重要事項説明書

【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】

令和７年４月１日現在

＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

※当事業所のご利用は、原則として要介護認定の結果「要支援2、要介護１～５」と認定された方で、東三河広域連合の８市町村に住所を有し、主治の医師により軽度又は中度の認知症の診断を受けている方が対象となります。

株式会社オリジン

グループホーム　フラワーサーチ

介護保険事業所番号　第２３７２００２２３４号

１、事業の概要

法人名 （設立年月日）	株式会社オリジン （平成 16 年 6 月 7 日）
代表者氏名	元吉　伸幸　（モトヨシ　ノブユキ）
法人所在地	豊橋市東高田町 670 番地
電話・ＦＡＸ	電話（0532）65－2121　FAX（0532）65－2122
事業所名	グループホームフラワーサーチ
事業所の種類 （指定年月日）	認知症対応型共同生活介護　　（平成 17 年 9 月 16 日） 介護予防認知症対応型生活介護　（平成 18 年 4 月 1 日）
保険事業者指定番号	第２３７２００２２３４号
管理者	河合　孝記　（カワイ　タカノリ）
入所定員	18 名（1 ユニット 9 名×2）
事業所の運営理念	「笑顔で育む健康美」 私たちはすべてのお客様に活き活きと笑顔で老後という新しい人生を過ごしていただきたいと願っています。心の健康な笑顔あふれるお年寄りは美しいと思います。もっともっと笑顔になって欲しい。もっともっと健康になって欲しい。その願いを実践に移します。
事業所の運営方針	１．ご利用者の人格を尊重し、常にご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、ご利用者及びご家族のニーズを的確に捉え、ご利用者が必要とする適切なサービスの提供に努めます。 ２．ご利用者が健康で安心して生活して頂けるよう、職員の介護技術の向上に努めます。 ３．地域や家庭との結びつきを重視し、関係機関との連携を図り、地域に開かれた事業所作りに努めます。 ４．ボランティアをはじめ各種社会資源の活用を積極的に図ります。 ５．常に提供したサービスの質の管理、評価を行います。
公共交通機関の便	JR 東海　東海道線　二川駅下車 ・ 徒歩２５分 ・ タクシー１０分程

	事業内容	事業指定番号	定員
他の介護保険事業	短期入所生活介護（介護予防含む） ショートステイフラワーサーチ	2372002002	20 名
	通所介護（介護予防含む）		
	デイサービスフラワーサーチ	2372001996	35 名
	フラワーサーチ　はた楽デイ	2372003323	70 名
	居宅介護支援事業所 居宅支援事業所フラワーサーチ	2372002010	106 名
	訪問介護事業所（介護予防含む） 訪問介護フラワーサーチ	2372002911	30 名
	訪問看護事業所（介護予防含む） 訪問看護フラワーサーチ	2362090157	30 名

２、グループホーム概要

建物概要	構造：木造平屋（延べ床面積　501 ㎡）
居室の概要	洋室　洗面所・エアコン付
共用設備の概要	台　所：各ユニットに１ヶ所 洗面所：各ユニットに１ヶ所 浴　室：各ユニットに１ヶ所 脱衣室：各ユニットに１ヶ所 食　堂：各ユニットに１ヶ所 居　間：各ユニットに１ヶ所 トイレ：各ユニットに３ヶ所（すべて車椅子対応） 収納庫：ホーム内に１ヶ所
防災の概要	防火管理者　：天野肇士 防災　訓練　：年２回 提出計画書　：消防計画、自主防災規定、地震防災規定 消　火　器　：各ユニットに１ヶ所 火災報知器　：各居室及び共有設備毎 消　火　栓　：ホーム玄関部に１ヶ所 自動通報装置：１機
損害賠償責任加入保険会社	社会福祉施設総合損害補償 引受保険会社：株式会社損害保険ジャパン

