

グループホーム



重要事項説明書

(短期利用)

当事業所は、ご契約者様に対して認知症高齢者グループホーム（認知症対応型短期利用共同生活介護・介護予防認知症対応型短期利用共同生活介護）を提供いたします。施設の概要や、提供されるサービスの内容、利用料金等、契約上注意していただきたい内容を次のとおり説明します。

アライヴ株式会社グループホームあいむ

重要事項説明書（短期利用）

作成：令和4年10月1日

1. 事業主体概要

事業主体名	アライヴ 株式会社
法人の種類	株式会社
代表者名	奥田 寛
所在地	大阪市住吉区南住吉2丁目6-2
資本金（出捐金）	10,000,000 円
法人の理念	高齢化社会において、介護を必要とする高齢者をご利用者の立場となり、尊厳ある人生を過ごしていただけるように見守り支えることにより、社会生活の安心と充実に寄与する。 この事業を通じて、従業員と関係者の幸福を念願する。
他の介護保険関連の事業	グループホームあいむ デイサービス
他の介護保険以外の事業	なし

2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム あいむ 当短期利用事業所は、アライヴ株式会社グループホームあいむ内にて 共通して運営されています
ホームの目的	本事業は、認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とする。

ホームの運営理念	認知症になっても、「自分が生きていること」を実感しながら、能動的にその人らしい生活を継続していく。 これが「あいむ＝I ‘m (I am・・・)」の名称の由来であり、その実現のために「個々に寄り添うケア」を実践していきます。 そして、グループホーム生活ならではの、共同生活者同士の同年代グループパワーを引き出し、社会生活を楽しみ充実した日々を送っていただく様努めます。 また、地域のグループホームとして、お年寄りとそのご家族のために、人々のために、地域社会のために、健全で安らかな生活を提供し、老人福祉に貢献することを通じて、職員の幸福に繋がることを目指してまいります。 － 基本理念標語－ わたしも みんなも 一緒に楽しい生活
ホームの運営方針	本事業所において提供する認知症対応型短期利用共同生活介護・介護予防認知症対応型短期利用共同生活介護は、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する。 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する。 利用者及びその家族に対し、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する。 適切な介護技術を持ってサービスを提供する。 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う
ホームの責任者	(管理者) 稲垣 尊正
開設年月日	平成 16 年 10 月 1 日
保険事業者指定番号	2772001539
所在地、電話・FAX 番号	(電話) (06) 6695－5502 (FAX) (06) 6695－5509
交通の便	地下鉄御堂筋線 長居駅下車 7 分 J R 阪和線 長居駅下車 8 分 南海高野線 沢の町駅下車 8 分
敷地概要 (権利関係)	515.21㎡ (関係会社よりの借地)
建物概要 (権利関係)	構造：鉄骨造 3 階 延床面積：999.48㎡ (関係会社よりの賃借)
居室の概要	フローリングクッションフロア敷き個室、物入れ、自動洗面台、エアコン、ベッド
共用施設の概要	食堂、居間、茶の間、浴室、洗濯室、ベランダ 便所各階 3 箇所 (内車イス対応 1)、エレベーター

緊急対応方法	主治医及び連携医療機関と提携して支援・協力体制を整備
防犯防災設備 避難設備等の概要	自動火災警報器、スプリンクラー、防火扉、避難ベランダ等設置
損害賠償責任保険加入先	公益社団法人日本認知症高齢者グループホーム協会総合補償制度加入

3. 職員体制（主たる職員）

職員の職種と職務の内容	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等 内 容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者 従業者及び業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うと共に、法令等において規定されている認知症対応型共同生活介護の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項について指揮命令を行う	1 人		1			介護支援専門員・介護福祉士	認知症介護指導者研修
計画作成担当者 適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成するとともに、連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、医療機関との連絡・調整を行う	1 人		1			介護支援専門員	認知症介護実践者研修
介護従事者 利用者に対し必要な介護及び世話、支援を行う	45 人	10	3	32		介護福祉士 13 ヘルパー 2 級・初任者・実務者研修 12	認知症介護指導者研修 1 名 認知症介護リーダー研修 1 名 認知症介護実践者研修 6 名
看護師 利用者に対し必要な健康管理、助言、医師との連携支援を行う	1 人			1		看護師	

