

グループホーム愛和 ハート&ハートあだち重要事項説明書

1. 当グループホームについてのご質問、ご相談窓口

電話番号	03-3898-2941 (9時~18時)
担当者	山田 伊織

2. 当グループホームの概要

(1) 当グループホームの内容等

介護保険事業所番号	第1372104750
事業所名	グループホーム愛和 ハート&ハートあだち
所在地	東京都足立区江北1-25-1

(2) 職員体制

令和6年11月27日現在

	資格	常勤(名)	非常勤(名)
管理者	ヘルパー2級	1(介護業務兼務)	
計画作成担当者	介護支援専門員 介護福祉士	1(介護業務兼務)	1(介護業務兼務)
介護職員	介護福祉士	1	3
介護職員	ヘルパー1級	0	0
介護職員	ヘルパー2級	0	1
介護職員	初任者研修課程修了	3	1
合計	12名	6名	6名

(3) 職員勤務時間設定

早番	日勤	遅番	夜勤
7時30分 ~ 16時30分	9時00分 ~ 18時00分	10時00分 ~ 19時00分	16時30分 ~ 翌10時00分

※下記時間帯に基づき24時間のローテーション

[非常勤]7時30分~19時内でのローテーション

(4) 勤務人数設定

(ア) 運営基準に順ずる

午前6時から午後9時までの15時間の中に、8時間×3人=延べ24時間分の介護を提供する

(イ) 夜勤帯は、職員2名の勤務とする。

要所に防犯カメラを設置し、他フロアーにいても入居者の動向を把握できるように整備している。

(5) 設備の概要

建物構造・面積	鉄筋2階建て・敷地面積 2157.79 m ² ・延床面積 548.12 m ²
居室の数と面積	居室の数:18室・1室あたりの居室面積 11.25 m ²
トイレ	1階・2階 各3ヶ所(2ユニット)
浴室	1階・2階 各1ヶ所(2ユニット)
台所・食堂	1階・2階 各1ヶ所
居間	1階・2階 各1ヶ所

3. サービスの内容

項目	サービス内容
介護計画の立案	適切なアセスメントを行い、本人・保証人が望む生活が実現できるような介護計画作成を行います。
食事	・食事時間 朝 食 午前 7:00～午前8:00 昼 食 午後 0:00～午後1:00 おやつ 午後 15:00～午後15:30 夕 食 午後 17:00～午後18:00 ・本人の希望、体調にあわせて提供いたします。 ・利用者と職員が、できる限りの範囲で食事の準備・後片付けを行い、役割や生きがい、充実感や達成感を持って生活していくことができるよう支援していきます。
生活介護	・一人一人の生活リズムに合わせた支援をいたします。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・清潔な寝具を提供します。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴	原則、週 2 回の入浴または清拭を行います。 ※本人の希望・身体症状に合わせて適時行います。
生活相談	利用者及び保証人からの相談について、誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
行政手続き代行	行政機関への手続きが必要な場合は、利用者や保証人の状況によっては代行します。

機能訓練	離床援助・屋外散歩同行・家事共同等により生活機能の維持改善に努めます。
金銭管理	・原則、金銭・貴重品の持ち込みはご遠慮願います(紛失した場合の責任は負えません) ・基本、本人管理でお願いしておりますが、物品購入等、現金にて支払いが必要な場合に備え定額をお預かりします。管理している金銭の収支及び残高については報告致します。
記録保存	サービス提供に関する記録を作成することとし、サービスを提供した日から5年間保存いたします。

4. 小口現金預かりについて(契約書別紙参照)

日常生活において通常必要となるものに関わる費用にあたって、入居者が負担することが適当と認められる費用(私物の買物・理容・美容・外食・受診等)は、全額入居者の負担となります。

5. 利用料金

当ホームのサービス利用料金について

<1>介護保険給付サービス

利用料金が介護保険から給付される場合

<2>介護保険給付外サービス

利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

○認知症対応型共同生活介護

<1>介護保険一部負担金(2ユニット)

要支援2	749単位/日額
要介護1	753単位/日額
要介護2	788単位/日額
要介護3	812単位/日額
要介護4	828単位/日額
要介護5	845 単位/日額

その他加算(1日あたり)