３．職員の配置状況

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	員数	保有資格等	研修受講等
管理者	１名	介護福祉士	認知症管理者研修 認知症介護実践者研修
計画作成担当者	２名	介護支援専門員（1 名） 管理者　（1 名）	認知症介護実践者研修
介護職員	14 名	介護福祉士　（3 名） 看護職員　（1 名） ホームヘルパー2 級（1 名） 実務者研修　（3 名） 介護初任者　（1 名） 認知症介護基礎研修（2 名）	実務者研修 初任者研修 認知症介護基礎研修
看護職員	１名	看護師 介護支援専門員	
事務職員	１名		

〈勤務体制〉

職種	勤　務　体　制
管理者	月～金曜日　８：３０～１７：３０
事務員	月～金曜日　８：３０～１７：３０

介護士	早番：　６：００～１５：００ 日中：　８：３０～１７：３０ 遅番：１２：００～２１：００ 夜勤：１５：００～　９：００ ナイト：２１：００～６：００

４．事業所が提供するサービスと利用料金の目安

保険給付対象サービス

食事・排泄・入浴（清拭）・着替え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
介護認定区分に応じて定められた金額の１割、もしくは２割が自己負担額となります
【基本サービスの日額】※負担割合が１割の場合

	要支援２	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
①介護度別サービス料金	7,594円	7,635円	7,990円	8,233円	8,395円	8,568円
②保険より給付される金額	6,834円	6,871円	7,191円	7,409円	7,555円	7,711円
利用者自己負担額(①－②)	760円	764円	799円	824円	840円	857円

【基本サービス以外の加算日額】

項　目	①省令規定金額	②保険給付金額	自己負担金額（①－②　）
初期加算（入所後30日）	304円	273円	31円
医療連携体制加算（ハ）(要介護者のみ)	375円	337円	38円
サービス提供体制加算Ⅲ	60円	54円	6円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	別途合計額に17.8%相当		

<table>
<tr><td rowspan="10">保険対象外サービス</td><td colspan="3">下記のサービスについては、個人に応じて自己負担となります。
料金の改定については、分かり次第連絡たします。</td></tr>
<tr><td rowspan="7">入居にかかる費用</td><td>項　目</td><td>金　額</td></tr>
<tr><td></td><td>家　賃</td><td>１ヶ月　４２,９００円
（日割りの場合１,４３０円／日）</td></tr>
<tr><td></td><td>食　費</td><td>１日　　２,２３０円
（おやつ代を含む）</td></tr>
<tr><td></td><td>管理費</td><td>１ヶ月　３９,５５０円
（日割りの場合１,３１８円）
＊水光熱費・寝具費・建物維持費・車両費・雑費</td></tr>
<tr><td></td><td>教養娯楽費</td><td>１日　１００円</td></tr>
<tr><td></td><td>入居一時金</td><td>２００,０００円
注①：退去時に返却します。但し、お部屋の現状復帰にかかる費用を差し引きます。</td></tr>
<tr><td rowspan="5">希望によるかかる費用</td><td>項　目</td><td>金　額</td></tr>
<tr><td></td><td>理容費</td><td>カット・顔そり　３,０００円
カットのみ　２,５００円
顔そりのみ　２,０００円</td></tr>
<tr><td></td><td>オムツ代</td><td>※ サイズにより金額が異なります</td></tr>
<tr><td></td><td>複写物の交付</td><td>１枚につき　１０円</td></tr>
<tr><td></td><td>その他</td><td>ホームにて個人で負担すべき費用を立て替えた場合に、その係る実費をいただきます。
例
・ 医療費　（受診代、薬代、療養食材等）
・ 日常生活品（食器、被服、生活消耗品等）
・ 趣味嗜好品（新聞、牛乳、化粧品等）
・ 外出にかかる費用
※ 領収書等再発行手数料　１，１００円
※ 請求書・領収書発行手数料（電子化でない方）
２００円</td></tr>
</table>

【注①】入居一時金の返却は、ご利用料金の精算が終了・確認ができた時点となります。又、退去時にお願いする現状復帰に係る費用として、お部屋のクロス交換・業者による清掃ベッドマットのクリーニングが基本となります。その他居室内の破損・汚れによる備品交換が必要な場合において、事業所にて実施する場合にはその費用もご負担いただきます。

