

# 介護予防認知症対応型共同生活介護契約書

## 介護予防認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

グループホームえやんばい

TEL (0880) 66-2666

住 所	
氏 名	
担当者	

# 介護予防認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

## 1. 事業所の概要

事業所名	グループホームえやんばい
所在地	高知県宿毛市平田町戸内1822番地2 電話(0880)66-2666 FAX(0880)62-2777
管理者名	谷 里加
事業者指定番号	宿毛市第3970900126

## 2. 設備の概要

定員	18名	
居室(個室)	18室	11.73㎡~13.98㎡(18室)
台所兼食堂	2室	19.49㎡×2
リビング・ホール	2室	102.85㎡×2
浴室	2室	10.45㎡×2

## 3. 職員の配置状況

### (1) 主な職員の配置状況

職種	常勤	常勤	計	備考
施設長	(1名)			特養 豊寿園兼務
管理者	1名		1名	計画作成担当者兼務、介護福祉士
看護師				訪問看護と契約定期的に訪問
介護職員	介護福祉士 1階3名	2階3名	6名	1名計画作成担当者
	その他 1階4名	2階4名	8名	

### (2) 主な職種の勤務体制

職種	勤務体制
介護職員	早出1名 7:00~16:00
	日勤1~2名 9:00~18:00
	遅出2名 (遅1)10:00~19:00 (遅2)13:30~22:30
	夜勤1名 22:20~7:20

### (3) 職員の研修体制

職員の資質の向上を図るため、定期的な施設内研修や、施設外研修への積極的な参加を行っています。

## 4. サービスの内容及び利用料金

### (1) 介護保険給付対象サービス

#### 【サービスの内容】

種類	内 容
食事	栄養、利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 (ただし、食材料費は給付対象外です。) (食事時間) 朝食 7:30 ~ 8:30 昼食 12:00 ~ 13:00 夕食 18:00 ~ 19:00
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴	年間を通じて毎日入浴できます。また必要な方には個別にシャワー浴などを行います。
健康管理	協力病院による医師や看護職員が、健康管理を行います。
その他	利用者ごとにできるだけ自由な時間を過ごしてもらえよう配慮します。 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

#### 【サービス利用料金】

介護保険給付対象サービスを利用する場合は、1日当たり下記の自己負担額(サービス費の1割もしくは2割、3割)をお支払いいただきます。

要介護度	要支援2
サービス費	7,480円
上記サービスに係る自己負担額(1割)	748円
2割 × 2	
3割 × 3	

※入所後30日以内に限り、上記サービス費が1日当たり30円割り増しとなります。

※看護師配置又は訪問看護ステーションとの契約により、重度化し、看取りの必要が生じた場合での対応が出来る体制がとれています。

※サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 1日6円加算されます。

常勤職員を75%以上配置している為。

※若年性認知症利用者受入加算 1日120円加算されます。

若年性認知症の方が入居された場合その方に対して加算されます。

- ※認知症専門ケア加算（Ⅰ） 1日3円加算されます。
- ※介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 利用料と各加算を足した金額に加算率（11, 1%）を乗じた金額が加算されます。
- ※特定処遇改善加算（Ⅱ） 利用料と各加算を足した金額に加算率（2, 3%）を乗じた金額が加算されます。
- ※介護職員等ベースアップ等支援加算 利用料と各加算を足した金額に加算率（2, 3%）を乗じた金額が加算されます。
- ※入居者の入退院支援の取り組みに対して1ヶ月に6日を限度として1日246円加算されます。

## （2）介護保険給付対象外のサービス

以下のサービスは、利用料金の金額が利用者の負担となります。

一部現金払いもありますので、お構いなければお小遣いを持参願います。

種類	内容	利用料金
食事代	栄養面、季節の食材を盛り込んだ献立により提供しています。	1日750円（1食以上）
管理費	建物維持管理代等	1日1170円
光熱水費	水道光熱費	1日550円
レクリエーション	レクリエーション活動等 年間の季節ごとの行事	必要な場合は実費
その他	嗜好品や日常生活品の購入代行を行った場合	実費

※月の途中での入退所については、食事代、管理費、光熱水費は当該月の利用日数を乗じた金額となります。また入院の場合、食事代のみについては日数分に応じて減額します。

## （3）利用料金の支払い方法

前記（1）、（2）の料金・費用は毎月10日までに請求しますので、月末までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。

① 窓口で現金支払い
② 銀行振込 幡多信用金庫 平田支店 普通預金 0126309 (口座名)グループホーム えやんばい 理事長 筒井大八
③ 口座引き落とし 郵便局にて翌月15日に自動引き落としを行います。 手続きは事務所までお申し出ください。(15日に残高不足等があれば25日に引き落としになります。)

