

グループホーム安住の里利用契約書
重要事項説明書
(令和7年4月1日現在)

1 当協議会の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 つがる市社会福祉協議会	
代表者役職・氏名	会長 白戸 英行	
所在地	青森県つがる市木造若緑52番地 つがる市木造地域福祉センター内	
電話番号	0173-42-4886	
FAX	0173-42-4686	
介護サービス事業所数	<ul style="list-style-type: none"> ・(総合事業) 訪問介護 1カ所 ・(総合事業) 通所介護 4カ所 ・(介護予防) 短期入所者生活介護 2カ所 ・(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 2カ所 ・地域密着型介護福祉施設 2カ所 ・居宅介護支援事業者 3カ所 	

2 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の概要

(1) 当施設の概要

施設名	グループホーム安住の里
所在地	青森県つがる市稻垣町豊川宮川143番地1
電話番号	0173-46-3100
FAX番号	0173-69-7070
管理者氏名	木村 智恵美

(2) 当施設の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者 兼介護員	介護福祉士	1名		あり	1名	業務の管理及び 入浴・排せつ・食事等生活全般に係わる援助
計画作成担当者 兼介護員	介護支援専門員 ヘルパー2級	1名		あり	1名	計画作成及び 入浴・排せつ・食事等生活全般に係わる援助
看護師	看護師	1名		なし	1名	医療・保健衛生に関する業務

介 護 員	介 護 福 祉 士	4名		なし	5名	入浴・排せつ・食事等生活全般に係わる援助
		1名		なし		
	合計	8名				

(3) 当施設の設備の概要

定 員	9名（認知症対応型共同生活介護含む）	洗 面 室	1室 6.4 m ²
居 室	1人部屋9室（1室 12.7 m ² ）	介 護 ステーション	1 カ所
	夫婦部屋にも可能	宿直コーナー	4.0 m ²
食 堂 ・ 談 話	69.8 m ²	汚物室兼洗濯室	1室 3.3 m ²
台 所	11.0 m ²	廊 下 幅	2.7m
浴 室	普通浴室 7.4 m ²	玄 関	1 カ所
便 所	車椅子用 4.5 m ²	バ ル コ ニ 一	2 カ所

3 当施設の特徴等

(1) 運営の方針

- ① 当施設は、指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供に際し、あらかじめ利用申込者またはその家族に対し、運営規定の概要、介護従事者の勤務の体制その他重要事項を記載した重要事項説明書を交付して説明を行い、サービスの提供について利用申込者の同意を得る。
- ② 指定介護予防認知症対応型共同生活介護は、入所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、入所者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行う。
- ③ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護は、入所者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活が送れるよう配慮して行う。
- ④ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護は、指定介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行う。指定介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、その内容について入所者又はその家族に対して説明し、入所者の同意を得る。また、指定介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成をした際は、入所者に交付する。
- ⑤ 共同生活住居における介護従事者は、サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者またはその家族に対し、サービスの提供方法等について、重要事項説明書等を交付し、理解しやすい詳しい説明を行った上で、利用契約を締結するものとする。
- ⑥ 当施設は、サービスの提供に当たっては、入所者または他の入所者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為は行わない。やむを得ず拘束する場合は、家族に対しての身体拘束の理由、内容を説明し十分な理解を得る。医師の指示の下に行うとともに、その状態、経過、心身の状況及び拘束の理由等を記録する。
- ⑦ 当施設は、入所者の退去の際には、入所者及びその家族の希望を踏まえた上で、退去後の生活環境や介護の継続性に配慮し、退去に必要な援助を行う。また、入所者及びその家族に対し、適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等への情報の提供及び保健医療サービスまたは福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努める。

- ⑧ 当施設は、自らその提供する指定介護予防認知症対応型共同生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図る。質の評価方法については県の定める基準による自己評価及び外部評価機関による第三者評価を行う。
- ⑨ 当施設は、つがる市に対し自主的に情報提供し、会報やインターネット等を活用して入所者、家族または広く一般に対して情報公開するよう努める。
- ⑩ 前9項のほか、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成18年3月14日厚生労働省令第35号）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

（2）入所者及び入所者代理人の権利と義務

入所者及び入所者代理人は、当施設における指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供に際し、以下の権利を有する。これらの権利を行使することによって、入所者はいかなる不利益を受けることはない。また、グループホームのサービス利用に関して次の義務を負うものとする。

