認知症対応型共同生活介護施設
重要事項説明書

社会福祉法人 明日檜

令和6年8月1日版

認知症対応型共同生活介護施設重要事項説明書

1, グループホーム シルクロード 鎌水の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	グループホーム シルクロード鎌水
所在地	東京都八王子市鎌水 141 番地
介護保険指定番号	認知症対応型共同生活介護 (介護保険事業所番号-1392900161)

(2) 同施設の職員体制

	1 階	2 階
管 理 者	ホ ー ム 長	
介護計画担当者	1 名	1 名
介護職員	日中利用者 3 名に対し 1 名	日中利用者 3 名に対し 1 名
夜 勤 者	各階に夜勤者 1 名 (都合 2 名体制)	

(3) 同施設の設備概要

	1 階	2 階
居 室 (一人部屋)	9 室 (各居室 11.9 m ² 、洗面・押入 1.17 m ²)	9 室 (各居室 11.9 m ² 、洗面・押入 1.17 m ²)
居間・食堂	1 室 (29.50 m ²)	1 室 (29.50 m ²)
台 所	1 室 (7.75 m ²)	1 室 (7.75 m ²)
浴 室	1 室 (5.80 m ²)	1 室 (5.80 m ²)
洗濯・脱衣室	1 室 (7.25 m ²)	1 室 (7.25 m ²)
便所 1, 便所 2	2 ヲ所 (6.87 m ²)	2 ヲ所 (6.87 m ²)
玄 関	(4.27 m ²)	(4.27 m ²)
廊 下	(48.73 m ²)	(48.73 m ²)
エレベーター	1 基	

(4) サービス内容

① 認知症対応型共同生活介護計画の立案 (個別介護サービス計画)

利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境を踏まえて、介護従事者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的サービス内容を記載した計画を作成し、利用者及びその家族へ説明し、また必要に応じた計画の変更を行います。

② 食 事

朝 食 8 時前後 ・ 昼 食 12 時前後 ・ 夕 食 18 時前後
各階、居間食堂にて食事をお願いいたします。

③ 入 浴

毎日利用できますが、利用者の希望と体調により回数・入浴時間等は各自毎に決めさせていただきます。入浴できない場合は、状態に応じて全身・部分清拭を行います。

④ 介 護

個別介護サービス計画に沿って下記の介護を行います。

家事一般生活介助、(食事準備、掃除、洗濯、)

着替え、整容、食事、排泄、入浴、健康管理、趣味活動、散歩

⑤ 生活相談

介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。

⑥ 行政手続き代行

行政手続きの代行を施設にて受け付けます。ご希望の方は職員にお申し出ください。手続きに係わる経費は、実費のみ頂きます。

⑦ 日常生活費代行支払制度

別途費用を施設が立替にて支払し、後日一括して請求清算して頂きます。(月単位)

2. 料金の支払方法

毎月ごとに清算し、翌月の27日に指定された口座からとみんコンピュータシステム株式会社の振替サービス(口座登録費用・毎月振替手数料…施設負担)でお支払い頂きます。

入金を確認後、翌月利用明細請求書と領収書を郵送でお送りいたします。

3. 居室のご利用について

1) 居室の使用

入院等で、居室が空いている状態の場合は、即日よりショートステイの対象居室として運用を、ホーム側にゆだね、ショートステイに利用させていただきます。但し、入居者の私物管理は、ホーム側が責任を持って管理を行い、万一破損した場合は、同じもの及び同程度の物品を利用者に弁償いたします。

2) 居室移動

介護上の都合で、両利用者の意見をお聞きした上で、居室の変更をお願いすることがあります。

3) 造作・模様替え等の制限

- ① 利用者及び利用者代理人は、居室に造作・模様替えをするときは、利用者又は利用者代理人は事業者に対して予め書面によりその内容を届け出て、事業者の承認を得なければなりません。また、その造作・模様替えに要した費用および契約終了時の原状回復費用は利用者及び利用者代理人の負担とします。
- ② 利用者及び利用者・身元引受人・代理人は、事業者の承諾なく居室の錠を取り替えたり、付け加えたりすることはできません。
- ③ 利用者及び利用者・身元引受人・代理人は、居室以外のグループホーム内の造作・模様替え等をしてはなりません。
- ④ 経年経過による居室の傷みや汚れは、ホーム側が修理いたしますが、居室内の持込電化製品・家具類及び消耗品の電球、蛍光灯の費用をご負担頂くものとします。心身の状態の不安定による興奮状態や認知症による興奮等において物品を破損・汚損した場合も原状を回復する義務を、理由の如何に問わず利用者本人及び身元引受人・代理人において頂くものとします。

4. 入退居の手続き

1) 入居手続き

申し込みの連絡を直接頂き、空室がある場合は入居が出来ます。空室がない場合は、待機として登録させていただきます。入居の順番がきましたら訪問面接を行わせて頂きます。また