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	勤続年数10年以上の介護福祉士 25%以上配置	22単位
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	介護福祉士60%以上配置	18単位
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	勤続年数7年以上の職員が30% 以上配置	6単位
医療連携体制加算(Ⅰ)ハ	医療ニーズが必要となった場合に 適切な対応が取れる等の体制を 整備している。	37単位
医療連携体制加算(Ⅱ)	看護職員を常勤換算で1名以上 配置している。看護職員が准看護 師の場合は病院の看護師との連 携体制を確保すること。算定日が 属する月の前12ヶ月間において、 喀痰吸引を実施している状態又は 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が 行われている状態の入居者が1人 以上であること。	49単位
医療連携体制加算(Ⅲ)	看護師を常勤換算で1名以上配 置していること。算定日が属する月 の前12ヶ月間において、喀痰吸引 を実施している状態又は経鼻胃管 や胃瘻等の経腸栄養が行われて いる状態の入居者が1人以上であ ること。	59単位
認知症専門ケア加算(Ⅰ) (該当者のみ加算)	認知症日常生活自立度Ⅲ以上の 者が入居者の1/2以上 日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又 はM に該当する方認知症介護実 践リーダー研修者1名以上配置	3単位
認知症専門ケア加算(Ⅱ) (該当者のみ加算)	認知症専門ケア加算(Ⅰ)の要件を 満たし、かつ認知症介護指導者研 修終了者を1名以上配置	4単位
初期加算 (該当者のみ加算)	入所後30日と日常生活自立度の ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する方は 入院1ヶ月を超え退院日から30 日	30単位
入院時費用 (該当者のみ加算)	入院後3ヶ月以内に退院が見込ま れる入居者について、退院後の再 入居の受け入れ体制を整えている 場合(1ヶ月に6日が限度)	246単位

口腔衛生管理体制加算 (原則全員対象)	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る指導を月1回以上行っている場合	30単位/月
栄養管理体制加算 (原則全員対象)	管理栄養士が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行うこと	30単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算 (原則全員対象)	利用者に対し、利用開始時及び利用中6ヶ月毎に口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する計画作成担当者に提供した場合(6ヶ月に1回が限度)	20単位/回
生活機能向上連携加算(I) (該当者のみ加算)	通所リハビリテーションを実施している事業所の理学療法士等や医師からの助言を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること	100単位/月
生活機能向上連携加算(II) (該当者のみ加算)	通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問して行う場合	200単位/月
看取り介護加算 (該当者のみ加算)	看取り介護を行った場合 死亡日以前31日~45日以下	72単位
看取り介護加算 (該当者のみ加算)	看取り介護を行った場合 死亡日以前4日~30日以下	144単位
看取り介護加算 (該当者のみ加算)	看取り介護を行った場合 死亡日以前2日~3日	680単位
看取り介護加算(該当者のみ加算)	看取り介護を行った場合 死亡日	1280単位
若年性認知症利用者受入加算 (該当者のみ加算)	若年性認知症利用者ごとの担当者を中心に、特性やニーズに応じたサービスを行った場合に加算されます。	120単位
科学的介護推進体制加算 (該当者のみ加算)	利用者毎のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出する。必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって	40単位/月

	情報その他のサービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用する。	
退居時相談援助加算 (該当者のみ加算)	利用期間が1ヶ月を超える入居者が退居するにあたり、退居後の相談援助と、退所後のサービス提供者への情報提供を受けた場合に算定する。(一人につき1回)	400単位
夜間支援体制加算(Ⅱ) (該当者のみ加算)	夜間及び深夜の時間帯に1ユニット1名+介護従事者または宿直職員を1名配置	25単位
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の11.1%	
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の8.1%	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の3.1%	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の2.3%	
認知症対応型ベースアップ支援加算	所定単位の2.3%	

※ 総単位数に介護職員処遇改善加算(Ⅰ)・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)を加え、地域区分その他(10円/単位)を乗じた合計金額に負担割合証に応じた負担割合が利用者負担となります。

※ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)のいずれかは、原則全員対象となります。

※ 医療連携体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)のいずれかは、原則全員対象となります。

※ 新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、2021年4月1日～2021年9月30日の間、介護保険一部負担金に0.1%を乗じた金額が利用者負担に上乘せとなります。