（権利）

- 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、尊厳を維持すること。
- ② 生活やサービスにおいて、十分な情報が提供され、個人の自由や好み、及び主体的な決定が尊重されること。
- 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できること。
- ④ 自らの能力を最大限に発揮できるよう支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受けられること、適切な医療を受けることについて援助を受けられること。
- ⑤ 家族や大切な人の通信や交流の自由が保たれ、個人情報が守られること。
- ⑥ 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えること。
- ⑦ 生活やサービスにおいて、いかなる差別をうけないこと、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こと。

（義務）

- ① 入所者の能力や健康状態についての情報を正しく事業所に提供すること。
- ② 他の入所者やその訪問者及び事業所の職員の権利を不当に侵害しないこと。
- ③ 特段の事情がない限り、事業所の取り決めやルール及び事業所またはその協力医師の指示に従うこと。ただし、入所者又は入所者代理人が、指示に従うことを拒否する旨を明示した書面を事業所に提示し、それによって起こるすべてについて入所者及び入所者代理人が責任を負うことを明らかにした場合はその限りではない。
- ④ 事業所が提供する各種のサービスに異議がある場合に、速やかに事業所に知らせること。
- ⑤ 市町村並びに介護保険法その他省令に基づくグループホームへの立ち入り調査について入所者及び入所者代理人は協力すること。

(3) サービス利用のために

事 項	備 考
従業員研修の実施	年12回 内部勉強会を実施しています。(外部研修は適時実施)
事業提供マニュアル	事業計画に沿った余暇サービスを提供します。
サービスマニュアル	各種サービスマニュアル(入浴介助等)に添った適切なサービスを提供します。
変更の申込方法	書面にてお申し込みください。(様式は問いません)

(4) サービスの利用にあたっての留意事項

面 会	面会時間 午前8時～午後5時 (左記以外の時間での面会も可能)
外 泊 ・ 外 出	外出・外泊の際には、外出・外泊届の必要事項を記入して必ず届出してください。
飲 酒 ・ 喫 煙	当施設では飲酒及び喫煙を禁止しております。
出 納 貴 重 品 管 理	原則として通帳・印鑑・年金証書はお預りします。
所持品の持ち込み	原則として身の回り品は持ち込可能です。
設備、器具の利用	住居内の居室や設備、器具は本来の用法に従って利用してください。 これに反したご利用により破損等生じた場合、弁償していただくことがあります。
宗教活動・政治活動	住居内での他の入所者に対する執拗な宗教及び政治活動はご遠慮ください。
迷 惑 行 為 等	騒音等、他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないでください。
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します。

4 サービスの内容

種 類	内 容
指定介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成	入所者のニーズを把握し、入所者に合った指定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よう計画します。 また、指定介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、その内容について入所者又はその家族に対して説明し、入所者の同意を得ます。また、指定介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成をした際は、入所者もしくはその家族に交付します。
日 常 生 活 の 援 助	食事、掃除などの家事や入浴、排泄のお手伝いを行います。
レクリエーション等	・外出買い物、遠足等 ・創作活動(余暇活動等)
生 活 相 談 ・ 援 助	入所者とその家族からのご相談に応じます。
日 常 生 活 用 品 の 購 入 代 行	ご希望により歯ブラシ、歯磨等の日常生活用品の購入代行をさせていただきます。
理 美 容	ご希望により理美容サービスを利用いただけます。
健 康 管 理	バイタルチェックを行い、その日の状況把握に努めます。 また、食後には口腔ケアを実施します。
出 納 貴 重 品 管 理	ご希望により事業所が定める所持金取扱規程に従い、日常的な生活費用に関する金銭出納管理を依頼することができます。その際、所持金取扱規程の内容及び手続きについて説明いたします。

5 利用料金

(1) 利用料

料金は入所者の要介護度に応じて異なり、自己負担額は介護保険認定証に記載された負担割合によって異なります。

① 指定介護予防認知症対応型共同生活介護利用料（1割負担）

	介護費	加算額	合計負担額 1日計	合計負担額 (30日計)	加算（2） (30日計算)
		加算（1）			
要支援2	761円	22円	783円	23,490円	3,641円

② 指定介護予防認知症対応型共同生活介護利用料（2割負担）

	介護費	加算額	合計負担額 1日計	合計負担額 (30日計)	加算（2） (30日計算)
		加算（1）			
要支援2	1,522円	44円	1,566円	46,980円	7,282円

③ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護利用料（3割負担）

	介護費	加算額	合計負担額 1日計	合計負担額 (30日計)	加算（2） (30日計算)
		加算（1）			
要支援2	2,283円	66円	2,349円	70,470円	10,923円