4. 勤務体制（3ユニット）

昼間の体制	6～9 人
夜間の体制	3 人 宿直・夜勤の別： 夜勤

5. 利用定員

利用定員	1 ユニット当たり定員 9 人、（ユニット数：3 ユニット）総定員 27 人 指定認知症対応型短期利用共同生活介護・介護予防認知症対応型短期利用共同生活介護事業の利用定員は、事業所の利用定員の範囲内で空いている居室（長期外泊者の居室を含む）や短期利用者専用の居室等を利用し、一つの事業所（3 ユニット）において 1 名とする。 また、前述の定員とは別途に介護支援専門員が緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護を受けることが必要と認めた者に対し、居宅サービス計画において位置付けられていない場合において、個室またはプライバシーに配慮した個室的なしつらえにて、利用定員を超えて一つの共同生活住居（1 ユニット）に 1 名まで受入ることが出来ます。
------	--

6. ホーム利用にあたっての留意事項

(1) 利用基準

利用者が次の各号に適合する場合、グループホームあいむでの指定認知症対応型短期利用共同生活介護・介護予防認知症対応型短期利用共同生活介護サービスを、連続30日以内の範囲で利用できます。緊急時の特例の場合は7日を限度の利用とするが、やむを得ない事情がある場合には14日以内とすることができる。

- ① 要支援2、要介護1～5の被認定者であり、かつ認知症の状態にあること
- ② 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと
- ③ 他人に害を及ぼさないこと
- ④ 常時医療機関において治療をする必要がないこと
- ⑤ 本契約に定めることを承認し、重要事項説明書に記載する事業者の運営方針に賛同できること

(2) 契約期間

本契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までとします。

(3) 契約期間と利用期間

本契約でいう「契約期間」とは、前項に定める契約の有効期間をいい、「利用期間」とは、契約期間内において、事業者が契約者に対して、現に指定認知症対応型短期利用共同生活介護・介護予防認知症対応型短期利用共同生活介護サービスを実施する期間をいいます。

(4) 利用の中止・変更・追加

- ① 利用者及び利用者代理人は前項に定める利用期間前において、指定認知症対応型短期利用共同生活介護・介護予防認知症対応型短期利用共同生活介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、利用者及び利用者代理人はサービス開始日の前日までに事業者申し出るものとします。
- ② 利用者及び利用者代理人が利用開始日に利用の中止を申し出た場合は、重要事項説明書に定める所定の取消料を事業者にお支払いいただく場合があります。但し利用者の体調不良等正当な事由がある場合はこの限りではありません。
- ③ 事業者は利用者及び利用者代理人からのサービス利用の変更・追加の申し出に対して希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用期間を提示して協議するものとします。
- ④ 利用者及び利用者代理人は利用期間中であっても、サービスの利用を中止することができます。この場合、利用者及び利用者代理人はすでに実施されたサービスに対する利用料金の精算と居室等の原状回復義務を利用最終日に行うものとします。

(5) 契約の終了

次の各号の一に該当する場合は、この契約は終了します。

- ① 要介護の認定更新において、利用者が自立もしくは要支援 1 と認定された場合
- ② 利用者が死亡した場合
- ③ 利用者又は利用者代理人が本契約の解除を通告し、予告期間が満了した日
- ④ 事業者が本契約の解除を通告し、予告期間を満了した日

(6) 利用者の中途解約・契約解除

利用者及び利用者代理人は事業者に対し、本契約の有効期間中、本契約を解除することができます。この場合には、利用者及び利用者代理人は契約終了を希望する日の 1 日前までに事業者へ通知するものとします。

