

こもれび家族・小平

重要事項説明書

(認知対応型共同生活介護・介護予防認知対応型共同生活介護)

1. 事業目的

こもれび家族・小平（以下「事業所」という。）が行う指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護の事業（以下「指定認知症対応型共同生活介護」という。）は、要介護者であって認知症であるものについて、共同生活住居に於いて、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、ご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ことができるように支援することを目的とします。また、小平市、地域の保健・医療・介護福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めますので、ご理解頂いた上でご利用ください。

2. 事業者の内容

(1) 事業所概要

事業所名	グループホームこもれび家族・小平		
指定番号	1394300048		
所在地	〒187-0035 東京都小平市小川西町3-29-1		
管理者氏名			
電話番号	042-348-3277		
FAX番号	042-348-3278		
サービス提供地域	小平市		
入居定員	1階（9名）、2階（9名） ※災害等止むを得ない場合を除く		

(2) 職員体制（現在）

職種	資格	常勤	非常勤	業務内容
管理者	介護支援専門員	1名現在（兼務）	0名現在	運営管理全般
計画作成担当者	介護支援専門員	1名現在（兼務）	1名現在	介護計画の作成
介護職員	介護福祉士	11名現在	3名現在	介護サービスの提供
	実務者研修	2名現在	0名現在	
	初任者研修	1名現在	1名現在	
	その他	0名現在	0名現在	

(3) 設備概要

用途	個数	面積 (㎡)	用途	個数	面積 (㎡)
建物構造（軽量鉄骨）	2階建	555.12	台所	各階1室	13.2
居室（個室）	各階9室	10.08	食堂・居間	各階1室	41.3
トイレ	各階3室	3.3	浴室・脱衣室	各階1室	10.7
洗濯・汚物	各階1室	4.1	事務室	1階1室	16.5
応接室（休憩室）	2階1室	16.2	電話（親機・子機）	親1、子3	-
自動火災報知機	1式	-	スプリンクラー	1式	-

3. サービスの内容

(1) 介護サービス計画の立案

ご利用者の心身の状況、希望、生活環境などを踏まえて、援助の目標及び目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した介護サービス計画を作成します。また、必要に応じて計画の変更・見直し（年1回以上）を行います。

(2) 食 事

スタッフがご利用者の身体状況、嗜好、栄養バランスに配慮して、作成した献立表に基づき提供いたします。朝食（8：00時頃）、昼食（12：00頃）、夕食（18：00時頃）を各階の居間兼食堂で特別な場合を除いてお召し上がりいただきます。

(3) 入浴

原則、週2回以上おこないますが、ご利用者の心身不調などの理由により変更することがあります。

(4) 機能訓練

離床援助、屋外散歩同行、家事共同等により生活機能の維持・改善に努めます。

(5) 介護サービス

介護サービス計画に沿って、ご利用者の自立を妨げない範囲において次の介護サービスを提供します。

①食事の支度、居室掃除、洗濯等の家事一般介助

②着替え、洗面、食事、排泄、入浴、服薬管理、健康管理、散歩等の生活一般介助

③認知症の周辺症状の緩和のための支援

(6) 生活相談

介護サービスに関することも含め、日常生活一般に関するご相談を承ります。

(7) 訪問診療等の手配

訪問診療の手配、その他療養上のお世話をいたします。

4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該（介護予防）認知症対応型共同生活介護が法定代理受領サービスであることは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

(1) 介護保険給付費用

①認知症対応型共同生活＜介護報酬告示額の基本料金、地域単位（3級地）＞

状態区分	自己負担1割		自己負担2割		自己負担3割	
	1日	30日	1日	30日	1日	30日
要支援2	800	24000	1600	48000	2400	72000
要介護1	805	24150	1609	48270	2413	72390
要介護2	842	25260	1683	50490	2525	75750
要介護3	868	26040	1735	52050	2602	78060
要介護4	885	26550	1769	53070	2653	79590
要介護5	903	27090	1805	54150	2708	81240