※加算（1）・・・サービス提供体制加算（I）を算定

当施設での職員体制においては、介護福祉士を持った介護員が70%以上配置されている、また当該基準を満たしていることから、算定可能となっております。尚、職員の配置状況の変更により、所定の割合を下回った場合には、加算額を変更することになります。

※加算（2）・・・介護職員待遇改善加算（III）を算定

当法人として条件を満たしている為、算定可能となっており、所定単位数（月額利用単位数）の、
155／1000が月額分、上乗せされます。利用日数や他加算の追加により金額に変動があります。

④ 付加サービスの利用料

	介護保険適用時の 1日当たりの自己負担額 (1割負担)	介護保険適用時の 1日当たりの自己負担額 (2割負担)	介護保険適用時の 1日当たりの自己負担額 (3割負担)
初期加算	30円	60円	90円
入院時費用	246円	492円	738円
若年性認知症 入所者受入加算	120円	240円	360円
退居時相談 援助加算	400円	800円	1,200円

※初期加算は、入所した日から起算して30日以内の期間について、入院・外泊期間を除き加算します。入所・再入所後30日以内。

※入院時費用は、入院期間の初日と最終日を除いた日について、1月に6日を限度として介護福祉施設サービスの利用料に代えて負担していただきます。

※若年性認知症入所者受入加算の算定に際しては、計画作成者を中心担当者としてサービス提供を行います。また、若年性認知症入所者受入加算は、若年性認知症入所者に限ります。

※退所時相談援助加算は、入所者1名につき、1回を限度とします。

⑤ その他の費用

	料 金	備 考
食 材 料 費	1, 200円	1日あたり
居 住 費	100円	1日あたり
光 熱 費	400円	1日あたり
暖 房 費	100円	1日あたり（10月～3月）
お む つ 代	実 費	
理 美 容 代	実 費	ご希望により、施設で契約している理・美容院を利用した場合、顔剃り含め、2,000円
日 常 生 活 品	実 費	歯ブラシ、歯磨き、ティッシュ等
レクリエーション	実 費	材料費等
健 康 管 理 費	実 費	予防接種等

（2）料金の支払方法

毎月10日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

お支払い方法は、銀行振込、現金集金、口座自動引落しの3通りの中から自由に選べます。

○ 銀行振込の場合・・・金融機関名 つがるにしきた農業協同組合 つがる統括支店
名 義 つがる市社会福祉協議会 特別養護老人ホーム安住の里
施設長 渋谷 幸雄
口座番号 普通 0005422

○ 口座自動引落の場合・・・①金融機関名 つがるにしきた農業協同組合
(つがる支店)
②金融機関名 ゆうちょ銀行

○ 現金集金の場合・・・当施設の事務室にてお支払い

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用方法

まずは、電話等でお申し込みください。当施設の職員がお伺いいたします。

※介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に地域包括支援センターとご相談ください。

(2) サービスの終了

①お客様の都合でサービスを終了する場合

退所を希望する日の30日前までにお申し出ください。

②自動終了

以下の場合は、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）もしくは要支援と認定された場合
- ※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
- ・お客様が亡くなられた場合

③ その他

- ・お客様の心身状況等の変化により、当施設が自ら必要なサービスを提供する事が困難と認めた場合（医学的管理の必要性が生じた場合等）には、他福祉施設・保健施設・医療施設等適切な施設へ移行することを勧奨し、サービスを終了させて頂く場合もございます。
- ・お客様が、病院又は診療所に入院し、明らかに1ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、または入院後1ヶ月経過しても退院できない事が明らかになった場合
- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したのにもかかわらず14日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。なお、この場合、契約の終了後の予約は無効となります。

7 秘密の保持

- ① 当施設の従業者及び従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。そのため、従業員との雇用契約の内容に秘密の保持すべき旨を盛り込んでおります。

8 個人情報の利用

- ① 事業所は、入所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ています。

- ② 事業者で得た入所者の個人情報については、事業者でのサービス担当者会議等の、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、入所者の医療上緊急の必要がある場合等の外部への情報提供については、必要に応じて入所者又はその代理人の書面による了解を得てから行います。

9 サービス内容に関する苦情

①当施設のお客様相談・苦情窓口

・グループホーム安住の里

苦情受付担当者 : 木 村 智恵美 (管 理 者)