(7) 事業者の契約解除

事業者は利用者及び利用者代理人に対し、次の各号に該当する場合においては、適切な予告期間において、この契約を解除することができます。

ただし、事業者は、解除通告をするに当たっては、次の第 2 号を除き利用者及び利用者代理人に十分な弁明の機会を設けるものとします。

- ①利用者及び利用者代理人が契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせたとき
- ②伝染性疾患により他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあると医師が認め、かつ利用者の退去の必要があるとき
- ③利用者の指定認知症対応型短期利用共同生活介護・介護予防認知症対応型短期利用共同生活介護サービス利用が連続して 30 日を超過したとき。(緊急時特例は基本 7 日、やむを得ない事情がある場合は 14 日)
- ④次のいずれかに該当し、小人数による共同生活を営むことに支障が生じると事業者が判断したとき。
 - ㊦ 認知症状に伴う著しい精神状態を伴うとき。
 - ㊧ 認知症状に伴う著しい行動異常があるとき。
 - ㊨ 認知症の原因となる疾患が急性の状態にあるとき。
 - ㊩ 身体的能力の低下が著しく、介護の重度化が長期に亘るおそれがあるとき。
- ⑤利用者又は利用者代理人が故意に法令その他本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき

7. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等 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応じて定められた金額(省令により変動有り)が自己負担となります。 ①基本料金 1日あたりの自己負担分(1割の場合) ・要支援2 832円 ・要介護1 836円 ・要介護2 875円 ・要介護3 900円 ・要介護4 919円 ・要介護5 936円
保険給付サービス	2 加算料金 ・認知症行動・心理症状緊急対応加算 214円 (入居開始から7日間) ・若年性認知症利用受入加算 129円 ・医療連携加算 42円 (1日につき) ・サービス提供体制強化加算Ⅲ 6円 ・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 合計×11.1%円 (1日につき) ・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) 合計×2.3%円 (1日につき) ・介護職員等ベースアップ等支援加算 合計×2.3%円 (1日につき)
滞在費	1日あたり 3,500円
食費	1日あたり 1,236円
保険対象外サービス	下記のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。
個人消耗品の費用	個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。
退去時	退去の通知は1日前に書面でもって必ずご連絡ください。 (死亡時を除く) 現状復帰費用として、利用者の故意や不注意により、汚損(汚物等による異臭を含む)した畳・襖・壁紙やフローリング等の張替や取替費用、業者による特殊な除臭・洗浄費用、設備・備品の補修費用等(業者見積にて事前にご確認いただけます)を実費ご負担願います。 ただし、自然消耗・自然損傷、画鋸などによる軽微な穴の補修は費用のご負担をいたしません。

介護要基準日額費用 (例:1割自己負担の場合)

要支援2	5,866円
要介護1	5,870円
要介護2	5,916円
要介護3	5,945円

要介護4

5,835 円

要介護5

5,986 円

8. 費用の支払いについて

利用料の支払いは、利用開始前に利用予定日数分の預かり金（1日あたり 6,000 円）を現金徴収し、利用最終日に精算するものとする。

9. 秘密保持と個人情報の保護（使用同意）について

- ①事業所は、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」およ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り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努める。
- ②従業者は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持する。
- ③従業者であった者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。
- ④事業所は、利用者の医療上緊急の必要がある場合またはサービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いる場合は当該家族の代表者の同意を、あらかじめ文書により得たうえで、必要な範囲内で行う。

10. 事故発生時の対応

当事業所が利用者に対して行うサービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、当事業所が利用者に対して行った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、不可抗力による場合を除き、損害賠償を速やかに行います。但し、利用者に重過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除されまたは賠償額を減額されることがあります。

事業者は、万が一の事故発生に備えて上記の損害賠償責任保険に加入しています。

11. 緊急時等における対応方法

- ①指定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従業者は、指定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措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、緊急搬送等の必要な措置を講じるものとする。
- ②利用者に対する指定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利用者に対する指定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

の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、不可抗力による場合を除き、損害賠償を速やかに行うものとする。

1 2. 非常災害対策について

非常災害に備えて、消防計画、風水害や地震等に対処する計画を作成し、防火管理者又は責任者を定め、年 2 回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。また、協力医療機関や連携施設等との連携方法や支援体制について定期的に確認を行うものとする。

