保険課	平日(土・日・祭日を除く) 9:00~17:00 電話 027-290-1323

10 協力医療機関

定期検診等の協力医院を以下の通り定めています。

協力医療機関等の名称	所在地	電話番号	協力事項
月岡内科医院	高崎市岩鼻町258-1	027-346-1226	検診医
音羽ノ森歯科診療室	高崎市下小埜町1647-2	027-344-8864	定期検診・訪問治療
八木歯科医院	高崎市上小埜町619	027-344-1164	必要に依じての検診と治療
真木病院	高崎市筑縄町71	027-361-8411	緊急医療の協力
ベルジ箕輪	高崎市箕郷町上芝839-4	027-371-6610	協力福祉施設機関

※緊急協力医療機関は、入院治療を必要とする場合に協力を依頼している医療機関です。

ただし、優先的な診療、入院治療を保証するものではありません

※事業所は、入居後利用者様のかかりつけ医院等を、上記医療機関に変更する強制はしません。

11 非常災害時の対策

別途定める「グループホーム花水木消防計画」にのっとり対応します。また、夜間および昼間を想定した避難訓練を年2回実施し、災害時に備えます。

12 緊急時における対応方法

サービス利用中に利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じた場合は、速やかに救急搬送（119番通報）を行い、適切な処置を行います。

*利用者様の状態に応じて、ご家族様に連絡する前に救急搬送するよう通報します。

*ご家族様には、速やかに事業所かた連絡を取り、利用者様の状態・状況等を報告します。

13 事故発生時の対応

・速やかに管理者に報告し対応します。また、高崎市への連絡が必要な場合も速やかに対応します。

・事業者の責任により利用者が生じた損害については、速やかにその損害を賠償します。ただし、その損害の発生について利用者の故意または重大な過失が認められる場合には、事業者の賠償責任を減じる場合があります。

・事故発生時の状況・対応等の記録を取るとともに、事故の究明と再発防止の取り組みを行います。

14 衛生管理

日頃から感染症の予防に取り組むとともに、感染症が発生し、またはまん延しないよう必要な措置を講じます。

15 地域との連携

・概ね2カ月に1回以上、運営推進会議に対し、サービスの活動状況等の報告をし、運営推進会議から必要な要望、助言等を聞く機会を設置します。

・前項の報告、評価、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録の公表を行います。

16 身体拘束

・利用者様の身体拘束は、行いませんが、緊急的やむをえずおこなう場合があります。

①利用者様の、生命または身体を保護する緊急措置の場合。

②利用者様が、他の利用者様に対して傷害等生命的危機を行う場合の緊急措置。

・身体拘束を行った場合は、その態様・時間・利用者様の心身状況・理由を記録し、ご家族様に説明します。

17 サービス利用上の注意事項

- ① 介護サービス計画に不満などある場合は、遠慮なくお申し出ください。
- ② 利用時リスク説明書を読んで生活上の危険性を十分にご理解ください。（別紙）
- ③ 次のことについて留意ください。

入居時	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関から、認知症である旨の診断書又はそれに準じる証明書（コピー可）のご提出をお願いします。 ・血液検査及び胸部レントゲンを受けた診断結果をお持ちください。 *感染症対策のためお願いしております。 ・サービス計画作成の為、利用者様の生活暦・既往症・身体状況等を利用者様やご家族から聞かせていただきます。 ・介護保険被保険者証の介護保険施設欄に、当事業所が記入します。
面会・来訪	<p>いつでも面会においでください。</p> <p>ただしほかの利用者様の迷惑にならない時間帯でお願いします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・面会の際、食品の差し入れは必ず職員にお伝えください。（衛生管理・摂取量の把握等、記録をつけます） ・体調不良の方の、面会はお断りします。 *インフルエンザ等の感染症対策のため、一時的に制限する場合があります。
外出・外泊	<p>付き添いがあれば、いつでも外出・外泊ができます。</p> <p>*外出・外泊届を出していただきます。</p>
喫煙・飲酒	<p>利用者様はもちろん、面会・訪問の方も禁煙・禁酒です。</p>
迷惑行為 宗教・政治活動	<ul style="list-style-type: none"> ・ほかの利用者様に迷惑になる行為はご遠慮願います。 事業所内でのほかの利用者や家族・従業員に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
現金・貴重品等	<p>全面的に事業所側では、管理しません。</p>
居室利用	<ul style="list-style-type: none"> ・居室は利用者様の空間です。 ・馴染みのある家具等お持ちください。 *但し、避難通路確保等の為職員立会をお願いします。 ・利用者様の身体状況等の変化によって、お部屋の移動をお願いする場合があります。
通院等	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時以外の医療機関等の通院は、ご家族様にお願いします。 ・専門的治療の通院や、通院の長期化は、ご家族様にお願いします。
退居	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援1または、介護保険非該当者になった。 ・当事業所以外の介護保険サービスを利用したい。 *退居予定20日前には、当事業所にご連絡ください。 ・入院治療が必要になった。 *最長20日間まで居室の確保（利用料発生）ができます。 ・利用者様の迷惑行為によって、共同生活を営むことが困難になった。 *事前に利用者様のご家族と事業所とで話し合いの結果になります。 ・利用料の支払いができなくなった。 ・事業所が運営できなくなった。
その他	<p>運営規程に準じます。</p>

18 機密の保持と個人情報の取扱い

- ・事業所及び従業者は、サービス提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ・この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
- ・事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ・事業者は、家族及び利用者から記録の開示を求められた時は、速やかに開示します。
- ・家族及び利用者は、事業所が発行する通信紙等において、利用者の写真等を使用することを承諾します。
- ・事業所は、利用者の介護サービスや医療提供等を当事業所以外に移行または依頼する際、利用者の情報を必要としている関係機関へ提供します。
- ・行政や正当な機関から利用者および家族の情報を求められたときは、提供します。

