

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

グループホーム東大阪

# 重要事項説明書

様

株式会社ハートコーポレーション



## 重要事項説明書

### 1. 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を提供する事業者について

事業者名称	株式会社ハートコーポレーション
代表者氏名	代表取締役 山田 一美
本社所在地	大阪府豊中市末広町1丁目2番16号 TEL : 06-6857-0231 FAX : 06-6855-5595
法人の理念	1. 明るく、楽しい、家庭的な環境 2. 安心、快適、尊厳のある生活 3. 入居者に応じた自立を支援

### 2. 利用者に対してサービス提供を実施する事業所について

#### (1) 事業所の所在地等

事業所名称	グループホーム東大阪
介護保険指定 事業者番号	東大阪市指定 2795001136
事業所所在地	大阪府東大阪市横枕1番21号
連絡先 相談担当者名	TEL : 072-967-6800 FAX : 072-967-6808 グループホーム東大阪 荒木 由香理
利用定員	27名

#### (2) 主な設備

共同生活住居数	3 ユニット
居室数・面積	ユニット 1 9室 9.88㎡
	ユニット 2 9室 9.88㎡
	ユニット 3 9室 9.88㎡
食堂数・面積	ユニット1 1ヶ所 29.60㎡
	ユニット2 1ヶ所 26.05㎡
	ユニット3 1ヶ所 26.05㎡
トイレ数	ユニット 1 2ヶ所
	ユニット 2 2ヶ所
	ユニット 3 2ヶ所
浴室数	ユニット 1 1ヶ所
	ユニット 2 1ヶ所
	ユニット 3 1ヶ所

#### (3) 事業の目的及び運営の方針について

事業の目的	要介護状態にある認知症高齢者の社会的孤立感の解消・心身機能の自立並びにその家族の身体的・精神的な負担の軽減を図る事を目的とし、認知症対応型共同生活介護サービスを提供する。
運営の方針	市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者等、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携を図り、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立ったサービスに努める。

#### (4) 事業所の職員体制について

管 理 者	荒木 由香理
-------	--------

職 種	常勤	非常勤	職務内容
管理者	名		事業所内の管理業務全般
計画作成担当者	名	名	利用者の介護計画の作成等
介護従事者	名	名	利用者の日常生活の世話

(令和 年 月 日現在)

#### (5) 事業所介護職員勤務体制

昼間の体制 (5時～22時)	入居者3名に対して1名 (常勤換算)
夜間の体制 (22時～5時)	3名

#### (6) サービスの内容

具体的なサービス内容については、個別の「認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画」に定めるものとします。

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
日常生活支援	居室及び共用部分の清掃・整理・ごみの処理、日常衣類の洗濯、リネン類の交換など日常生活の支援。
食事の提供	1日3食及び茶菓子の提供、栄養管理
介 護	入浴・排泄・食事・移動・着脱衣・洗面等の介助、その他必要な見守り。
健康管理	日常の健康管理

#### (7) 利用者の条件

利用者の条件	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 契約締結時に原則満65歳以上の方。</li><li>・ 介護保険の要介護認定で要介護または要支援2、かつ主治医の診断書等で「認知症である」と認定されている方。</li><li>・ 常時または随時、身の回りのお世話や見守りが必要な方。</li><li>・ 既定の利用料の支払いが可能な方。</li><li>・ 公的な医療保険及び介護保険に加入されている方。</li><li>・ 利用者代理人兼連帯保証人を定められる方。</li><li>・ 住民票の住所が本施設の所在する市町村内にある方。</li><li>・ 当ホームの運営規定・利用契約書等をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方。</li></ul>
利用をお断りする場合	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 医療機関への恒常的な入院加療を必要とするなど、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。</li><li>・ 自傷・他害の恐れがある方。</li><li>・ 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。</li></ul>

#### (8) 利用者代理人兼連帯保証人の条件・義務

利用者は利用者代理人兼連帯保証人を1名定めていただきます。利用者代理人兼連帯保証人(以下「代理人」という)は成人の個人とします。

- ・ 当ホームの利用契約から生じる、利用者すべての債務について、利用者と連帯して極度額50万円の範囲内で履行の責を負います。

- ・利用契約終了時の利用者の身柄の引き取り。
- ・介護サービス提供契約書への同意。
- ・利用者の治療、入院に関する手配の協力。
- ・利用者の治療に関して、医療機関から医療同意を求められ利用者がその意思を示すことができない場合、利用者に代わってその対応及び手続を行うこと。
- ・利用契約終了時に利用者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など。