ご家族の方にもお話をお伺いいたします。診療状況提供書の提出をお願いいたします。(料金は自己負担となります) 判定会議にて入居の可否を検討いたします。

入居が決まりましたら契約を結び、サービスの提供を開始します。

入居申請時点で継続して3か月以上八王子市に居住する者であること。なお、詳細は「八王子市地域密着型サービス区域外指定及び利用に関する要綱」によるものとします。

2) 退出手続き

① お客様の都合で退居される場合

退居を希望される日の30日前までにお申し出下さい。

② 自動終了

以下の場合、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した場合
- ・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)または要支援と認定された場合
※この場合、所定の期間の経過をもって退居していただくことになります。
- ・お客様がお亡くなりになった場合

3) 退居となる場合

① 介護保険制度上の諸条件が満たされなくなった場合

② 家族の介護への理解がなく協力が得られない場合

③ 伝染性の疾病の方

④ 他の利用者から常識範囲の苦情が長期間に渡って発生し改善されない場合、

⑤ 他の利用者への身体的暴力や精神的な攻撃、わいせつ行為、盗癖、認知症による迷惑行為認知症の重度化・精神障害・歩行障害・寝たきり状態・慢性疾患の悪化など常時、医療の目が必要となった場合

ア) 日常的な看護婦による注射・血糖測定・インシュリン投与・採血など

イ) 酸素ボンベ・設置型酸素装置・携帯酸素ボンベなど

ウ) 中心静脈栄養・経管栄養・鼻腔栄養など介助が必要になる人工肛門・排泄障害・カテーテルなど日常的な疼痛看護が必要な場合

その他

- ・ 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14日以内に支払われない場合、またはお客様やご家族などが当ホームや当ホーム職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、退居して頂く場合がございます。この場合、契約終了14日前までに文書で通知いたします。
- ・ 病院または診療所に長期入院した場合は原則として利用中止とさせていただきます。
- ・ やむを得ない事情により施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退居していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

上記①～⑤・その他の事由において家族との話し合いが行われ、施設が、退居と判断した場合

5, 当ホームのサービスの特徴等

1) 特徴

- ① アパートで一人暮らしをする気楽さと何かあった時に直に対処してもらえる安心感がこの施設の特徴です。従来の老人ホームとは違いある程度自分のことは自分でい自由な生活することができる、家庭的なホームです。

- ② 入居者が互いに尊重しあい、協力しあい掃除、洗濯等も自分でやりたい方は自分で行えます。入居者がそれまで行ってきた「普通の生活」であり、家事仕事を通じて、人としての尊厳ある生活を送ることを目標とします。
- ③ 制限や規制は極力設けてはいけないこととし、介護職員は、入居者の自主的な生活を見守ることを最優先させます。

2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
異性介護職員の有無	有	
従業員の研修	有	
サービスマニュアルの作成	有	

3) 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 面会時間
 - * 午前9時より午後6時までとさせていただきます。急用等で時間外においていただく場合は、事前にお電話ください。
 - (ユニットの状況により上記以外の時間においても徘徊対策上事故防止のために施錠させていただく場合もあります。また、本人の体調や他の利用者への影響等があった場合、面会を制限させて頂く場合があります)
 - * 来園された場合は、玄関にて、うがい・手洗い及び面会カード記入をお願い致します。
 - * お土産に食品を持参された場合は、事前に職員にお申し出下さい。体調等で制限がある場合があります。食品によってはお預かりできない場合もあります。申し出なくご本人が管理された場合の食中毒や誤飲による窒息などの事故など責任を負いかねますのでご了承下さい。
 - * 上記時間内の場合は事前のご連絡は必要ありませんが、行事・買い物等で外出（不在）の場合もあります。
- ・ 外出、外泊
 - * 契約時にあらかじめ引き受け者リストの記入をお願い致します。
 - 外出、外泊の予定が立ちましたら早めにその旨お電話を頂き準備させて頂きます。記名ない方との外出、外泊は介護者の了承をお願い致します。
 - * 本人の体調等で制限事項をお願いする場合があります。
 - * 帰園後に健康状態の報告を職員までお願いいたします。
- ・ 宿 泊
 - * お部屋への宿泊は、自由です。前もってご連絡下さい。
 - (お布団等利用される場合はご用意します。有料にて)
- ・ 飲酒・喫煙
 - * 利用者の方の飲酒・喫煙は主治医・介護者の了承が取れている場合は問題ありません。(自己管理できる方)
 - * 飲酒による事故等は、本人の責任になります。
 - * 喫煙による居室の汚れは退去時入居時の状態までの復元(場合によりクロスの張り替え・業者によるルームクリーニング等)をお願い致します。また煙草による火災等は本人の責任になります。
- ・ 金銭・貴重品の管理
 - 本人またはご家族で管理してください。ご本人が管理された場合、盗難、紛失等に関して責任を負いかねますのでご了承下さい。
- ・ 所持品の持ち込み
 - 家具、電気製品、衣類、日用品等をご持参下さい。
 - (共有の冷蔵庫はあります)
 - カミソリ、ナイフ、はさみ等刃物類の持ち込みは禁止させて頂きます。
- ・ 設 備
 - 個室6畳相当、押入、洗面、エアコン・テレビ用ソケット