<2>実費にて必要な費用

項目	利用料	内容
理美容料	実費	理美容店の出張によるサービス
おむつ代	実費	
クリーニング代	実費	布団、コート等
外出時費用	実費	個人的な食事、買い物、交通費、入場料等
往診・病院受診	実費	ご家族対応、サービス事業者対応
修繕費	実費	入居者の故意による破損・汚損又は減失例)居室床・クロス張替え 55,000円(税抜)

※ 令和5年12月1日入居の方より適用。ただし、材料費の値上げや人件費により料金変更の可能性あり。

【利用料】

項目	一般	生活保護
家賃	84,000円	53,500円
共益費	20,000円	20,000円
水道光熱費	15,000円	15,000円
生活費	6,500円	①75歳～1,000円 ②70歳～74歳 4,350円 ③65歳～69歳5,900円
食費	1,200円/日	900円/日

(算定30日)

6. 請求支払い方法

- ・原則的に1ヵ月分のご利用料金を一括して請求する月精算(預り金を含む)で、請求書は翌月15日頃に郵送させていただきます。
- ・お支払い方法は、指定の口座より振り替えさせていただくか、指定の口座へのお振り込みをお願いします。
- ・振り込みの場合、請求書記載の銀行口座にお振り込み下さい。振り込み手数料はご負担下さい。
- ・口座振替の場合、指定銀行口座より引き落とします。依頼書が必要ですので、事務所までご連絡下さい。

7. 料金及び支払方法

指定認知症対応型共同生活介護を提供した場合の利用料の額は、厚生労働省が定める額とし、指定認知症対応型共同生活介護が法定代理サービスであるときは、その額の負担割合は、各利用者の介護保険負担割合証参照(1割・2割・3割)の上、適用期間の所得に応じその額を負担割合とする。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業所に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金をお支払い下さい。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

サービス提供証明書及び領収証は、後に利用料の償還払いを受ける時に必要となります。

－ 支払方法 －

【振替 指定口座】

振替指定口座	SMBC ファイナンスに委託	(株)愛和
引き落とし日	25日	

※土日祝日の際は、翌日が引き落としになります。

【振込 指定口座】

振込指定口座	瀧野川信用金庫 足立支店	(普通口座)8967226	(株)愛和
--------	--------------	---------------	-------

(注)月の途中で入退去される場合は、家賃等を日割計算にて清算いたします。

－ 入居保証金・入居一時金について －

当事 ※当事業所では、入居保証金・入居一時金はありません。

一般(負担割合別)

－ 介護保険給付費負担割合 料金表 －

状態区分		要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護報酬		749	753	788	812	828	845
加算	医療連携体制/日	-	37				
	サービス提供体制Ⅲ/日	6					
	初期加算/日	30					
	処遇改善/月	所定総単位数の11.1%					
	特定処遇改善/月	所定総単位数の2.3%					
	ベーシック加算/月	所定総単位数の2.3%					
1級地係数	円	10.9					
個人1割負担/月(a)	円	26,738	27,977	27,906	28,756	29,323	29,925
個人2割負担/月(a)	円	53,475	55,954	55,813	57,512	58,646	59,850
個人3割負担/月(a)	円	80,213	83,931	83,719	86,269	87,969	89,775

※初期加算額:入居日から30日までの加算料金 ※介護報酬金額(円)/月額(30日)を基準として計算

要介護度別合計/月	月	188,238	189,477	189,406	190,256	190,823	191,425
自費+1割負担(a+b)		214,975	217,454	217,313	219,012	220,146	221,350
自費+2割負担(a+b)		241,713	245,431	245,219	247,769	249,469	251,275
自費+3割負担(a+b)							
利用者負担金	単位	金額 (円)					
食費	日	1,200					
	月	36,000					
家賃	月	84,000					
共益費	月	20,000					
光熱費	月	15,000					
生活費	月	6,500					
計(b)	月	161,500					

※食費は直前にキャンセルされた場合及び1日1回でも召し上がった場合には1日分頂きます。

※食費は定期的の実費精算

項目	利用料	内容
理美容料	実費	理美容店の出張によるサービス
おむつ代	実費	
クリーニング代	実費	布団、コート等
外出時費用	実費	個人的な食事、買い物、交通費、入場料等
往診・病院受診	実費	ご家族対応、サービス事業者対応
修繕費	実費	入居者の故意による破損・汚損又は減失例)居室床・クロス張替え 55,000円(税抜)