電 話 0173-46-3100

F A X 0173-69-7070

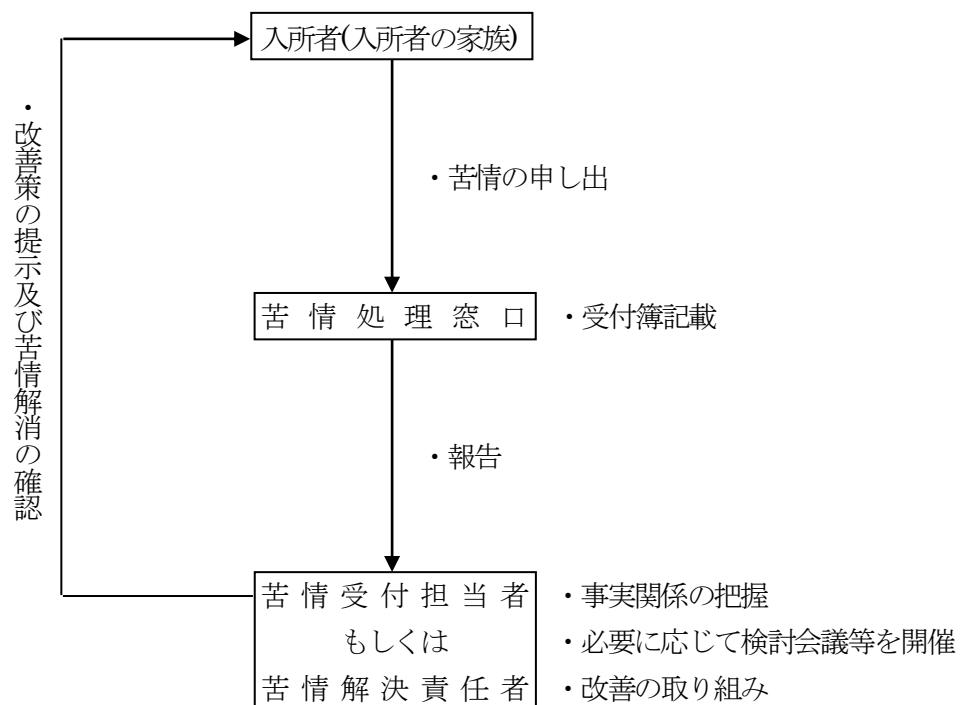
受付日 年中 (24時間)

・つがる市社会福祉協議会

苦情解決責任者 : 事務局長 長内信行

電 話 0173-42-4886

『苦情処理手続フロー』



②その他

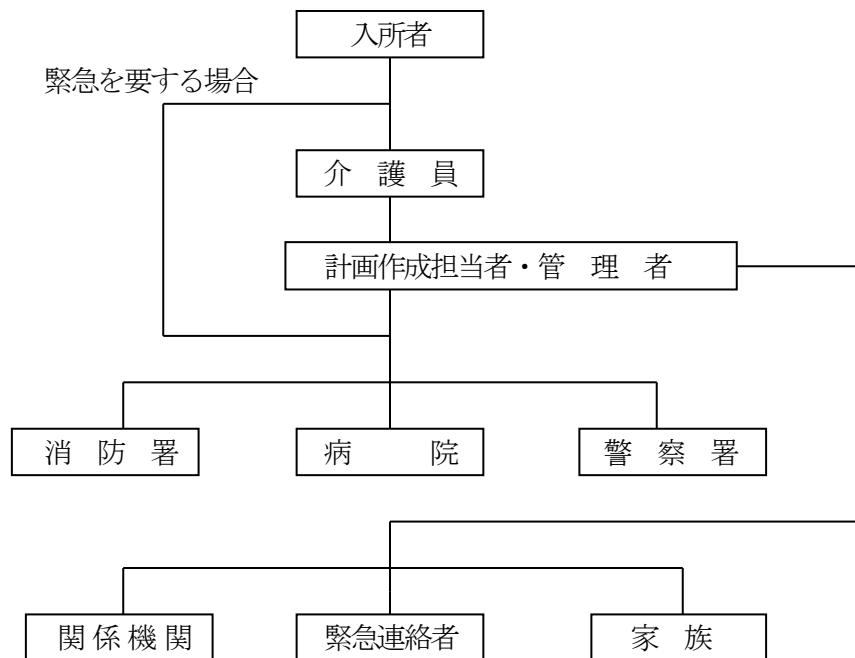
当施設以外に、お住まいの市町村又は下記の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| ・つがる市役所 | 電話番号 : (0173) 42-2111 |
| ・青森県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 : (017) 723-1336 |
| ・福祉サービス苦情解決第三者委員会 | 電話番号 : (0173) 42-4660 |
| ・青森県運営適正化委員会 | 電話番号 : (017) 731-3039 |