私は、本書面に基づいてグループホーム花水木職員（氏名_____）から、上記重要事項の説明を受けて内容を確認し同意しました。

上記のとおり、重要事項説明同意を証するため、この重要事項説明書を2通作成し、契約者及び事業者が署名押印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

契約者住所 〒 _____

契約者氏名 _____ (印) 利用者との続柄 _____

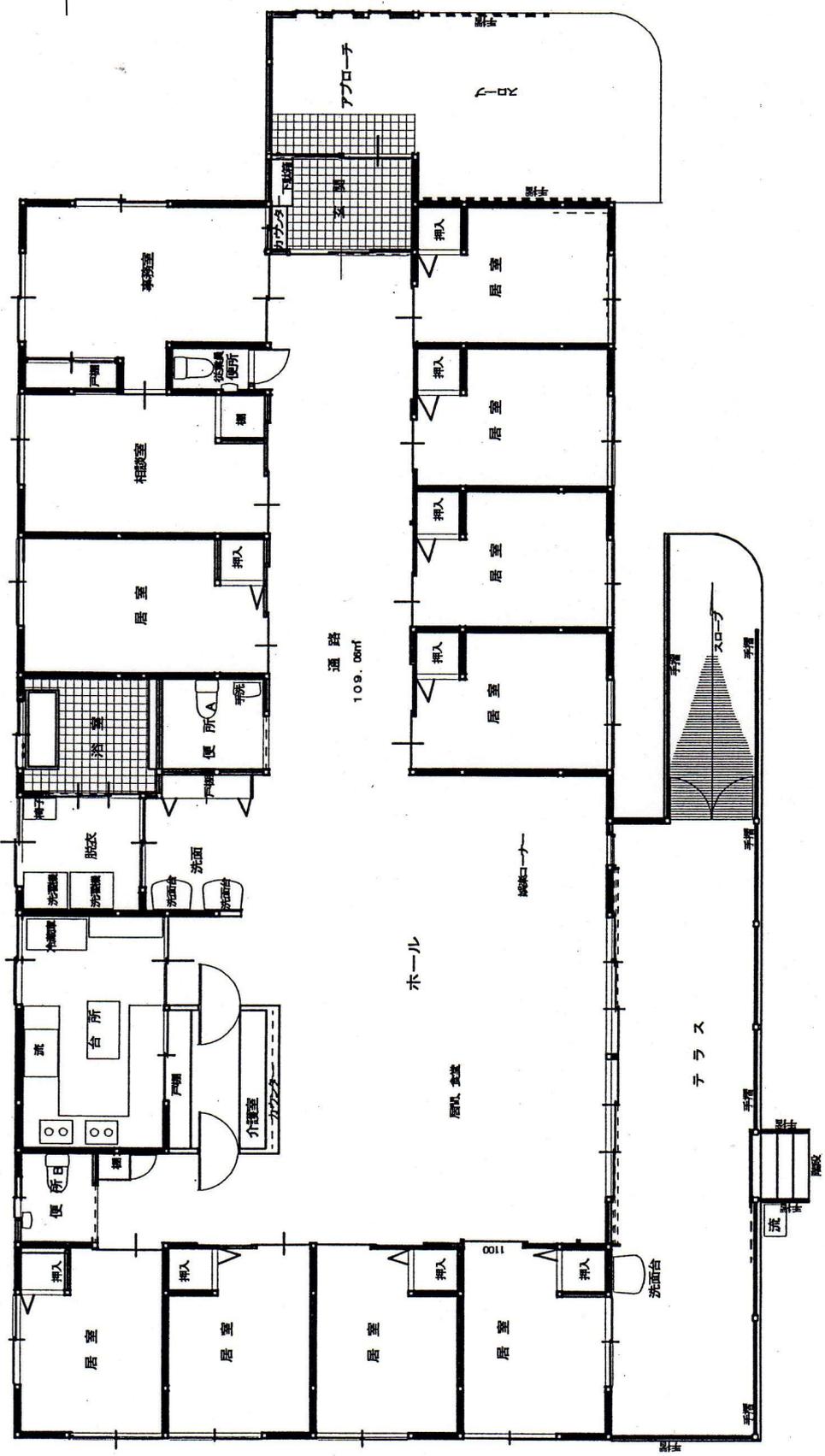
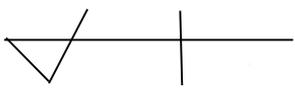
利用者住所 _____

利用者氏名 _____

所在地 〒370-0077 群馬県高崎市上小埜町765番地

事業所名 グループホーム 花水木

代表者名 施設長 藤田 和雄 _____ (印)



【利用時リスク説明書】

ご利用者： _____ 様 年齢 歳 性別 男・女

説明者：(職種 _____)

『グループホーム花水木』では、利用者が快適な入居生活を送られますように、(サービス利用ができるように)安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況や病気により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

(ご確認いただきましたら□にチェックをお願いします。)

- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による事故の恐れがあります。
- 当施設では原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性あります。
- 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 健常者では通常感染しない状態であっても、高齢者は免疫力の低下により感染症(インフルエンザウイルス、ノロウイルス、新型コロナウイルス、皮膚感染症 等)にかかりやすく、悪化しやすい可能性があります。施設は共同生活の場となりより一層感染の感染リスクがあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- 本人の全身状態が急に悪化した場合、協力医療機関の医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

このことは、ご自宅でも起こりうることで、十分ご留意いただきますようお願い申し上げます。

なお、説明でわからないことがあれば、遠慮なくお尋ねください。

私は、上記項目について、入居者の貴施設利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解しました。

年 月 日

契約者様氏名 _____ 印 (続柄: _____)