生活保護

※ただし、材料費の値上げや人件費により料金変更の可能性あり。

－生活保護－

状態区分		要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護報酬		749	753	788	812	828	845
加算	医療連携体制/日	-	37				
	サービス提供体制Ⅲ/日	6					
	初期加算/日	30					
	処遇改善/月	所定総単位数の11.1%					
	特定処遇改善/月	所定総単位数の2.3%					
	ベーシック加算/月	所定総単位数の2.3%					
1級地係数	円	10.9					
負担/月(a)	円	-	-	-	-	-	-

※初期加算額:入居日から30日までの加算料金 ※介護報酬金額(円)/月額(30日)を基準として計算

要介護度別合計/月	月	① 116,500円 ② 119,850円 ③ 121,400円
自費(a+b)		
利用者負担金	単位	金額(円)
食費(30日)	日	900円
	月	27,000円
家賃	月	53,500円
共益費	月	20,000円
光熱費	月	15,000円
生活費	月	①75歳~1,000円 ②70歳~74歳4,350円 ③65歳~69歳5,900円
計(b)	月	① 116,500円 ② 119,850円 ③ 121,400円

※食費は直前にキャンセルされた場合及び1日1回でも召し上がった場合には1日分頂きます。

※食費は定期的に実費精算

項目	利用料	内容
理美容料	実費	理美容店の出張によるサービス
おむつ代	実費	
クリーニング代	実費	布団、コート等
外出時費用	実費	個人的な食事、買い物、交通費、入場料等
往診・病院受診	実費	ご家族対応、サービス事業者対応
修繕費	実費	入居者の故意による破損・汚損又は減失例)居室床・クロス張替え 55,000円(税抜)

※ただし、材料費の値上げや人件費により料金変更の可能性あり。

【入居の手続き】

① 入居照会

- ・入居希望のご本人が「認知症状を伴った要支援2以上であること」を確認の上、電話又は来訪の上、お尋ね下さい。
- ・見学もできますので、お気軽にご連絡、ご相談下さい

② 入居申し込み

- ・「入居申込書」に必要事項を記入し、直接お申し込み下さい。

③ 訪問調査

- ・職員が日常生活の状況や協調性等についてお尋ねします。

④ 書類の提出

- ・医師の情報提供書をご提出いただきます。

⑤ 入居契約の締結

⑥ 正式入居

【必要な書類など】

① 介護保険被保険者証

② 介護保険負担割合証

③ 健康保険被保険者証(後期高齢者医療保険証)

④ 老人医療受給者証

⑤ 身体障害者手帳(障害のある方)

※更新毎に必ず施設までお届けください。

－入居の条件－

- ① 主治医師による認知症の診断があり「要介護認定 要支援2～要介護5」であること
- ② 足立区民であること。
- ③ 入居時、一般浴槽への出入りが見守りや支援によりできる方。
- ④ 他人への暴力行為や自傷行為の恐れのないこと。
- ⑤ 常時医療を必要とする、慢性疾患を有しないこと。
- ⑥ 当事業所の提供する共同生活を営むにあたり、支障がないこと。
- ⑦ 保証人(2名)及び身元引受人を立てることができること。
- ⑧ 当事業所の運営方針に賛同できること。

【通院・入退院時、入院中の対応】

(1) 通院・入退院時の送迎

緊急時を除き、通院・入退院時の送迎は、原則として保証人で行って下さい。

(2) 入院時の対応

入院中の対応は、保証人でお願いします。

【看取り介護】

看取り介護は、医学的な見解から医師が回復の見込みがないと判断し、かつ医療機関での対応の必要性が低いと判断した場合に実施されます。本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めます。実施については、医師より状況を説明し、看護師・介護職員・介護支援専門員と連携し看取り介護に関する計画を作成し、ご利用者（入所者）の保証人等に同意を得て実施します。

【退居の手続き】

次の場合は、入居契約を解除し、退居とさせていただきます。

(1) 利用者及び保証人からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

退所を希望する日の概ね14日前には申し出てください。

(2) 当施設は、次の事由に当てはまる場合、ご利用者（入所者）及び保証人に対して文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

