

グループホーム「わかたけ」利用契約書

重要事項説明書

1 介護予防認知症対応型共同生活介護の概要

(1) 当施設の概要

施設名	グループホーム「わかたけ」
所在地	青森県つがる市木造若竹5
電話番号	0173-42-5133
FAX番号	0173-42-5133
事業所番号	0272100785

(2) 当施設の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	合計	業務内容	その他
管理者兼介護職員 兼計画作成担当者	介護支援専門員 介護福祉士	1名		1名	介護従事者及び業務の管理 認知症対応型共同生活介護計画の 作成	ケアマネジ ャー
介護職員	介護福祉士	2名		2名	日常生活上の世話	
	介護職員	4名		4名		
合計		7名		7名		

(3) 当施設の設備概要

定員	9名	居室面積	12.42㎡ (押入 1.66㎡)
居間	14.91㎡	食堂	17.39㎡
浴室	7.45㎡	厨房	9.94㎡

2 当施設の特徴等

(1) 運営方針

- 1 当事業所は指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供に際し、あらかじめ利用申込者またはその家族に対し、運営規定の概要、介護従事者の勤務体制その他重要事項を記載した重要事項説明書を交付して説明を行い、サービスの提供について利用申込者の同意を得る。
- 2 指定介護予防認知症対応型共同生活介護は、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることが出来るよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行う。
- 3 指定介護予防認知症対応型共同生活介護は、利用者がそれぞれの役割をもって家庭的な環境の下で日常生活が送れるように配慮して行う。
- 4 指定介護予防認知症対応型共同生活介護は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮して行う。
- 5 共同生活住居における介護従事者は、サービスの提供方法等に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者またはその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- 6 当事業所は、サービス提供に当たっては、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。やむを得ず拘束する場合は、家族に対し身体拘束の理由、内容を説明し十分な理解を得ます。医師の指示の下に行うとともに、その状態、経過、心身の状況及び拘束の理由等を記録する。
- 7 当事業所は、利用者の退去の際には、利用者及びその家族の希望を踏まえた上で退去後の生活環境や介護の継続性に配慮し、退去に必要な援助を行う。また、利用者及びその家族に対し、適切な指導を行う

とともに、居宅介護支援事業者等への情報の提供及び保健医療サービスまたは福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努める。

- 8 当事業所は自らその提供する指定介護予防認知症対応型共同生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図る。質の評価方法については県の定める基準による自己評価による。
- 9 当事業所は当該市町村に対し自主的に情報公開し、会報やインターネット等を活用して利用者、家族または広く一般に対して情報公開するよう努める。

(2) サービス利用のために

事項	備考
従業員研修の実施	内部研修、外部研修参加を随時行っています。
事業提供マニュアル	事業計画に沿った余暇サービスを提供します。
サービスマニュアル	サービスマニュアルに沿った適切なサービスを提供します。
変更の申込方法	書面にてお申し込みください（様式は問いません）
身体拘束	緊急やむを得ない場合を除き行いません。

(3) サービス利用にあたっての留意事項

種類	留意事項
外泊・外出	外泊・外出の際には外泊・外出届けの必要事項を記入して必ず届け出してください。
飲酒	決められた場所での飲酒をお願いします。医師の指示がある方はご遠慮いただく場合があります。
出納貴重品管理	原則として通帳・印鑑・年金証書はお預かりします。
所持品の持ち込み	原則として身の回り品は持ち込み可能です。
設備・器具の利用	住居内の居室や設備、器具は本来の用法に従って利用してください。これに反した利用により破損生じた場合、弁償していただくことがあります。
宗教活動	住居内でのほかの入所者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	住居内のペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

3 サービスの内容

種類	内容
日常生活の援助	食事、掃除等の家事や入浴、排泄のお手伝いを行います。
レクリエーション等	○ 外出買い物、遠足等 ○ 創作活動（余暇活動等）
生活相談・援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
日常生活用品の購入代行	ご希望により歯ブラシ、歯磨等の日常生活用品の購入代行をさせていただきます。
理美容	ご希望により理美容サービスを利用いただけます。

4 利用料金

(1) 利用料

① 介護予防認知症対応型共同生活介護利用料

	1日あたりの 利用料金	介護保険適用時の1日当たりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援 2	7,570円	757円	1,514円	2,271円

② 付加サービスの利用料

	1日あたりの 利用料金	介護保険適用時の1日当たりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
初期加算	300円	30円	60円	90円
サービス提供体制加算Ⅱ	60円	6円	12円	18円
介護職員処遇改善加算Ⅱ	総単位（基本サービス費+各種加算）×8.1%			