※利用者代理人兼連帯保証人が上記義務の履行が困難になった場合には、利用者は新たな利用者代理人兼連帯保証人を速やかに選定し、ホームへ通知することとします。

#### (9) 協力提携施設・協力医療機関

協力歯科	松本歯科医院 大阪府豊中市曾根西町3丁目7番3	TEL : 06-6841-8270
協力医療機関	医療法人 恵愛会 すこやかクリニック 大阪府大阪市中央区天満橋京町1番27号6階	TEL : 06-6949-6540
	上田整形外科 (内科有り) 大阪府東大阪市角田1丁目7番15号	TEL : 072-961-4665

#### (10) 緊急時の対応

- 1 従業者は、サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又は事業所が定めた協力医療機関に連絡する等の処置を講じるとともに、管理者に報告する。また、主治医への連絡が困難な場合は、「河内総合病院」に連絡し緊急搬送等の必要な措置を講じるものとする。

河内総合病院	大阪府東大阪市横枕1-31	TEL : 072-965-0731
--------	---------------	--------------------

- 2 利用者に対する事業の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとする。
- 3 利用者に対する認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合は、その事故の状況及び事故に際してとった処置について記録する。
- 4 事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止の対策を講じる。
- 5 利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとする。

#### (11) 体調悪化時の対応

- 1 事業者は、利用者に体調不良が発生した場合に速やかに適切な医療サービス・御家族様と連携をとり対応する。
- 2 事業者は、前項の体調不良に際してとった対応内容を記録する。
- 3 利用者の体調不良による定期的な通院 (リハビリを含む) に関しては、御家族の通院介助となります。

(12) サービス及び利用料金

保険給付サービス	<p>食事・排泄・入浴・着替えの介助等、日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談、援助等。</p> <p>上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度別に定められた金額(省令等により変動有り)が利用金額となります。</p>
保険対象外サービス	<p>理容調髪費 実費 (その他特別料金は別途ご相談致します) (料金の改定は理由を付して事前に連絡致します)</p>
敷金(敷引き)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・契約債務の担保金として、敷金をお預かりします。</li> <li>・敷金は消費税非課税です。又、敷金には利息は付きません。</li> <li>・敷金は150,000円です。又、退居時に敷金と相殺するものとして介護保険自己負担金、個人で使用した品等の未精算利用額、退居後の専門業者による室内清掃消毒修繕・粗大ゴミの処分費用を頂きます。</li> <li>・契約終了は、契約終了日と居室の明け渡し完了日との、いずれか遅い日が属する月の翌月末日までに返還金を銀行口座への振り込みにより返金します。</li> </ul>
家賃	42,000円(非課税)
食材料費の提供	<p>1日1,280円(税込)(朝290円、昼443円、夜547円)</p> <p>30日の場合 38,400円</p> <p>31日の場合 39,680円</p> <p>28日の場合 35,840円</p> <p>29日の場合 37,120円</p>
管理費	33,498円/月(税込)
個人消耗品の費用	個人で使用した品又は要望のあった物(新聞や嗜好品・介護用品等)に関しては実費精算で自己負担となります。
医療費	実費
支払い方法	<p>利用料等の支払は、月毎に発行する利用明細書を添えた請求書を毎月20日頃送付致します。その内容は前月に使用した介護保険自己負担金等と翌月の利用料金を合計したものです。原則として利用者、ご家族の指定する金融機関の口座からの自動振替とします。尚、別途口座振替手数料が必要となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用契約締結時に口座振替の手続きをご案内します。</li> <li>・金融機関での手続きが完了するまでの1~2か月間は銀行口座へのお振込みとなります。</li> <li>・指定振込口座への振り込みによるお支払いも可能です。その場合の振込料はお客様のご負担となります。</li> </ul> <p><b>【事業者指定口座】</b>          紀陽銀行 大阪堂島営業部          普通預金 口座番号2831          口座名義 株式会社ハートコーポレーション (フリガナ)カブシキガイシャハートコーポレーション</p> <p>正当な理由無く2ヶ月以上滞納された場合は契約解除となる場合があります。</p>
入院、外泊時の費用の取扱いについて	入院及び外泊された場合は食材料費のみ3食摂られなくなった日から帰所される日の前日までを日割り計算にて返金させて頂きます。家賃及び管理費については定額請求となります。