・施設外での受診

協力病院への受診に関しては施設対応致しますが、利用者の身体や病状についての説明や判断が必要なことがありますので必要に応じてご家族の付添いをお願いいたします。

協力病院以外への受診に関してはご家族で送迎願います。

・宗教活動

自室で個人的に行うものであれば自由ですが、他の利用者への強要や勧誘、騒音や異臭、販売行為は禁止させていただきます。

・ペット類

自室内のみで飼育できるものであれば自由ですが、鳴声や体臭、感染症などで他利用者から苦情が頻繁にある場合は遠慮して頂くこととなります。

・衛生管理等について

(1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

(2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、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。

(3) 事業所において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

・事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底しています。

・事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

・職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的に実施します。

厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います

・身体的拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

また、事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶこと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、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。

(3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

4) ハラスメント行為

当施設はハラスメント防止対策に関する指針を定めています。利用者、ご家族等から職員へのハラスメント及び職員から利用者、ご家族等へのハラスメントの両方をさします。

1 身体的暴力（回避したため危害を免れたケースも含む）

例：ものを投げる、叩かれる、蹴られる。

2 精神的暴力（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）

例：大声を出す、理不尽な要求をする。

3 セクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合はサービスの中止や契約を解除することもあります。

5) 地域との連携について

(1) 運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流を図ります。

(2) 指定認知症対応型共同生活介護入所者の生活介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の高齢者あんしん相談センターの職員、地域密着型事業について知見を有する者等により構成される協議会（以下、この項において「運営推進会議」と言います。）を設置し、概ね2月に1回以上運営推進会議を開催します。

(3) 運営推進会議に対し、サービス内容及び活動状況を報告し、運営推進会議による評価をうけるとともに、必要な要望・助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

6) 緊急時の対応方法

ご利用者に容体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、ご家族の方に速やかに連絡し状況を記録いたします。

7) 非常災害対策

- ・防災設備 消火器具、自動火災報知設備、自動火災通報装置、スプリンクラー
- ・防火訓練 自主的非難訓練・消火訓練（年2回）

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地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

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、ご家族及び八王子市役所等へ連絡すると共に事故内容を所定用紙に記録いたします。

また、当ホームの介護サービス提供中に賠償すべき事故が発生した場合はすみやかに損害賠償いたします。なお、当ホームは損害保険会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

6, サービス利用にあたっての禁止事項

- 1) 事業者の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
- 2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。
- 3) サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載すること。

7, サービス内容に関する苦情

① 当施設お客さま相談・苦情担当 電話 042-674-1710

担当 大塚 仁史 (ホーム長)

②処理の体制

苦情・相談を受け付ける専用用紙を準備し、内容がホームで対応できる内容か、法人と共に対応すべき内容かを、管理者は判断し、ホームで対応すべきケースは、介護支援専門員等と協議し対策をする。出来ないケースの場合は、担当理事に報告。

苦情や相談の聞き取り調査⇒内容の記録⇒確認調査⇒必要に応じ諸機関へ報告相談⇒対応策・改善の検討⇒対応策・改善の記録⇒苦情・相談者への報告⇒必要に応じ諸機関への報告⇒改善事項の管理⇒相談者からの継続的な状況聴取

③その他

当法人以外に、

- ・八王子市役所 高齢者福祉課【相談担当】電話番号 042-620-7420
 - ・【最寄りの八王子市高齢者あんしん相談センター】
 - ・【東京都国保連合会苦情相談窓口】電話番号03-6238-0177
- に相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

8, 東京都福祉サービス第三者評価 (福ナビ) . . . インターネットで閲覧が出来ます . . .

趣旨 . . . 目的1) 都民の方への情報提供。サービスを選ぶ際、そして事業の透明性の確保のための情報提供として、サービスの内容や利用者の満足度などを公表しています。

目的2) 事業者のサービスの質の向上を支援。事業者が評価を受けることで改善のための「気づき」を得て、自らサービスの質の向上に取り組むことが出来ます。

直近の第三者評価の実施

評価年度	評価機関情報	評価項目
令和 年 月 日		<ul style="list-style-type: none"> ・組織マネジメント項目 ・サービス項目

または、当法人ホームページで第三者評価をご覧ください。

法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 明日檜
所在地・電話番号	東京都八王子市鎌水141番地 Tel 042-674-1710
定款の目的に定めた事業 施設・拠点など	1, 第2種社会福祉事業 社会福祉法人 明日檜

認知症対応型共同生活介護の利用にあたり、本書面で重要な事項の説明を行いました。

事業者	所在地	東京都八王子市鎌水141番地 社会福祉法人 明日檜
	名称	グループホーム シルクロード鎌水 印 グループホーム シルクロード鎌水
説明者	所属	氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護について重要な事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者	住所
	氏名 _____ 印

身元引受人	住所
	氏名 _____ 印

代理人(選任した場合)	住所
	氏名 _____ 印

連帯保証人	住所
	氏名 _____ 印