①ご利用者（入所者）のサービス利用料金の支払が、正当な理由なく連続して2ヶ月以上遅延し、支払いの催告をしたにもかかわらず10日以内に支払われない場合。

②ご利用者（入所者）が病院等に入院し、明らかに2ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、または入院後2ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合。

③ご利用者（入所者）が、契約期間内にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の報告を行い、その結果本契約を継続しがたい事情を生じさせた場合。

④ご利用者（入所者）又は保証人が当施設やサービス従業者または他のご利用者（入所者）の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又はこの契約を継続し難いほどの背信行為及び反社会的行為（職員へのハラスメント行為を含む）を行い、その状況の改善が認められない場合。

⑤ご利用者（入所者）が自傷行為や自殺のおそれが極めて高く施設においてこれを防止できない場合。

(3) 介護認定によりご利用者の心身の状況が、自立又は要支援Ⅰと判定された場合。

(4) 常時医療行為が必要になったとき。

(5) 次の事由に該当した場合は、この契約はその翌日から自動的に終了いたします。

①ご利用者（入所者）が他の介護保険施設に入居した場合、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合。

②ご利用者（入所者）が死亡された場合。

③やむを得ない事情により施設を閉鎖する場合。

(6) 円滑な退所のための援助

ご利用者（入所者）が当施設を退所する場合には、ご利用者の希望により、当施設はご利用者（入所者）の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助を速やかに行います。

①適切な病院もしくは診療所又は介護老人福祉施設や介護老人保健施設等の紹介。

②居宅介護支援事業者の紹介。

③その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介。

－退居時－

①持ち込まれた衣類・家具等は、保証人又は身元引受人にお引取りいただきます。

②専門業者による居室ワックス掛け料金がかかる場合があります。

③居室の破損・汚れがある場合、別途費用がかかる場合があります。

8. 当ホームの特徴等

① 運営方針

1. 支援従事者は、要介護者であって認知症の状態にあるものについて、共同生活住居において家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事などの介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、入居者の有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な援助を提供する。
2. 事業の実施にあたっては、関係区市町村、地域の保健・医療福祉サービスとの緊密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
3. 地域の民生委員や町会長と連携し、盆踊りやお祭りなどの行事に参加することなどにより、地域交流を積極的に行う。
4. 入居者の人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービス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、入居者が必要とする適切なサービスを提供する。
5. 入居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。
6. 適切な介護技術を持ってサービスを提供する。
7. 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。

② ホームの情報提供、工夫、特徴

- ・第三者評価機関による評価の実施
- ・公園・ゲートボール場、学校などが隣り合わせた場所です。
- ・その人らしさを大切に、自分の生活リズムや役割、趣味を活かせる暮らしを支援します。
- ・地域(町会・学校関係・ボランティア等)の方々との交流を図ります。

9. ホーム利用の留意事項

事項	内容
面会	・面会時間 午前9:00～午後19:00 それ以外についてはご相談下さい。 ・インフルエンザの流行時など、面会時間・方法にご配慮頂く場合があります。
外出・外泊	・必ず行き先とホームへ戻られる時間、食事の有無など必要なことを所定の用紙で職員にお届け下さい。
所持品の持ち込み	・家具・衣類の持ち込みは、居室内に収まりきる範囲内でお持ち下さい。(備え付けの家具有り) ・季節毎の衣類の入れ替えは保証人等にてお願い致します。
宗教・政治活動	・施設内での宗教活動・政治活動はご遠慮下さい。
ペット	・ペットの持ち込みはお断りします。
食べ物持ち込み	・衛生管理上、1回で食べきれぬ量でお願いします。
金銭管理	「小口現金預かり契約書」参照
保険証管理	・保険証原本にて受診、診察が行われているため、原本をお預かりいたします。 ・国民健康保険等で扶養の場合は、遠隔地保険証をお預かりいたします。
装飾品	・時計、指輪、ネックレス等は、お預かりいたしません。 ・紛失及び破損された場合、一切責任を負いません。

10. 個人情報の保護

(1) 秘密保持の厳守

・当施設及びすべての従業者は、サービス提供をする上で知り得たご利用者（入所者）及び保証人等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様といたします。