☆料金・費用は１ヶ月ごとに計算しご請求します。前月料金の合計額の請求書及び明細書を毎月15日過ぎに発送しますので、ご請求させていただきました料金を原則としてその月の２６日に指定の口座から自動引き落としさせていただきます。自動引き落とし口座は、「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」にて、ご指定願います。

☆当事業所は利用者及び契約者から利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は契約者に対して領収書を発行します。

☆事情により指定の口座より自動引き落としができない場合は、事業所窓口での支払い又は事業所の指定する金融機関への振込みでも対応します。

【利用料金振込み先　　振込みの際は、ご利用者様の氏名でお願いします】

金融機関名	店名	口座	口座番号	口座名
豊川信用金庫	大清水支店	普通	３１３６８２６	株式会社オリジン グループホームフラワーサーチ 代表取締役　元吉　伸幸

５、グループホーム入居条件

① 要介護認定の結果「要支援2、要介護１～５」と認定された方
② 豊橋市内に住所を有する方
③ 主治の医師により軽度又は中度の認知症の診断を受けている方
④ 共同生活が可能な方
⑤ 常時医療処置を必要としない方
⑥ 自傷他害行為のない方
＊入居の申込をして頂きますと、ご自宅をご訪問させて頂き、ご本人様とご家族様の面接をさせて頂きます。その面談の結果で、ご入居して頂けるかどうかの判断をさせて頂きます。

６、グループホーム退去条件

① 要介護認定の結果「自立、要支援１」と認定された場合
② 契約書の中途解約及び契約解除が行われた場合
③ 入院等により、１ヶ月を超えて再入居の見込みが無いと判断された場合。但し、入居者の心身状態、入居者ならびにご家族の要望に応じて協議の上検討します。
④ 著しい行動障害や精神症状により自傷他害行為の出現や著しい身体状態の変化により共同生活が困難と判断される場合
⑤ ホームで対応できない医療処行為が発生した場合
（例：経管栄養、インスリン注射、ストマ、在宅酸素療法、吸痰等）
⑥ 法定伝染病に感染した場合

＊ 入居者様が退去される場合には、ご契約者又はご入居者の希望により退去の為の援助を行います。

＊ 退去の援助とは、ご利用者様の心身の状況や置かれている環境を勘案し下記３点を行います。
イ、　適切な病院もしくは診療所又は介護老人福祉施設等の紹介
ロ、　居宅介護支援事業所の紹介
ハ、　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

７、グループホーム利用にあたっての留意事項

当事業所のご利用にあたって、共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

（1）持ち込み物品について

できるだけ家庭での生活と変わらない生活を送って頂くために、家庭で使っていた馴染みの家具類をご用意下さい。但し、他の利用者の方に危害を及ぼすとわれるもの（火気危険物等）は持ち込むことができません。

（2）面会について

面会時間　9：00～17：00

上記の時間以外にご面会場合、スタッフにお申し出ください。

来訪者は、必ず事務所前にあります面会簿に必要事項の記入をお願いします。

（3）外出外泊について

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

但し、外泊については、1ヵ月につき連続して6泊、複数の月をまたがる場合には連続して12泊以内とさせていただきます。（原則として）

なお、外泊期間中は介護保険から給付される費用の一部及び家賃、管理費をご負担いただきます。

（4）食事

外泊により、食事が不要な場合は、3日前までにご連絡下さい。

（5）施設・設備使用上の注意

・　居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
・　故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
・　ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご利用者のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
・　当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
・ペット等小動物は持ち込めません。

（6）嗜好品について

・　飲酒及び喫煙は、健康状態を配慮させていただきながら、主治医又はご家族の許す範囲で可能です。但し、転倒等の危険性や健康を害すると判断した場合は中止させていただきます。
・　火災予防の為、施設内禁煙となっております。

8、運営推進会議

グループホームが地域へ開かれたものとして、地域の皆様と一緒に暮らす環境を整える目的で開催が義務化されているものです。２ヶ月に１回開催しますので、皆様の参加をお願いします。

9、　提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有
実施した直近の年月日	2023年11月9日
実施した評価機関の名称	中部社会福祉第三者評価センター
評価結果の開示状況	有

