社会福祉法人もみじ会
グループホームにこにこプラザ六戸　重要事項説明書

＜令和６年4月1日現在＞

１　当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話　　0176－70－1200（　8時～17時まで　）
担当　　管理者　　下田　孝子
※ご不明な点は、なんでもお尋ね下さい。

２ グループホームの概要

（1）提供できるサービスの種類　認知症対応型共同生活介護サービス及び付随サービス

（2）施設の名称及び所在地等

施設名称	グループホームにこにこプラザ六戸
所在地	上北郡六戸町大字犬落瀬字権現沢54－636
介護保険指定番号	0272501412

（3）当事業所の職員体制（2ユニット）

職　名	資　格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	介護福祉士	1名		あり	1名	従業者の管理及び業務の管理を一元的に行い、自らも計画作成担当者・介護業務の提供に当たるものとする。
計画作成担当者	介護支援専門員 介護福祉士	3名		あり	3名	利用者のサービス計画を立案するとともに、自らも介護業務の提供に当たるものとする。
介護職員	準看護師	1 名		あり	1 名	看護・介護業務
	介護福祉士	12名	1名	あり	13名	介護業務
	ヘルパー2 級等	1名	1名	なし	2名	
合　計		14名	2名		16名	（実人数）

（4）勤務時間体制(1ユニットあたり)

勤　務	時　間	人数
日　勤（O）	8:00～17:00	1 名
早　番（B）	7:00～16:00	1 名
遅　番（C）	10:00～19:00	1 名
夜　勤（D）	16:00～9:00	1名

（5）当事業所の設備の概要（1ユニット）

定　　員	9名	食　　堂	1室
事　務　室	1室	居　　間	1室
浴　　室	1室	一般トイレ	2室
居　　室	9室	車椅子トイレ	1室

3　当施設の特徴等

（1）事業の目的

少人数の要介護又は要支援状態にある認知症の高齢者の方々が集まって、家庭的な環境の中で意思及び人格を尊重し、生活援助員（介護職員）による適切な生活上の援助、指導を受けることで精神的に安定し、健康で明るい円滑な生活を送れるようにすることにより、認知症の進行を遅らせ、家族の負担軽減を図り、地域社会の高齢者福祉に貢献することを目的とします。

（2）運営の方針

当事業所において提供する認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとします。

認知症である利用者が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、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支援するものとします。

① 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供致します。

② 事業所は、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できるよう利用者の心身状況を踏まえて、妥当適切にサービスを提供します。

③ 利用者に対し、家族との協力・信頼関係のもとサービスを提供する。また、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明を行います。

④ サービスの提供に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるとともに、地域及び家族との結びつきを重視した運営を行うものとします。

⑤ 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとします。

⑥ 事業所は、指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕を提供するに当たっては、介護保険法第 118 条の 2 第 1 項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとします。

⑦ 前項のほか「六戸町指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する規則」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。

⑧ 指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の提供の終了に際しては利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者へ情報の提供を行います。

⑨ 提供したサービスの質の管理評価を行います。

（3）サービス利用のために

事項	備考
認知症老人の介護経験者	16名
職員への研修の実施	年2回以上の施設内部、外部研修を実施しています。
業務マニュアル	業務マニュアルに添った適切なサービスを提供します。

（4）サービス利用に当たっての留意事項

面会	面会時間　午前 7 時～午後 7 時 ご面会の際、ホール内での喫煙は固くお断りいたします。 お見舞いの食品で健康上妨げとなるものはご遠慮いただく場合もございます。
外出・外泊	外出する際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。 外泊する際には、必ず行き先と外泊先の電話番号を申し出てください。
飲酒・喫煙	原則として禁酒・禁煙と致しますが、ご家族・主治医とご相談の上決定したいと思います。
金銭、貴重品の管理	基本的に金銭、貴重品の預かりは行っていません。 利用者の印章・通帳は一切お預かりしません。 日用品購入等の少額な金額の当事業所での預りが必要な場合は所定の手続きを行って下さい。 居室内での自己管理における、盗難・紛失につきましては責任を負いかねます。
所持品の持ち込み	使い慣れた食器、家具、寝具など持込は自由ですが、危険なものはご遠慮して頂く場合がございます。 持ち物には必ずお名前をご記入ください。
設備、器具の利用	備え付けのものはていねいにお取扱いくださるようお願いします。居室又は備品に通常の保守・管理の程度を超える補修などが必要となった場合は、その費用を負担して頂きます。
行政手続の代行	当事業所では行っておりません。ご家族での対応をお願い致します。
居室の移動	利用者の状態により、居室移動についての依頼がある場合があります。