## 【保険給付サービス基本料金】

地域区分 5級地 10.45円

2024年度介護報酬改定単位にて算出（2024年6月1日）

要介護度	1日当たりの認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)	1日当たりの介護費の10割	1日当たりの自己負担(1割)	1日当たりの自己負担(2割)	1日当たりの自己負担(3割)
要支援2	749単位	7,827円	783円	1,566円	2,349円
要介護1	753単位	7,868円	787円	1,574円	2,361円
要介護2	788単位	8,234円	824円	1,647円	2,471円
要介護3	812単位	8,485円	849円	1,697円	2,546円
要介護4	828単位	8,652円	866円	1,731円	2,596円
要介護5	845単位	8,830円	883円	1,766円	2,649円
<b>【各加算】</b>					
医療連携体制加算(1-ハ)	37単位	386円	39円	78円	116円
医療連携体制加算(Ⅱ)	5単位	52円	6円	11円	16円
若年性認知症受入加算	120単位	1254円	126円	251円	377円
初期加算	30単位	313円	32円	63円	94円
	入居後30日間及び、30日を超える入院後30日間に上記金額が加算されます。				
入院時費用	246単位	2,570円	257円	514円	771円
	《算定要件等》 利用者に、病院または診療所に入院する必要が生じた場合で、入院後3か月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、利用者・家族の希望を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び同じ事業所に円滑に入居できる体制を確保。利用者が医療機関への入院を要した場合には1ヵ月に6日（※入院日・退院日除く上限12日）を限度として、1日に付き所定単位算定します。				
	単位数/1ヶ月	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
新興感染症等施設療養費	240単位	2,508円	251円	502円	753円
	1月に1回、連続する5日を限度として上記金額が加算されます。				
科学的介護推進体制加算	40単位	418円	42円	84円	126円
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5単位	52円	6円	11円	16円
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	120単位	1254円	126円	251円	377円
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10単位	104円	11円	21円	32円
退居時情報提供加算(1回のみ)	250単位	2,612円	262円	523円	784円
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	17.8% (認知症対応型共同生活介護費+対象加算)×178/1000に相当する額を加算)				

## (13) サービスの提供にあたって

- 1 サービスの提供に先だて、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)及び認知症の状態等を確認させて頂

きます。被保険者の住所などに変更があった場合は、速やかに当事業者にお知らせ下さい。

- 2 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境をふまえて、援助の目標、当該目標を達成する為の具体的なサービス内容等を記載した認知症対応型共同生活介護計画及び予防認知症対応型共同生活介護計画(以下「ケアプラン」という)を作成致します。尚、作成した「ケアプラン」は、利用者又は家族にその内容を説明致しますので、ご確認頂くよう御願ひ致します。
- 3 サービスの提供は「ケアプラン」に基づいて行います。  
尚、「ケアプラン」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更する事が出来ます。

#### (14) 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次に上げるとおり必要な処置を講じます。

- 1 成年後見制度の利用支援
- 2 苦情解決体制の整備
- 3 従業者に対する虐待防止を啓発・普及する為の研修の実施

#### (15) 身体拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束等を行いません。但し、自傷他害等の恐れがある場合等、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事が考えられる時は、利用者又はその家族に対して説明し同意を得た上で、次に掲げる事に留意して、必要最小限の範囲内で行う事があります。その場合は、身体拘束等を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

又、事業者として身体拘束等を無くしていく為の取り組みとして「身体拘束等廃止・虐待防止委員会」を年4回、研修を入職時及び年2回定期開催する等を積極的に行います。

- 1 緊急性 …… 直ちに身体拘束等を行わなければ、利用者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶ事が考えられる事が考えられる場合に限りします。
- 2 非代替性 …… 身体拘束以外に、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事を防止する事が出来ない場合に限りします。
- 3 一時性 …… 利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事が無くなった場合は、直ちに身体拘束等を解除します。

#### (16) 秘密の保持について

事業者及び従業者は、サービス提供上知り得た利用者及び利用者関係者の個人情報を第三者に漏らす事はありません。但し、下記の場合については正当な理由として個人情報を指定された第三者に必要最小限開示します。

- 1 利用者が健康上の診断を受ける際の医師への説明。
- 2 利用者を担当するケアマネージャーへの介護上の説明。
- 3 利用者に対して、関係諸官庁、諸機関よりの指示・問い合わせ。
- 4 その他利用者に関して、利用者及び直接間接に第三者に危険があると事業者が判断する場合。



#### (17) 個人情報の取扱いについて

- 1 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。
- 2 事業所が得た利用者の個人情報については、事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的に使用しないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得ます。

#### (18) 住居の利用にあたっての留意事項について

来訪・面会	面会時間：原則として9時～18時 来訪者は必ずその都度面会簿にご記入下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出て下さい。
居室・設備・器具の利用	居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合は弁償して頂く事があります。
喫煙	全館禁煙となっております。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為は、ご遠慮下さい。 又、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないで下さい。
宗教活動・政治活動	住居内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動は、ご遠慮下さい。
動物飼育	住居内へのペットの持ち込み及び飼育は、お断り致します。