10、事故発生時の対応

・　利用中に事故が発生した場合は、東三河広域連合、当該利用者様のご家族、当該利用者様に係る居宅介護支援事業者様等に連絡を行うと共に、必要に応じた措置を講じます。

・　賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

11、協力医療機関及び福祉施設

①　協力医療機関

医療機関の名称	伊藤医院
所在地	豊橋市小池町字原下 35 番地
診療科	外科　内科　胃腸科　肛門科　麻酔科

②　協力歯科医療機関

医療機関の名称	あい訪問歯科
所在地	豊橋市東小田原町１　林ビル２F

③　協力老人福祉施設

福祉施設の名称	特別養護老人ホーム一晃
所在地	豊川市御津町大字赤根字山田 12 番地

12、医療連携体制と看取り指針

医療連携体制	看護師１名配置し日常的な健康管理と連絡体制 医師との 24 時間連絡体制（伊藤医院　伊藤之一先生）
重度化及び看取りの指針	グループホームの利用者が医師の診断のもと、回復不能な状態に陥った時にご利用者に対してその人の人格を尊重し、残された人生をその人らしく生きられるよう介護・看護を中心に包括的に援助を行う。また、看取り介護実施中にやむを得ず病院や在宅等に搬送する利用者においても、搬送先の病院等へ引継ぎ、継続的にご利用者、家族への支援を行なわなければならない。
看取り介護体制	（1）　管理者を中心として指定介護スタッフが従事する。 （2）　看取り介護実施にあたり、ご利用者またはご家族に対し医療連携協力病院から十分な説明を行い、ご利用者またはご家族から同意を得るものとする。 （3）　看取り介護にあたっては多職種と協力し、ご利用者の食事・水分摂取・浮腫・尿量・排泄量等の確認を行うとともに、身体状況に応じた食事の提供や好みの食事等の提供に努めます。 （4）　ご利用者の身体状況に応じて可能な限り入浴や清拭を行い、清潔保持と感染症予防対策に努める。 （5）　落ち着いて過ごせる環境が作れるよう、家族や孫等の写真、見慣れた飾り物など、安心感を保てる物が手に届くよう配慮する。また室温、換気、採光の調整を行う。 （6）　ご利用者の変化していく身体状況や介護内容については、医療連携協力機関と綿密な連絡をとり、状況を随時、家族に対して説明を行い、希望やその不安等に対して適宜対応する。

13、苦情相談窓口

（１）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

〇苦情受付窓口（担当者）

［職名］　管理者　　河合　孝記（カワイ　タカノリ）

〇電話番号　　0532－65－2121

〇受付時間　　毎週月曜日～金曜日　8：30～17：30

（２）行政機関その他苦情受付機関

東三河広域連合 介護保険課	所在地　愛知県豊橋市八町通２丁目 16 電話番号　0532-26-8471 受付時間　8：30～17：00
愛知県国民健康保険 団体連合会	所在地　愛知県名古屋市東区泉１丁目６番５号 電話番号　052-971-4165 受付時間　9：00～17：00

14、個人情報の保護について

個人情報保護に関する責任者　元吉　伸幸（モトヨシ　ノブユキ） ①、　事業者及びサービス従事者又は従業員は、認知症対応型共同生活介護サービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。 ②、　利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。 ③、　前②項にかかわらず、利用者に係る他の行政・医療・保健・福祉との連携を図るなど正当な理由がある場合には、同意を得た上で、利用者又は家族等の個人情報を用いることができるものとします。

※　活動の様子を映像や記録に残しています。ご同意いただけない箇所にチェックを入れてください

□　フラワーサーチ新聞やお便りに活動時の写真や作品を載せる

□　フラワーサーチのホームページに活動時の写真や作品を載せる

□　地区広報（回覧版）へ活動時の写真や作品を載せる

□　事業所内で活動時の写真や作品を掲示、展示

□　ホーム案内パンフレットに活動の写真や作品を載せる

□　フラワーサーチ新聞やお便り等へ掲載する時の氏名