## 5. 当事業所の基本理念

一人一人の時間を大切にそれぞれの方に、「いい塩梅の生活」・「いい塩梅のケア」を提供することを目指します。

## 6. 事業の目的

社会福祉法人愛生福祉会は開設するグループホームえやんばいが行う指定介護予防認知症対応型共同生活介護の事業の適正な運営を確保する為に人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護予防認知症対応型共同生活介護従事者が、要支援2状態にあつて認知症の状態にある高齢者に対して、適正な介護予防認知症対応型共同生活介護を提供する目的です。

## 7. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 互生会 筒井病院
所在地	宿毛市平田町戸内1802
診療科	内科、消化器科、循環器科、リハビリテーション科、整形外科

## 8. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	二神歯科
所在地	宿毛市平田町戸内4300-1

## 9. 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所お客様相談窓口	電話番号	0880-66-2666
	FAX番号	0880-62-2777
	管理者	谷 里加
	対応時間	9時00分より18時00分まで ただし緊急等の場合は24時間対応

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

市町村 介護保険 相談窓口	所在地	四万十市 大橋通4-10	宿毛市 桜町2-1	三原村 来栖野479	大月町 鉾土603
	電話番号	0880-34-1165	0880-63-1113	0880-46-2404	0880-73-1700
	対応時間	月曜から金曜 8時30分より17時15分まで			

※その他の地域の方は、お住まいの市町村介護保険相談窓口にお願いします。

高知県国民健康保険	所在地	高知市丸の内2-6-5
	電話番号	088-820-8410・8411

団体連合会（国保連）	F A X 番号 0 8 8 - 8 2 0 - 8 4 1 3
	対応時間 月曜から金曜 9時00分より16時00分まで

## 10. 事故発生時の対応

(1) サービスの提供により利用者に対する事故が発生した場合、事業者はただちに利用者のご家族、関係市町村、当該利用者に係る地域包括支援センター、居宅介護支援事業所に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) サービスの提供により、利用者に対し賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償の手続きを行います。

(3) サービスの提供による利用者の事故が発生した場合には、関係者はその原因を解明し、再発防止に努めるため職員会議などにより事故防止を徹底します。

## 11. 施設利用にあたっての留意事項

面会時間	面会時間 6 : 3 0 ~ 2 1 : 0 0 来訪者は、必ずその都度職員にお声をお掛け下さい。
外出	外出される場合には、事前にお申出ください。
居室、設備、器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙	決められた場所以外での喫煙はお断りいただきます。
迷惑行為等	故意による騒音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
金銭、貴重品の管理	自己管理できる方以外は、施設にて金銭、貴重品はお預かりしますので事前にお申出ください。
所持品の持ち込み	日常生活用品等は原則として自由ですが、電気製品や家具等についてはあらかじめご相談ください。 ただし、危険物の持ち込みはご遠慮願います。
宗教活動	入居者やご家族などによる第三者への布教活動はご遠慮ねがいます。
ペット	ペットの持ち込みはご遠慮ください。

## 12. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 愛生福祉会
代表者氏名	理事長 筒井 大八

所在地・電話	宿毛市平田町戸内1813-1 電話 0880-66-1188 FAX 0880-66-1195
業務の概要	特別養護老人ホーム 豊寿園 ユニット型特別養護老人ホーム豊寿園 豊寿園ショートステイサービス デイサービスセンター つどいの家 豊寿園ホームヘルパーステーション グループホームえやんばい 宿毛市東部居宅介護支援事業所 グループホームほうばい ケアハウスすくも

【説明確認欄】

令和 年 月 日

介護予防認知症対応型共同生活介護契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 宿毛市平田町戸内1822-2  
介護予防 認知症対応型共同生活介護 グループホーム えやんばい  
説明者 印

【 同意書 】

介護予防認知症対応型共同生活介護契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受け同意いたします。

利用者 住所

氏名

印

(代理人) 住所

氏名

印

利用者と家族等は以下の権利を事業者に対して主張する事ができます

- 1, 独自の生活歴を有する個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を維持する権利
- 2, 生活や介護サービスにおいて、十分な情報が提供され、個人の自由や好み、および主体的な決定が尊重される権利
- 3, 安心感と自信をもてるよう配慮され、安全と衛生が保たれた環境で生活する権利
- 4, 自らの能力を最大限に発揮出来るよう支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受ける権利
- 5, 必要に応じて適切な医療を受けることについて、援助を受ける権利
- 6, 家族や大切な人との通信や交流の自由が保たれ、個人情報を守られる権利
- 7, 地域社会の一員として生活し、選挙その他一般市民としての行為を行う権利
- 8, 暴力や虐待および身体的精神的拘束を受けない権利
- 9, 生活や介護サービスにおいて、いかなる差別も受けない権利
- 10, 生活や介護サービスについて職員に苦情を伝え、解決されない場合は、専門家または第三者機関の支援を受ける権利