4　サービス内容

（1）介護保険給付サービス

①食　事

・栄養並びに利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。利用者の残存能力を考慮して自立支援のため、食事作りや配膳・下膳に加わって頂く機会を多く持ちます。摂食・嚥下機能、その他入所者の身体状況、嗜好を考慮した食事を、可能な限り離床して食堂で食事をとることを支援します。

・食事時間は制限しませんが、おおよその目安は次のとおりとします。

朝食　7:00～　昼食　12:00～　夕食　17:00～

②入　浴

入浴又は清拭（週 2 回）ケアプランに基づいて行います。

事前に健康管理を行い、可能な自己動作を促し、適切な介助量で入浴の提供又は清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。

③排　泄

・排泄の自立を促すため、トイレ誘導や可能な自己動作を促し、適切な介助量で援助を行います。

④機能訓練

・利用者の心身などの回復を図る「生活リハビリ」を中心に機能訓練活動を行います。

⑤離床

・寝たきり防止のため、出来る限り離床できるように配慮します。

⑥生活サービス
・日常生活上の世話（離床・着替え・整容・掃除・洗濯など）を、利用者の能力に応じて援助します。
⑦その他自立への支援
・残された能力が最大限発揮できるよう、生活意欲が引き出せるよう、利用者の趣味嗜好に応じて多様なプログラムを取り入れます。
⑧健康管理
・日々必要な健康チェックを行います。
⑨レクリエーション
・必要な娯楽設備を整え、適宜レクリエーション行事を企画します
⑩緊急時の対応
・利用者の容体の変化などがあった場合は、医師に連絡するなど必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。
⑪安全管理
・防災・自然災害等の訓練等設備を含め安全面に常時配慮しています。
⑫相談及び援助
・利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。

(2)介護保険給付外サービス
①理　髪　・・・毎月（月１回）、理髪サービスをご利用できます。
事前に介護スタッフまで、ご連絡下さい。

５　利用料金

（1）利用料　※別紙参照

（2）支払方法
・毎月10日頃までに前月分の請求書をお渡しします。 お支払い方法は口座振替（自動払込）、口座振込みとし、金融機関の指定日に振替させていただきます。入金確認後、領収書を発行します。（翌月利用料金請求書送付時に領収書を発送します。）
（3）料金の変更等
・介護保険関係法令の改正等により料金が変更になる場合は、当該改正の実施日をもって料金を変更いたします。
・食費、日常生活費その他介護保険給付対象外の料金については、変更日の1ヶ月前までに変更の内容と理由を記載した文書で通知することにより、料金変更することができるものとします。

６　入退居に当たっての留意事項

利用者は、認知症であるもののうち、少人数による共同生活を営む事に支障がなく、入院治療を必要としない方とします。
（1）いずれかに該当する者は対象者から除かれます。
①　認知症の症状に伴う著しい精神症状を伴う者
②　認知症の症状に伴い著しい行動異常がある者
③　認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者
（2）入居申込者の入居に際しては、主治医の診断書等により、当該入居申込者が認知症の状態にあることの確認を行います。
（3）入居申込者が入院治療を要する者であること等、入居申込者に対して自ら必要なサービス提供が困難であると認められた場合には、他施設又は医療機関等を紹介する等の適切な措置を速やかに講じます。
（4）利用者の退居に際しては、利用者及びその家族の希望、退居後の生活環境や介護等適切な