③ その他費用

項目	料金	備考
居住費	100円	1日あたり
水道光熱費	200円	1日あたり
冬季燃料費	100円	1日あたり（11月～翌年4月）
食材料費	1,100円	1日あたり
理美容代	2,000円	カット・顔剃りどちらかのみは 1,500円
おむつ代	実費	種類により異なります
レクリエーション	実費	材料費等
出納貴重品管理費	1,000円	1ヶ月あたり

(2) 料金の支払方法

毎月10日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払ください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払方法は指定口座への振込みとさせていただきます。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用方法

まずは、電話等でお申し込みください。当施設の職員がお伺いいたします。

※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合には事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

①お客様の都合でサービスを終了する場合

退所を希望する日の30日前までにお申し出ください。

②自動終了

以下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いたします。

- お客様が他の介護保険施設に入所された場合
- 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）もしくはと認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することが出来ます。

- お客様が死亡した場合

③その他

- お客様が、サービス利用料金の支払を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。なお、この場合、契約の終了後の予約は無効となります。

6 サービス内容に関する苦情

①当施設のお客様相談・苦情窓口

主担当者 管理者 小林 真紀

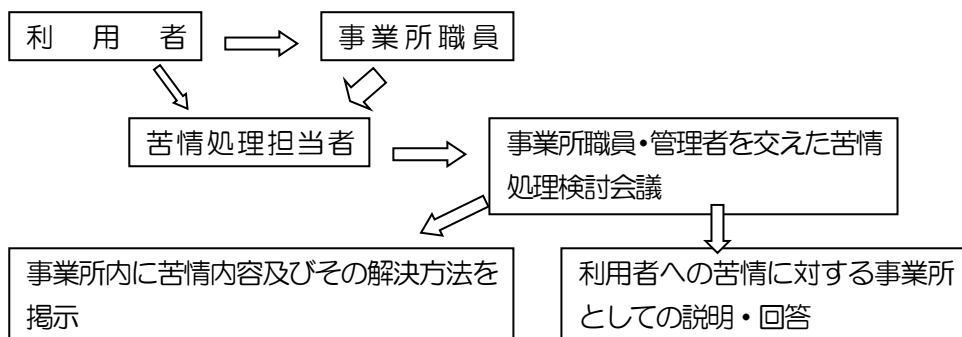
副担当者 介護福祉士 葛西 恵久美

電話 0173-42-5133

FAX 0173-42-5133

受付日 年中（24時間）

苦情処理フロー



②その他

当施設以外に、お住まいの市町村又は青森県国民健康保険団体連合会への相談苦情窓口等へ苦情を伝えることが出来ます。

ア・つがる市介護保険課 0173-42-2111

イ・青森県国民健康保険団体連合会（苦情処理委員会）017-723-1336

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態に変化等があった場合は、当施設常勤看護師等を通じ速やかに利用者の主治医・救急隊・緊急連絡先（ご家族）へ連絡します。

主治医：医療法人誠仁会尾野病院（併設医療機関）勤務医及び当直医

8 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、応急処置・医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお住まいの市町村・ご家族に連絡を行います。事故の状況に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。また、お客様に対して施設の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当施設は日本興亜損害保険株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

9 非常災害対策

非常時の対応	別途定める消防計画により対応を行います。	
防火設備	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり
	誘導灯	4個
	非常放送	あり
	消火器	4個
防災訓練	夜間及び昼間を想定して訓練を年2回実施し、年2回の消防の検証をお願いしています。	
防火責任者	専任の責任者を任命しています。	

10 守秘義務

事業者及び事業に従事する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族、利用者代理人等に関する秘密、個人情報については、利用者または第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約期間終了後も第三者に漏らすことはありません。

利用者又は利用者代理人より文書による同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下で情報を提供することができます。

個人情報利用同意書

私(及び私の家族)の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合)

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れる事のないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

..... 契約の場合は以下の確認をすること

当施設は、重要事項説明書に基づいて、施設サービスの内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

- ① 住所 つがる市木造若竹5
名称 医療法人誠仁会 尾野病院
理事長 元村 成
- ② 住所 つがる市木造若竹5
名称 医療法人誠仁会 グループホーム「わかたけ」
管理者 小林 真紀

私は、重要事項説明書に基づいて説明を受け、同意しました。

フリガナ
利 用 者 <氏 名> 男・女 印
..... 年 月 日生

<住 所>

<電話番号> ()

フリガナ
身元引受人 <氏 名> 男・女 印 続柄
..... 年 月 日生

<住 所>

<電話番号> ()

フリガナ
連帯保証人 <氏 名> 男・女 印 続柄
..... 年 月 日生

<住 所>

<電話番号> ()

(お願い) 身元引受人と連帯保証人は住所の異なる方で、本人の直筆でお願いします。やむを得ず代筆される場合は、連絡等をすることもありますので必ず承諾を得てから記入してください。