# 介護予防認知症対応型共同生活介護契約書

(以下「契約者」という。)と社会福祉法人愛生福祉会は  
(以下「利用者」という。)が介護予防認知症対応型共同生活介護「グループホームえやんばい」(以下「事業者」という。)において、事業者から提供される介護サービスを受け、契約者がそれに対する利用料金を支払うことについて、次の通り契約(以下「本契約」という。)を締結します。

## 第1条 (契約の目的)

事業者は、介護保険法令に従い、利用者に対し居宅における生活への復帰を念頭に置いて、その有する能力に応じ、自立した生活を営むことができるよう、介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。

## 第2条 (契約期間)

1 この契約の契約期間は、令和 年 月 日から退所までとします。

## 第3条 (施設サービス計画等)

- 1 事業者は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、「介護サービス計画」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。介護サービス計画を作成した場合は、利用者または契約者に説明します。
- 2 事業者は、契約者又は利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合は速やかに介護サービス計画を変更します。

## 第4条 (サービス提供の記録等)

- 1 事業者は、サービスの提供に関する記録を整備するとともに、これをこの契約終了後5年間保存します。
- 2 事業者は、契約者又は利用者に対し、いつでも保管する利用者に関する記録の閲覧、複写物の交付に応じます。

## 第5条 (身元引受人の要件)

- 1 原則として利用者の親族代表に身元引受人となっていただきます。身元引受人となる方はあらかじめ利用者及び他の親族の合意を得てください。
- 2 前項の要件を満たす身元引受人を立てることが困難な場合、成年後見人制度等の公的制度を用いて身元引受人の代理を立てることが出来ます。
- 3 身元引受人を変更する必要がある場合、基本的に利用者及び新旧身元引受人の了解は必要です。
- 4 身元引受人は保証人になっていただきます。
- 5 身元引受人はその他1名の保証人を立てていただきます。

#### 第6条（身元引受人・保証人の責務）

身元引受人・保証人は利用者に対して、次の責務を負うものとします。

- 1 医療機関への通院や入院の際の必要な場合の移送、付き添い、手続き
- 2 利用者の理解や意思表示が困難な場合の利用者代理人としての債務
- 3 他の親族への必要な連絡
- 4 契約終了時の身柄や私物の引き取り
- 5 何らかの理由で利用者が利用料を支払えない場合の支払い責任
- 6 前項の他、利用者の身上に関する必要な措置

#### 第7条（利用者負担金の滞納）

- 1 契約者又は利用者が正当な理由なく事業者を支払うべき利用者負担金を2ヶ月以上滞納した場合には、事業者は1ヶ月以上の期間を定めて、期間満了までにその支払いがないときはこの契約を解約する旨の催告をすることができます。
- 2 事業者は、前項に定める期間が満了した場合は、文書によりこの契約を解約することができます。

#### 第8条（利用者の解約権）

契約者又は利用者は、いつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この場合は、7日以上予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解約されます。

#### 第9条（事業者の解約権）

事業者は、契約者又は利用者の著しい不信行為により契約を継続することが困難となった場合は、その理由を記載した文書によって契約の解約を申し出ることができます。この場合、30日間以上の予告期間をもって申し出るものとし、予告期間満了日にこの契約は解約されます。

#### 第10条（契約の終了）

次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- 一 第2条に基づく、契約期間が満了したとき
- 二 第7条に基づき、事業者から解約されたとき
- 三 第8条に基づき、契約者又は利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき
- 四 第9条に基づき、事業者から契約の解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき
- 五 利用者が要介護認定の更新において、自立又は要支援1、要介護1～5と認定されたとき
- 六 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
  - (一) 利用者が入院し、原則として2週間を経過したとき

ただし、入院後おおむね3ヶ月以内に退院した場合は、優先的に再び入居できるよう努めます。

- (二) 利用者が他の介護保険施設に入所した場合
- (三) 利用者が死亡したとき

#### 第11条（退所時の援助）

事業者は、契約が終了し利用者が退所する場合は、利用者及びその家族の希望、利用者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者又はその他の保健機関、医療機関、若しくは福祉サービス機関等と連携し、円滑な退所のために必要な援助を行います。

#### 第12条（損害賠償）

事業者は、サービスの提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与え賠償責任が発生した場合は、その損害を賠償します。

ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合は、この限りではありません。

#### 第13条（秘密保持）

- 1 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- 2 事業者は、契約者又は利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業者等に対し、利用者の個人情報を提供しません。

#### 第14条（苦情対応）

- 1 契約者または利用者は、提供されたサービスに苦情がある場合は、事業者、市町村及び国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。
- 2 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、苦情の申し立て又は相談があった場合は、迅速かつ適切に対応します。

#### 第15条（契約外条項）

- 1 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他の関係法令を尊重して、契約者又は利用者と事業者が誠意を持って協議のうえ定めます。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、契約者又は利用者、事業者が記名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名

印

身元引受人（保証人） 住所

氏名

印

（保証人） 住所

氏名

印

事業者 所在地 宿毛市平田町戸内1813-1

事業者名 社会福祉法人 愛生福祉会

認知症対応型共同生活介護

グループホームえやんばい

代表者名 施設長 上村 晃司 印

宿毛市長指定 第3970900126

【契約付属書類1】

1. 担当者（管理者）

氏名 谷 里加

連絡先 0880-66-2666

2. 支払い方法 及び支払期日

(1) 窓口による現金払い

(2) 銀行振込 幡多信用金庫 平田支店 普通預金 0126309

(口座名義) グループホーム えやんばい 理事長 筒井大八

※請求後月末までにお振り込みください。

(3) 口座引き落とし 郵便局にて翌月15日に自動引き落としを行います。

手続きは事務所までお申し出ください。

(15日に残高不足等があれば25日に引き落としになります。)

3. 相談、要望、苦情等の窓口

サービスに関する相談、要望、苦情等については、下記窓口までお申し出ください。

お客様相談窓口

電話番号 0880-66-2666

担当者 谷 里加

受付時間 9時00分から18時00分

(ただし緊急等の場合は24時間対応)

## 重度化対応・終末期ケア対応指針

### グループホームえやんばい

#### ■ 目的

グループホームの入居者が、重度化や加齢により衰弱し人生の終末期の状態になっても、住み慣れた場所での生活を維持し、そして本人、家族が望む場所で最後まで暮らして行く事が出来るように、医療機関・家族と協力して対応して行く。

#### ■ 重度化した状態・終末期の判断

主治医の判断が基本である。

#### ■ 基本的な姿勢

病状が重度化した入居者、あるいは人生の終末期の入居者が、疼痛や苦痛がなく本人・家族等が望むような人生の過ごし方ができ、グループホームでの生活が継続出来るように、そしてグループホームで死がむかえられるように最大限の対応をする。

ただし、医師・グループホーム側が医療機関での治療の方が本人にとって、苦痛なく死をむかえる事が出来ると判断した場合は、家族と相談した上で、適切な対応をする。

#### ■ 医療連携

##### ・主治医との連携

主治医の指示・指導のもと、必要な医療を行いながら、時に入院による病院での医療とも連携してゆく。

##### ・看護師配置または訪問看護・医療機関との契約

主治医と連携しながら、必要な医療を行いつつ、生活の継続を重視して、入居者が苦痛が少なく心地よい状態で生活できるようにしてゆく。

##### ・多様なサービスとの連携

歯科医師との連携、精神科医との連携、栄養士(同じ法人内)との連携など、必要に応じて多様な専門職との連携で対応する。

#### ■ 家族の信頼・協力関係

グループホームでの重度化・終末期の対応を行ってゆく為には、家族らの信頼・協力関係は欠かせない。家族と一緒にあって入居者本人が満足するような看取りの支援をしてゆく

## 重度化対応・終末期ケア対応に関する同意書

認知症対応型共同生活介護における重度化対応・終末期ケアに関する指針に同意いたします。

### 記

- ・ 重度化・終末期をどこで過ごすのかは、本人・家族の意向に沿うもので、グループホームでの生活を強要するものではない。
- ・ 医療との連携により重度化対応が出来る施設ではあるが、病状、疼痛等により、本人が苦痛をとまなう場合は、医療機関への入院を勧める場合もある。

令和      年              月              日

認知症高齢者グループホームえやんばい様

(入居者) 住所

氏名

印

(家族) 住所

氏名

印

# 個人情報使用同意書

私（及び私の家族）の個人情報については、下記に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用されることに同意します。

## 記

### 1. 使用する目的

私の施設入所のために必要な情報を提供するために実施される、サービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。

### 2. 使用する期間

令和 年 月 日から退所まで

### 3. 条件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

令和 年 月 日

グループホーム えやんばい様

(利用者) 住 所

氏 名 印

(利用者の家族) 住 所

氏 名 印