②加算（利用者状況、職員体制により異なります）

加算の種類	単位数(日)	備考
初期加算	30	入居当初30日間。30日以上入院後の再利用
夜間支援体制加算(Ⅰ)	50	1ユニット運営事業者
夜間支援体制加算(Ⅱ)	25	2ユニット運営事業者
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	必要要件を満たしたとき
若年性認知症利用者受入加算	120	40～65歳未満の利用者
入院時費用加算	246	必要要件を満たしたとき
退居時情報提供加算 (回)	250	必要要件を満たしたとき
退去時相談援助加算 (回)	400	1回を限度（施設入所は算定不可）
口腔衛生管理体制加算 (月)	30	必要要件を満たしたとき
口腔・栄養スクリーニング加算 (回)	20	必要要件を満たしたとき（6ヶ月に1回）
栄養管理体制加算 (月)	30	必要要件を満たしたとき
生活機能向上連携加算(Ⅰ) (月)	100	必要要件を満たしたとき
生活機能向上連携加算(Ⅱ) (月)	200	必要要件を満たしたとき
看取り介護加算(1)	72	死亡日以前31～45日以下
看取り介護加算(2)	144	死亡日以前4～30日以下
看取り介護加算(3)	680	死亡日前日・前々日
看取り介護加算(4)	1,280	死亡日
医療連携体制加算(Ⅰ)		必要要件を満たしたとき
イ	57	看護師を常勤換算で1名以上配置している
ロ	47	看護職員を常勤換算で1名以上配置している
ハ	37	看護師を1名以上確保（24時間連絡体制確保）
医療連携体制加算(Ⅱ)		上記(Ⅰ)のいずれかを算定している
	5	医療的ケアの必要な者の受入要件を満たす
協力医療機関連携加算 (月)	100	必要要件を満たしたとき
	40	入院を原則として受け入れる体制の確保
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) (月)	10	必要要件を満たしたとき
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) (月)	5	必要要件を満たしたとき
新興感染症等施設療養費	240	必要要件を満たしたとき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	介護福祉士70%以上、又は勤続年数10年以上介護福祉士25%以上
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	介護福祉士60%以上
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	介護福祉士50%以上、又は常勤職員75%以上、又は勤続7年以上30%以上
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	認知症介護実践リーダー研修修了者1名配置等
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4	認知症介護指導者研修修了者1名配置等
認知症チームケア推進加算(Ⅰ) (月)	150	必要要件を満たしたとき
認知症チームケア推進加算(Ⅱ) (月)	120	必要要件を満たしたとき
科学的介護推進体制加算 (月)	40	必要要件を満たしたとき
生産性向上推進体制加算(Ⅰ) (月)	100	必要要件を満たしたとき
生産性向上推進体制加算(Ⅱ) (月)	10	必要要件を満たしたとき
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	算定単位数の1000分の186に相当する単位数	
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	算定単位数の1000分の178に相当する単位数	
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	算定単位数の1000分の155に相当する単位数	
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	算定単位数の1000分の125に相当する単位数	

※加算の組み合わせにより多少金額が変動します。

（２）介護保険給付外費用

①敷金（保証金）156,000円

※利用料の遅延及び利用者起因する施設備品等の破損修繕費です。

※精算時に実費額を差し引いた金額を退居時に返金します。

②家賃 78,000円／月

※途中入退所の場合は日割り計算となります。（1日2,600円）

※入院の場合は原則として徴収いたしません。

③食費 39,000円（30日間の場合）

※内訳は朝食400円、昼食300円、夕食500円、おやつ100円の1日1,400円です。

※入院、外泊、外出等で食事を召し上がられなかった場合には徴収しません。

④水道光熱費 15,000円／月

※途中入退所の場合は日割り計算となります。（1日500円）

⑤共益費 15,000円／月

※自動車諸経費（ガソリン代、車検代等）、エレベーター・消防設備等の保守・点検、台所・トイレ・バス等の日常消耗品、電球、ごみ袋、新聞・雑誌等の購読料、季刊誌・写真等の印刷・コピーです。

※途中入退所の場合は日割り計算となります。（1日500円）

その他日常生活において必要となる費用で、利用者が負担することが適当と判断されるものについては、別に実費料金の支払いを受ける。

①医療に関する費用（訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、お薬等）

②理美容料金

③酒、たばこ等の嗜好品

④排泄用品（オムツ、リハビリパンツ、パット等）

⑤個人的に使用する日用品（衣類、化粧品、歯ブラシ、歯磨き粉、義歯洗浄剤等）

⑥個人的に使用する医療品

⑦個人的に使用する介護用品

⑧個人的に購読する新聞、雑誌などの購読料

⑨レクリエーション費（材料費、交通費、入場料等）

⑩その他、上記に含まれない個人のために供する物品等

5. 入退所の手続き

（１）サービス利用開始（入所手続）

①ご相談窓口へ入所申込の連絡を頂いた際に入所条件が満たされ、且つ、空室がある場合には入所手続が可能です。また、空室がないときは待機者として登録させていただきます。