援助、指導を行うとともに、居宅支援事業者や保険医療、福祉サービス提供者と密接な連携に努めます。

7 衛生管理等

（1）事業所は、使用する施設・設備・備品は清潔に保持し、定期的な消毒を行い衛生管理を十分に行います。

（2）事業所は、感染症の予防及び蔓延防止のための対策を検討する委員会を年2回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図るものとします。

（3）事業所は感染症の予防及び蔓延防止のための指針を整備し定期的な研修及び訓練を実施します。

8 業務継続計画の策定等について

（1）感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施する。又、非常時の体制で早期の業務再開を図るため計画に沿って必要な措置を講じます。（定期的に業務計画の見直し実施します。）

（2）業務継続計画は職員に周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

9 秘密の保持

（1）事業所及び事業所の職員は正当な理由がない限り、利用者に対する介護サービスの提供に際して知り得た利用者の家族等の秘密を漏らしません。

（2）事業所は、職員が退職後、就業中に業務上知り得た利用者及び家族等の秘密を正当な

（3）理由なく漏らすことがないよう配慮します。

（4）事業所は、事業所が医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等において個人情報を用いる際は、予め文書で利用者の同意を得ます。

10 個人情報の取り扱い

（1）利用者の個人情報の取り扱いについては個人情報保護法を遵守し、個人情報を用いる場合は法人が定めるマニュアルに従い、誠実に対応します。契約者の家族の個人情報においても同様です。

（2） 契約者及び家族の個人情報を使用する期間は、原則としてサービス利用契約期間とします。

11 病院受診

入居後、初回の病院受診は基本として家族が同行し、主治医からの説明や治療の選択の援助を行います。定期の内科受診（六戸診療所、十和田第一病院、高松病院）については施設で対応致します。 しかし、入居後の初回受診、主治医よりご家族様同行求められた場合は受診同行をお願いする場合があります。定期受診以外の病院受診についてはご家族対応での受診をお願いします。

12 虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、管理者を虐待防止に関する担当者と定め、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発防止するために措置を講ずるものとする。

（1）待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。

（2）虐待を防止するための指針の整備を行います。

（3）虐待を防止するための従業者に対する研修の実施

（4）サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを町に通報するものとする

（5）利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
（6）その他虐待防止のために必要な措置

13 身体的拘束その他の行動制限

事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限しません。利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事が考えられて身体的拘束等を行う場合には、次に定める必要な措置を行います。

（1）緊急やむを得ない場合に該当するかどうかの判断は、担当の職員のみでは行わず、事業所全体としての判断が行われるように、予め手続きを定めておく。
（2）本人やその家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努める。
（3）その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する。
（4）緊急やむを得ない場合に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除する。

14 地域との連携

事業者は、提供する指定認知症共同生活介護等を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を目的として運営推進会議を設置しています。

（1）運営推進会議開催（2ヵ月に1回）
施設の活動状況を報告し、会議参加者より意見を頂いたり、必要な要望や助言など聴く機会としています。
（2）報告・評価・要望・助言等、会議の内容については記録作成し、公表するものとします。

15 緊急時の対応方法

利用者に容態の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族に速やかに連絡致します。病状等の状況によっては、事業所の判断により救急車による搬送を要請する場合があります。

第1連絡先			
氏　名		続　柄	
住　所			
電話番号	自宅　　携帯		
第2連絡先			
氏　名		続　柄	
住　所			
電話番号	自宅　　携帯		

ご利用者に容体の変化があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講ずるほか、ご家族に速やかに連絡を致します。

主治医	医療機関名		診療科名	
	氏　名		電話番号	

当事業所では、下記の医療機関に協力を頂いております。

○ 名　　称　　医療法人泰仁会　十和田第一病院
○ 住　　所　　青森県十和田市東三番町10−70
○ 電話番号　　0176－22－5511

16　事故発生時の対応

事業所は、利用者に事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族等、担当の介護支援門員及び市・町・県に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。 利用者に対する認知症対応型生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。ただし、当該損害について事業者の故意・過失等の責任を問えない場合はこの限りではありません。当事業所は、あいおいニッセイ同和損保の介護保険・社会福祉事業者総合保険を契約しています。