(2) 個人情報の保護

・当施設は、自らが作成または取得し、保存しているご利用者（入居者）等の個人情報について、個人情報の保護に関する法律その他関連法規及び、法人の諸規則に則り、適正な取り扱いを行います。

・当施設は、法令規則により公的機関へ報告が義務付けられているもの、及び緊急の場合の医療機関等へのご利用者（入所者）の心身等に関する情報提供、その他、ご利用者（入所者）が『個人情報の使用に係る同意書』にて予め同意しているもの以外に、ご利用者（入所者）又は保証人の同意なく第三者に個人情報の提供を行いません。

(3) 個人情報の開示

・当施設で作成し保存しているご利用者（入所者）の個人情報、記録については、ご利用者（入所者）及び保証人から開示の申し出があったときは、身分証明書等により本人であることを確認の上、開示します。ただし、開示することにより次の各号のいずれかに該当する場合は、その全部又は一部を開示しないことができます。

- ①本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合。

②当施設の事業の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合。

③他の法令に違反することとなる場合。

・開示は、書面により行います。ただし、開示の申出をした者の同意があるときは、書面以外の方法により開示をすることができます。

・当施設が保有個人データを開示しない旨を決定したときは、遅滞なくその旨を通知します。

11. 人権擁護と高齢者虐待防止法

・当施設は、虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	(職・氏名) 管理者 山田伊織
-------------	-----------------

・当施設は、虐待防止のための指針を整備します。

・当施設は、成年後見人制度の利用を支援します。

・当施設は、苦情解決体制を整備しています。

・当施設は、従業者に対する人権擁護・虐待防止の委員会及び啓発するための研修を定期的に行います。

・当施設は、従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できるメンタルヘルス体制を整えるほか、従業者がご利用者(入所者)等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

・サービス提供中に、当施設の従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われるご利用者(入所者)を発見した場合は、速やかにこれを市町村等に通報します。

12. 緊急やむを得ない場合の身体拘束の手続き

身体拘束等の適正化に向けての取り組み

・当施設は、身体的拘束等の適正化の指針を整備します。

・サービス提供に当たり、ご利用者(入所者)または他のご利用者(入所者)の生命または身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。

・緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、その事由をご利用者(入所者)及び保証人に、【緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書】をもって説明し、同意を得ます。

・当施設は、緊急やむを得ず行う身体拘束について、実施状況の記録を整備し、その廃止に向けて対策を検討する委員会を開催するなど、身体的拘束等の適正化の取り組みを行います。

・身体拘束等の適正化のための従業者に対する研修を定期的に行います。

13. 緊急時の体制

当該事業所が提供する共同生活において、入居者に病状の急変が生じた場合、その他、必要な場合は緊急時のマニュアルに基づき、速やかに主治医又は、救急車を要請します。又、速やかにご家族への連絡を行います。救急搬送した場合は、搬送先にてご家族対応をお願いします。

14. 事故発生時の体制

介護事故発生の防止及び事故発生時の対応

(1) 介護事故発生の防止

- ・当施設は、事故が発生した場合の対応、次に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備します。
 - ・当施設は、事故が発生した時またはそれに至る危険性がある事態が生じた時に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備します。
 - ・当施設は、事故発生の防止のための委員会及び介護職員その他の従業者に対する研修を定期的に行います。
 - ・当事業所が提供する共同生活での事故発生時、必要な場合は緊急時のマニュアルに基づき、速やかに主治医又は救急車を要請します。又、速やかにご家族への連絡を行います。救急搬送した場合は、搬送先にてご家族対応をお願いします。
- なお、居室での事故に関しては、巡回時発見後の対応となり、当該事業所は一切の責任をおわないものとする。

15. 損害賠償

- ・当施設において、施設の責任によりご利用者（入所者）に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。
- ただし、損害の発生について、ご利用者（入所者）に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者（入所者）の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

16. 記録の整備

- ・当施設は、各サービス、従業者、会計等に関する諸記録を整備します。ご利用者（入所者）に関する諸記録については、契約が終了した日から5年間は保管管理します。
- ・ご利用者（入所者）及びその家族は、施設に対して保管しているサービス提供記録等の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。「19.個人情報保護」の項目をご覧ください。