②ご入所手続については、まず、最初に「被保険者証」の確認、ご利用者及びご家族の面談や診断書等によるご利用者の希望・心身状態の把握等をもとに、ご入所の可否を判断させていただきます。

③ご入所が決まりましたら契約書等を締結させいただき、その後は介護サービス計画を策定し、サービスを開始させていただきます。尚、居宅介護支援事業所に居宅サービス計画の作成を依頼している場合には、事前に担当の介護支援専門員とご相談ください。

（２）サービス利用終了（退所手続）

①ご利用者の都合で終了する場合

サービス終了を希望する日の30日前までに文書でお申し出ください。

②当事業所の都合で終了する場合

ご利用者の入院に伴い退院の見込みがない場合（原則60日以内）、人員不足で所定のサービスが提供できない場合等のやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は終了30日前までに理由を明示した文書でご通知いたします。

③自動終了の場合

次の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスは終了いたします。

- ご利用者が当施設を退去した場合
- ご利用者が要支援2および要介護認定の更新手続で「非該当（自立）」または「要支援1」と認定された場合
- ご利用者が死亡または被保険者資格を喪失した場合

④その他

当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者や家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当法人が破産した場合には、文書による解約通知を行うことにより直ちにサービスを終了させることができます。

ご利用者がサービス利用料金等の支払を2ヶ月以上遅延し、料金の支払催促をしたにも関わらず、10日以内に支払われない場合、または利用者・家族が事業者や施設従業員に対して、契約更新しがたい背任行為を行った場合には、文書で通知することにより直ちにサービスの利用を中止させていただきます。

6. サービス利用の留意事項

(1) 面会時間

面会時間は特に決めていませんが、他の利用者の就寝状況を目安にお願いします。

(2) 外出・外泊

事前に「外泊・外出届」をスタッフにお申し出てください。

(3) 宿 泊

ご利用者のお部屋への宿泊は自由です。尚、安全確保のため事前の許可を得てください。

(4) 喫煙・飲酒

東京都の受動喫煙防止条例に則り施設屋内では原則として禁煙となります。スタッフの付き添いのもと屋外指定の喫煙場所をお願いします。たばこ・ライター等の火器類はホームでお預かりします。

適度の飲酒は基本的に自由ですので食堂・居間等をお願いします。居室内での飲酒はご遠慮ください。

(5) 金銭・貴重品管理

ご利用者による自己管理は盗難・紛失等に繋がり、思わぬトラブルに成り兼ねませんのでご遠慮ください。万一にも、スタッフが発見した場合には事業所で一時保管させて頂き、その後はご家族等へお渡しします。

(6) 持込み品

ベッド、家具、電化製品（テレビ等）、衣類、食器類、日用品等の持込みは可能です。今までお住いのところで使い慣れた品々をお持ち込み下さい。尚、刃物（剃刀、ナイフ等）火器（ライター、マッチ等）等の危険物のお持込は禁止させていただきます。

(7) 宗 教

ご利用者による信仰・宗教は自由です。但し、施設内での信仰・布教活動はご遠慮頂きます。

(8) その他

騒音の発生、放歌高吟など他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

7. 緊急時の体制

ご利用者の健康状態の急変など緊急時のときは、あらかじめお申し頂いたご家族等へ速やかに連絡すると共に、訪問診療して頂いている医療法人社団エフエムティ（TEL：042-359-4197）医師及び訪問看護師へ連絡し、指示を仰ぎます。また、必要に応じて救急搬送等への措置を講じます。

また、長期療養が必要になった場合には、医療法人社団エフエムティ医師等と相談のうえ転院・入院等が可能な医療機関をご紹介致します。

緊急時の対応

体調の変化等の場合は、下記に緊急連絡します。

氏名	続柄	住所	電話番号

8. 非常災害対策

(1) 火災

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えると共に、常に関係機関との連絡を密におこない消防計画に基づき年2回の火災、地震等を想定した避難訓練を行います。

また、消火器、自動火災報知器、煙感知器、避難口、廊下通路、階段通路等の誘導等に関しては定期的な保守・点検を行います。

(2) 地震・風水害

当事業所の建物、地域に危険が生じる場合は他施設への自主避難や地域のハザードマップの指定場所に避難します。また、非常災害時においても可能な範囲で介護サービスが提供できるように事業継続計画書の作成と見直し、及び非常時に必要な食品、飲料水、医薬品、介護用品、その他備品の定期的な保守・点検を行います。

9. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど、必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

10. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得たご利用者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後に於いてもこれらの秘密を保守すべき旨に従業者との雇用契約書で締結しています。