17　サービス内容に関する相談・苦情

当施設御利用者相談・苦情担当　下田孝子　　℡　0176－70－1200
第三者委員　　佐々木　誠一郎　℡　0178－24－1611
　　田中　栄寿　℡　0176－55－2832
六戸町役地域包括支援センター　福祉課　℡　0176－27－6688
青森県国民健康保険団体連合会（苦情処理委員会）℡　017－723－1336

18　第三者による評価の実施状況

（1）当事業所では提供しているサービスの内容や課題等について第三者の観点から評価を実施しております。
（2）実施状況
　① 実施日　　:令和 5 年 12 月 20 日
　② 実施機関　　:社会福祉法人　青森県社会福祉協議会（地域密着型サービス外部評価）
　③ 結果の開示　:　あり

19非常災害対策

（1）　事業所に災害対策に関す　る担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
（2）　非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、定期的に従業員に周知します。

防災設備	自動火災報知器・誘導灯・消火器・スプリンクラー
防災訓練	年2回以上の避難、救出、その他の訓練を行っています。
防火責任者	下田　孝子

＊上記以外に自然災害の訓練を年 2 回実施します。

20退居手続

（1）契約の終了

①利用者の介護状態区分が変更され、非該当（自立）又は要支援1と認定されたとき。

②利用者が死亡したとき。

③利用者が事項（2）により解約したとき。

④事業者が次々項（3）により解約したとき。

⑤利用者が共同生活住居を離れて3ヶ月を経過したとき。又は、3ヶ月以上離れることを予定して他所へ移転したとき。

⑥　利用者が、他の介護保険施設へ入所することとなったとき。

（2）利用者による契約終了

①利用者は、事業者に対して、14日間の予告期間をおいて通知することにより、いつでもこの契約を解約することができます。

②利用者は、以下の事由に該当した場合、直ちにこの契約を解約することができます。

・事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合。

・事業者が、守秘義務に違反した場合。

・その他、介護保険法関連法令及びこの契約などに定める事項に著しく違反した場合。

（3）事業者による契約終了

①事業者はやむを得ない事情がある場合、利用者に対して30日間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り、この契約を解約することができます。

②利用者が次の各号の事由に該当する場合は、事業者は利用者に対して文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

・利用料その他事業者に支払うべき費用を3ヶ月以上滞納し、その督促をしたにも関わらず30日以上滞納したとき。

・共同生活住居を損傷する行為を反復したとき。

・入院治療（14　日以上）が必要となるなど、利用者が自ら介護サービスを利用困難となったとき。

・他の利用者の生活又は健康に重大な危険を及ぼし、又は他の利用者との共同生活の継続を著しく困難にする行為をなしたとき。

・利用者又はその家族が、事業者や職員に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行ったとき。

21　情報公開について

事業所が実施する事業の内容について、HP：www.sg-momijikai.com において公開しています。

令和　　年　　月　　日

事業所は、利用者へのサービス提供開始に当たり、上記のとおり重要事項を説明しました。

説　明　者　　所 在 地　青森県上北郡六戸町大字犬落瀬字権現沢54－636
事業所名　グループホームにこにこプラザ六戸
職　　名
氏　　名　　印

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。また、医療上の緊急受診の必要がある場合、又はサービス担当者会議等において個人情報を用いることに同意します。

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（身元引受人）

私は、本人に代わり、上記署名・捺印を行いました。私は、本人の契約意思を確認しました。

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
本人との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（連帯保証人）

私は、サービス利用中は事業所管理者の指示に従うとともに、利用料金の支払い及び損害賠償の事項について同契約書、重要事項説明書の内容を遵守することを、利用者本人、代理人と連携して約します。

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
本人との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