非常災害時連絡先

行政統括窓口機関	大阪市高齢福祉局高齢者施策部介護保険課指定・指導グループ 連絡先：06-6241-6310
地域行政機関	大阪市住吉区役所保健福祉センター保健福祉課（介護保険担当） 連絡先：06-6694-9859

1 3. 身体拘束等の適正化のための指針・手続きおよび虐待防止について

- ①事業所は、当該利用者の生命又は身体を保護するために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（以下「身体的拘束等」）を行わない。
- ②前項の規定による身体的拘束等は、あらかじめ利用者の家族に説明を行い、同意を得た場合のみ、その条件と期間内においてのみ行うことができる。
- ③前各項の規定による身体的拘束等を行う場合には、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等を記録し、保存するものとする。また、定期的に適正化・代替方法の検討を行い記録し、保存するものとする。
- ④事業所は、身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回開催し、その結果について介護職員その他の従業者に周知徹底を図る。
- ⑤事業所は、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施する。
- ⑥事業所は、「高齢者虐待防止法」に基づく、高齢者虐待・不適切なケアの対策・防止策を講じる。また、高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、区役所または地域包括センターに通報を行う。

1 4. 連携・協力医療機関

協力医療機関名	松本クリニック（定期往診）	松原市一津屋 5-9-5	0723-36-7264
	医療法人 杉本医院（定期往診）	大阪市西成区山王 3-16-7	06-6641-7853
	医療法人紀陽会長居クリニック	大阪市住吉区南住吉 2-6-2	06-6698-2200
	医療法人慈心会 あびこ病院	大阪市住吉区我孫子 3-3-20	06-6691-1155
	医療法人錦秀会 阪和病院	大阪市住吉区南住吉 3-3-7	06-6692-1181
	医療法人紀陽会 田仲北野田病院	堺市北野田 707	0722-35-1055
	医療法人弘善会 矢木脳神経外科病院	東成区東今里 2-12-1306	6978-2307

診療科目	精神神経科、内科 医院 内科、整形外科 医院 内科、人工透析 医院 総合病院 総合病院 総合病院 外科、脳外科、整形外科 病院
協力医師	氏名：松本紳一郎 院長 氏名：杉本秀樹 院長 氏名：田中利一 常勤・非常勤の別：常勤 氏名：中作 茂 他 常勤・非常勤の別：常勤 氏名：大西光幸 他 常勤・非常勤の別：常勤 氏名：田仲紀子 他 常勤・非常勤の別：常勤 氏名：矢木崇善 他 常勤・非常勤の別：常勤
協力歯科医院名	尾島歯科医院 尾島裕夫 大阪市住吉区南住吉 2-7-1 06-6695-0341

15. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	グループホームあいむ 担当者氏名：(管理者) 稲垣尊正 連絡先：06-6695-5502
苦情相談行政統括窓口機関	大阪市高齢福祉局高齢者施策部介護保険課指定・指導グループ 大阪市中央区船場中央 3-1-7-331号 連絡先：06-6241-6310
苦情相談行政機関	大阪市住吉区役所保健福祉センター保健福祉課（介護保険担当） 大阪市住吉区南住吉 3-15-55 連絡先：06-6694-9859
苦情相談保健機関	大阪府国民健康保険団体連合会介護保険課 大阪市中央区常盤町 1-3-8号 連絡先：06-6949-5446

令和 年 月 日

本書面に基づいて重要事項の説明をいたしました。

(事業者)

ホーム名： アライヴ株式会社 グループホーム あいむ

住所： 大阪市住吉区南住吉2-6-2

説明者名 _____ 印 _____

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認サービスの提供に同意いたします。

(利用者)

住所

氏名 _____ 印 _____

(代筆: _____)

(利用者代理人)

住所

氏名 _____ 印 _____

(利用者との関係：)

(身元引受人)

住所

氏名 _____ 印 _____

(利用者との関係：)