11. ご利用者の尊厳

ご利用者の人権・プライバシー保護のため倫理規定、プライバシーポリシー（個人情報保護方針）を作成掲示すると共に、職員会議等を通じて従業者の教育指導を行います。

12. 身体拘束の禁止

原則として、ご利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。また、身体拘束適正化委員会を設置し身体拘束廃止に関する指針を作成・掲示すると共に従業者への教育指導を行います。但し、緊急止むを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には事前にご利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得ると共に、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急止むを得ない理由について記録します。

13.サービスについての苦情・相談・虐待等

(1) サービスに関する苦情・相談・虐待等については、次の窓口で対応します。

窓口担当者：

利用時間：月～日曜日 9：00～18：00

電話(FAX)：042-348-3277 (042-348-3278)

(2) 次の機関に於いても苦情・相談・虐待等の申し出ができます。

①小平市健康福祉部高齢者支援課介護保険係

電話 042-346-9539

②小平市地域包括支援センター小川ホーム

電話 042-347-6033

③東京都国民健康保険団体連合会

電話 03-6238-0177

(3) 苦情・相談・虐待等の処理手順

①苦情原因の把握

当日又は時間帯によっては翌日にご利用者及び家族と面談し、受付した苦情・相談・虐待内容を確認すると共に、今後の対応や予定を説明し了解を得る。また、速やかに解決を図る旨を伝言する。

②検討会の開催

苦情・相談・虐待内容の原因を分析するため、管理者、計画作成担当者、介護職員の出席のもと、対応策の協議を行う。

③改善の実施

利用者に対して対応策を説明して同意を得る。また、改善策は速やかに実施し、改善状況を確認する。尚、損害賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償保険会社へ連絡し、速やかに損害賠償を行う。

④解決困難な場合

保険者（小平市）に連絡し、助言・指導を得て改善を行う。また、解決できない場合には、保険者（小平市）と協議し、国保連への連絡も検討する。

⑤再発防止

同様の事故が起こらないように苦情・相談・虐待処理の内容を記録し、従業員へ周知すると共に、「苦情・相談・虐待処理マニュアル」を作成し、定期会議や研修などを通じて再発防止に努め、サービスの質の向上を図る。

14. 介護現場におけるハラスメントの防止

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

(1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

①身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為

②個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

③意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

(2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。

(3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的な話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

(4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

15. 運営推進会議の設置

認知症対応型共同生活介護が地域に密着し、地域に開かれたものにするために運営推進会議を開催します。

(1) 運営推進会議の開催

おおむね2ヶ月に1回とする。

(2) 運営推進会議のメンバー

ご利用者及び家族、事業所管理者・職員、地域住民の代表者、民生委員、地域包括支援センター、行政職員、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。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。

(3) 運営推進会議の内容

事業所の運営内容や利用者に対して適切なサービスが行われているかの自己評価の報告、及び第三者による外部評価の意見交換の場として活用し、地域に開かれた事業所を目指すための交流をおこなう。

(4) 運営推進会議の会議録等について

報告、評価、要望、助言等についての会議録を作成すると共に、当該記録を公表する。

16. 第三者評価の実施状況

実施：あり

年月日：令和4年12月23日

評価機関：株式会社フレンテム

評価結果の開示状況：WAMNET、とうきょう福祉ナビゲーション

17. 当社の概要

名 称	株式会社 佐藤総研
代表者	代表取締役 金子 有希
本社所在地	東京都府中市是政2丁目19番地1号
連絡先	TEL：042-361-8188 FAX：042-352-8828

定款の目的に定めた事業

- 1 保健・医療・介護福祉に係わるコンサルタント業務
- 2 介護保険法による居宅サービス事業経営
- 3 サービス付き高齢者住宅の事業経営
- 4 インターネットを利用した各種情報提供サービス

契約する場合は、以下の確認を行う

令和 年 月 日

介護サービスの利用にあたり、契約書及び本書面にて重要な事項の説明を行いました。

<事業者>

所在地 東京都府中市是政2丁目19番地1号

名称 株式会社佐藤総研

代表取締役 金子 有希 印

<事業所>

所在地 東京都小平市小川西町3-29-1

名称 グループホームこもれび家族・小平 (指定番号 1394300048)

説明者 管理者(ホーム長)

氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から地域密着型認知症対応型共同生活介護・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重要事項説明を受け、同意致します。

<利用者>

住所

氏名 印

<代理人>

住所

氏名 印

<身元引受人>

住所

氏名 印