17. 感染症予防及び感染症発生時の対応（衛生管理等を含む）

- ・当施設の用に供する施設、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、衛生上必要な措置を講じます。
- ・当施設において感染症の発生又はまん延しないように必要な措置を講じるとともに、食中毒及び感染症の発生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。
- ・当施設は、感染症対策の指針を整備します。
- ・当施設は、感染症発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修、発生時の訓練を定期的に行います。

18. 非常災害対策

非常災害対策

当施設に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取組みを行います。

- ・防災の対応：消防計画に基づき速やかに消火活動に努めるとともに、避難・誘導にあたります。

- ・防災設備:防火管理者を選任し、消火設備、非常放送設備等、必要設備を設けます。
- ・防災訓練:消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、従業者およびご利用者(入所者)、地域住民の参加が得られるよう連携に努め、消火通報、避難訓練を年間計画で実施します。
- ・当施設は、大地震等の自然災害、感染症のまん延等、あらゆる不測の事態が発生しても事業を継続できるよう計画(BCP)を策定し、研修の実施、訓練を定期的に行います。

19. 地域との連携

(1) 事業所は、周辺地域との相互理解に深め、地域に開かれ、地域と支えあうグループホームとなるために入居者、入居者の家族、市町村の職員、地域住民の代表等で構成される運営推進会議を設置します。

(2) 2ヶ月に1回、運営推進会議を開催し、活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに運営推進会議からの必要な要望、助言等を聞く機会を設けています。

20. 利用者等の意見を把握する体制、サービスの第三者評価の実施状況

利用者アンケート調査、意見箱等 利用者の意見等を把握する取組 の状況	1 あり	実施日
		結果の開示 1 あり 2 なし
	2 なし	
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日 令和 5 年 12 月 1 日
		評価機関名称 シルバーサービス振興会
		結果の開示 1 あり 2 なし

21. サービスについての苦情等

【当ホームの苦情対応窓口】 担当 山田 伊織	電話 03-3898-2941
【区市町村の苦情窓口】 足立区介護保険課 事業者指導係	電話 03-3880-5111(代表)
【公的団体の窓口】 東京都国民健康保険団体連合会	東京都千代田区飯田橋 3-5-1 東京区政会館 電話 03-6238-0011(大代表)
【公的団体の窓口】 足立区権利擁護センターあだち	〒120-0036 東京都千住中町19-3 電話 03-5813-3551

22. 当社の概要

① 事業者

事業者の名称、法人種別	株式会社 愛和
代表者	代表取締役 勘澤 忠義
所在地	東京都葛飾区細田5-19-3
電話	03-6458-9111

② ご利用ホーム

施設の名称	グループホーム愛和 ハート&ハートあだち
管理者氏名	山田 伊織
所在地	東京都足立区江北1-25-1
電話番号	03-3898-2941
ファックス番号	03-3898-2942

23. 他に経営する介護関連事業等

① 居宅介護支援
③ 訪問介護
④ 訪問入浴介護
⑤ 介護予防事業
⑥ 通所介護事業
⑦ 放課後等デイサービス事業
⑧ 寝具乾燥事業

契約締結日 令和 年 月 日

この契約の証しとして本重要事項説明書を2通作成し、ご利用者及び事業者は記名押印のうえ、各自その1通を保有します。

【ご利用者】

私は、この重要事項説明書につき、事業所の職員（職名：管理者 山田 伊織）から説明を受け、内容を理解しました。私は、この契約に定めるところに従い、各種の介護サービスを利用します。

住所	〒
氏名	⑩

【署名代行者又は法定代理人】

私は、利用者本人の契約意思を確認の上、利用者に代わり、上記署名を行いました。

住所	〒
氏名	⑩ （続柄）
代筆理由	

【身元引受人】

私は、この重要事項説明書内容につき、説明を受け、身元引受人の責任につき理解しました。

住所	〒
氏名	⑩ （続柄）

【事業者】

当事業所は、ご利用者の申し込みを受諾し、この契約に定める各種サービスについて、誠実に責任をもって行います。

事業者名称：株式会社 愛和

所在地：東京都葛飾区細田5-19-3

事業所名称：グループホーム愛和
ハート&ハートあだち

事業所所在地：東京都足立区江北1-25-1

代表者：代表取締役 勘澤忠義 ⑩