10 緊急時の対応方法

サービスの提供中に様態の変化等があった場合は、速やかに入所者の主治医、嘱託医、救急隊、緊急連絡先(ご家族等)へ連絡します。

連絡組織図



- 1 入所者に様態の変化等を発見した場合は、計画作成担当者に連絡する。
- 2 計画作成担当者確認の上、協力機関（主治医、消防、警察等）に連絡する。
- 3 入所者の家族もしくは緊急連絡者へ連絡する。

主 治 医	病 院 名		
	氏 名	電話番号	

緊急連絡先 (家族等)	住 所		
	氏 名	電話番号	

協力医療機関	病 院 名	山内クリニック（青森県つがる市木造末広45番地24）	
	氏 名	山 内 誠	電話番号 0173-42-7171

また、主な入院医療機関は次のとおりです。

か な ぎ 病 院	五所川原市金木町菅原19	0173-53-3111
医療法人白生会胃腸病院	五所川原市中平井町142-1	0173-34-6111
布 施 病 院	五所川原市芭蕉18-4	0173-35-3470

1.1 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、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに、県・お住いの市町村・ご家族に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際して採った措置について記録するとともに、その原因を解明し再発防止の対策を講じます。なお、お客様に対して施設の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。ただし、事業者の責任とならない場合は、賠償できないこともあります。

当施設はあいおいニッセイ同和損害保険株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

1.2. 非常災害対策

非常時の対応	別途定める消防計画により対応を行います。										
防 災 設 備	設備名称	個数等	設備名称	個数等	設備名称	個数等					
	自動火災報知	あり	屋内消火栓	11基	非常放送	あり					
	誘導灯	30個	煙感知器	あり	火災通報	あり					
	防火扉	3カ所	ガス漏れ検知器	あり							
	スプリンクラー	全居室並びに施設内全箇所									
	カーテン、布団等は防炎性能のあるものを使用しています。										
防 災 訓 練	※自動火災報知機、非常放送、火災通報器は併設する特別養護老人ホームに設置										
	夜間及び昼間を想定しての訓練を年2回実施し、年2回消防の検証をお願いしています。										
防 火 管 理 者	管理者 渋 谷 幸 雄										

1.3 虐待防止に関する事項

- ① 当施設では、入所者の擁護・虐待の防止等のための措置として、従業者に対する定期的な研修の実施並びに虐待防止及び対応に関する委員会の設置を行っています。また、入所者及びその家族からの苦情処理体制の整備、その他虐待防止のための必要な措置を講ずるものといたします。
- ② 当施設では、サービス提供中に当該事業所従事者又は養護者（入所者の家族等、高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報いたします。

1.4 業務継続計画に関する事項

当事業所では、感染症や非常災害が発生した場合でも、業務を継続的に実施・再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的に開催・見直しし、必要に応じて変更していきます。

1.5 その他

- ①介護サービスの提供記録の開示について

入所者又はその家族からサービス提供記録並びに介護・看護記録の開示を求められた場合は、身分証明書等により本人又は家族であることを確認の上、提供した介護サービスの提供記録並びに介護記録を開示いたします。

上記の重要事項説明書を証するため、本書2通を作成し、入所者、施設が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

施設名

<所 在 地> 青森県つがる市稻垣町豊川宮川143番地1

<名 称> グループホーム安住の里

<管理者氏名> 管理者 木 村 智恵美 印

<電 話> 0173-46-3100

重要事項説明者

<職 名>

<氏 名> 印

<電 話> 0173-46-3100

私は、本書面により、事業所から指定介護予防認知症対応型共同生活介護についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意いたします。

入所者

<住 所>

<氏 名> 印

<電 話>

(代理人)

<住 所>

<氏 名> 印

<続 柄>

<電 話>

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、地域包括支援センターと介護サービス担当者との間で開催されるサービス担当者会議において、入所者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記（1）の他、地域包括支援センター又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。
- (4) 看取り介護について、施設退所後も、入所者死亡確認の為、継続して入所者の家族指導や医療機関に対する情報提供が必要な場合。また、情報共有を円滑に行う為、施設側から入所者の入院する医療機関等へ状況を訪ねた時に、医療機関が施設への本人状態の説明を行う場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 介護予防サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）
- (3) 市町村担当窓口、その他各種関係機関の担当者等

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間及び看取り介護に関する本人の状態を確認する期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

5 肖像権について

当施設のパンフレット・施設内研修・掲示板・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用させていただく場合がございます。使用につきましては以下に○をご記入下さい。

（同意する・同意しない）

令和　　年　　月　　日

グループホーム安住の里 管理者 殿

（本人）住 所

氏 名

印

（家族）住 所

氏 名

印