#### (19) 事故発生時の対応方法について

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な処置を講じます。又利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

尚、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
保険名	全国認知症協会「総合保障制度」
補償の概要	介護サービス提供中における怪我などの補償

#### (20) サービス提供の記録について

- 1 サービスの提供に関する記録は、サービスを提供が終了した日から5年間保存します。
- 2 利用者は事業者に対して、保存されているサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求する事が出来ます。

#### (21) 非常災害対策について

- 1 事業所に災害対策に関する担当者を置き、災害対策に関する取組を行います。
- 2 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- 3 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

## (22) 衛生管理について

- 1 サービス提供に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な処置を講じます。
- 2 事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように必要な処置を講じます。
- 3 食中毒及び感染症の発生を防止する為の処置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

## (23) 通常損耗補修特約について

- 1 原状回復（賃借人の故意・過失、善管注意義務違反、その他通常の使用を超えるような使用による損耗・毀損、残置物処分）と下記の通常損耗や経年変化の修理費用は、入居者の負担とします。（※ご請求金額は原状回復+（1）+（2）+（3）となり、（1）+（2）+（3）の算出方法は下記の通りとなります。）

(1) 明け渡し後の貸室全体の清掃・洗淨・消毒（クリーニング費用） 7,700 円

(2) 明け渡し後の貸室全体のクロスの傷・汚れ・経年劣化部分 935 円/m  
但し、貸室全体クロス一式張替えの場合は上限を 43,010 円とし、その半額を負担とする。

(3) 明け渡し後の貸室全体の床の傷・汚れ・経年劣化部分  
・クッションフロアー 2,860 円/m<sup>2</sup>                      ・ソフト巾木 495 円/枚  
但し、貸室全体床一式張替えの場合は上限を 33,165 円とし、その半額を弊社負担とする。

## (24) サービス提供に関する相談・苦情について

- 1 相談・苦情に関する窓口として相談担当者を設け、又担当者以外の場合でも事業者の誰もが対応可能なように相談苦情管理対応シートを作成し確実に引き継ぐ体制を敷いています。
- 2 管理者は相談・苦情があった場合は介護職員に事実関係の確認を行うものとし、又その内容に基づき必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに利用者及びその家族へは必ずその対応方法を含めた結果報告を行う事とします。
- 3 事業所において処理し得ない内容については、行政窓口等関係諸機関との協力により適切な対応方法を利用者の立場に立って検討し対処する。又、匿名意見などを配慮する為に投書箱の設置をします。
- 4 事業所及び行政の苦情相談窓口は下記の通りです。

<b>【事業所の相談窓口】</b>	グループホーム東大阪 荒木 由香理 所在地 大阪府東大阪市横枕1番21号 電話番号 072-967-6800 (受付時間 9時~18時)
<b>【市町村の窓口】</b>	東大阪市福祉部指導監査室・法人高齢施策課 所在地 大阪府東大阪市荒本北1丁目1番1号 電話番号 06-4309-3315 (受付時間 9時~17時30分) (土日祝日休み)

【公的団体の窓口】	大阪府国民健康保険団体連合会 所在地 大阪府大阪府中央区常盤町1丁目3番8号 電話番号 06-6949-5418 (受付時間 9時~17時)
	大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会 「福祉サービス苦情解決小委員会」 大阪府中央区谷町7丁目4番15号 大阪府社会福祉会館2階 電話番号 06-6191-3130 (受付時間 9時~17時) (土日祝日休み)

(25) 運営推進会議の概要について

運営推進会議の目的	サービスの提供に関して、提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議から評価・要望・助言を受け、サービスの質の確保及び適切な運営が出来るよう設置します。
委員の構成	利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する市町村の職員、事業所が所在する区域を管轄する地域包括センターの職員、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について知見を有する者。
開催の時期	概ね2ヶ月に1回開催します。

(26) 第3者評価実施状況

実施の頻度	年1回実施 ※外部評価実施回数緩和要件を満たし、市町村より実施回数の緩和を受けた場合は2年に1回とする。
実施年月日	2023年12月2日
調査実施機関名	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ
当該結果の開示状況	WAMNET (福祉・保健・医療の総合情報サイト)

(27) 重要事項説明の年月日について

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記内容について「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）」第108条により準用する第9条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府豊中市末広町1丁目2番16号	
	法人名	株式会社ハートコーポレーション	
	代表者名	代表取締役 山田 一美	印
	事業所名	グループホーム東大阪	
	説明者氏名	荒木 由香理	印

私は本書面により事業所から介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護についての説明を受け同意しました。

年 月 日

説明を受けた者の氏名及び捺印

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ (契約者との関係 \_\_\_\_\_)