

契 約 日：令和 年 月 日

ご利用者様氏名： 様

契 約 時 介 護 度：

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
重要事項説明書

令和6年6月版



〒780-0965 高知市福井町 1432-1

☎088-855-9111

認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

介護予防認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

作成日 令和 年 月 日

1. 事業主体概要

| | |
|-----------|---|
| 事業主体名 | 株式会社スノーフォレスト |
| 法人の種類 | 株式会社 |
| 代表者名 | 代表取締役 吉井 英昭 |
| 所在地 | 〒780-0942 高知県高知市南元町98番地 |
| 介護保険関連の事業 | 1. グループホームいこいの森 2. グループホームいこいの森福井町 3. デイサービスいこいの森 4. 介護付きホームいこいの森プラス |

2. ホーム概要

| | |
|--------------------|---|
| ホーム名 | グループホームいこいの森福井町 |
| ホームの目的 | 自宅での介護が困難な要支援2または要介護1以上の認知症高齢者に対し、「家庭的な雰囲気」の中で共同生活を営む。入居者は「尊厳のある生活」を重視され、その有する能力に応じ日常生活を送ることにより心身の状況を穏かにし認知症の進行を遅らせる事によりご家族の介護の負担をできるだけ少なくする。 |
| ホームの運営方針 | 1. 「家庭的な雰囲気」のなかでゆっくり・ゆったり 2. 「尊厳」のある生活 3. 「生きがい」の発見 4. 「身体の安心」「心の安心」 5. 「地域」とのつながり ※詳細は別紙「いこいの森・基本理念」に記載しています。 |
| ホームの責任者 | 下司 浩 |
| 開設年月日 | 2014年1月1日 |
| 保険事業者指定番号 | 3990100574 |
| 所在地、電話・FAX番号 | 〒780-0965 高知県高知市福井町1432-1 電話 088-855-9111 FAX番号 088-855-9111 |
| 交通の便 | ■奥福井バス停から徒歩7分 ■越知神バス停から徒歩5分 |
| 敷地概要（権利関係） | 土地所有者より(株)スノーフォレストが土地貸借の契約によって借り受けた敷地 |
| 建物概要（権利関係） | 構造：木造2階建て 建物所有者より(株)スノーフォレストが建物貸借の契約によって借り受けた建物 |
| 居室の概要 | 1階 トイレ付9室 全9室（1室の平均面積：約13.23㎡） 2階 トイレ付9室 全9室（1室の平均面積：約13.23㎡） 全18室（※すべて完全個室） |
| 共用施設の概要 | 食堂・談話ホール、台所、浴室、脱衣室、洗濯室、畳コーナー、便所×2 地域交流ホール ※1階、2階共通です。 |
| 緊急対応方法 | 正看護師、協力医療機関または主治医・家族と連絡を取りながらすみやかな対応を行います。 |
| 防犯防災設備 避難設備等の概要 | 火災報知機・非常階段・消火器 ※消防計画を有します。年1回以上の避難訓練を実施します。 |
| 損害賠償責任保険加入先 | 日新火災海上保険株式会社「ビジサポ（統合賠償責任保険）」 |

3. 職員体制（主たる職員：令和6年6月1日 現在）

※施設開設者は平成20年度高知県認知症対応型サービス事業所開設者研修を受講済みです。

| 職種と職務の内容 | | | | | | | |
|----------|--|----|----|-----|----|----------------|---------------|
| 管理者 | 運営管理の総括に関すること、従業員の管理、申込の調整、業務の把握及びその他の管理を行う。 | | | | | | |
| 計画作成担当者 | 認知症対応型共同生活介護計画の作成及び管理に関すること。 | | | | | | |
| 介護従業者 | 食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等、日常生活上の機能訓練、健康管理、相談、援助等 | | | | | | |
| 職務の体制 | | | | | | | |
| 職種 | 員数等 員数 (名) | 常勤 | | 非常勤 | | 保有資格 | 研修会受講等 内 容 |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | |
| 管理者 | 2 | | 2 | | | 介護支援専門員、介護福祉士等 | 管理者研修、実践者研修 |
| 計画作成担当者 | 3 | | 3 | | | 介護支援専門員、介護福祉士等 | 実践者研修 |
| 介護従業者 | 18 | 3 | 3 | 12 | | ホームヘルパー2級等 | |

4. 勤務体制（両ユニット共通で表記は1ユニットの勤務体制）

※日中の時間帯 08:00～18:30 夜間及び深夜の時間帯 18:30～翌朝 08:00（詳細は日中の時間帯についてに記載）

| | |
|--------|---|
| 昼間の体制 | 3人（早出 06:00～15:00：1人・日勤 08:30～17:30：1人・遅出 10:30～19:30：1人） |
| 夜間の体制 | 1人（常勤職員 16:30～09:30、非常勤 17:00～09:30 または 16:30～09:00） |
| 夜間支援体制 | 該当（両ユニットの勤務時間を合わせて常勤換算法で1以上） |

5. 利用状況（令和6年6月1日現在）

| | | | | | | |
|------|--------------------------------------|---|------|---|------|---|
| 利用者数 | 1ユニット当たりの定員 9人、（ユニット数：2ユニット） 総定員 18人 | | | | | |
| 介護度別 | 要支援2 | 0 | 要介護1 | 4 | 要介護2 | 8 |
| 利用人数 | 要介護3 | 2 | 要介護4 | 3 | 要介護5 | 0 |

6. ホーム利用に当たっての留意点（重要な事項が含まれています。）

- ア、ご利用者との面会時間は9：00～20：00を原則とします。但し緊急時はこの限りではありません。
- イ、ご利用者の外泊に関してはご家族、付き添いの方が一緒であれば原則自由です。入居時および退居時の際の家賃に関しては実際のご利用日での日割りの計上となります。但し外泊による家賃の日割り割引はありません。食費・水道光熱費・共益費に関しては実際のご利用日での日割り計上となります。
- ウ、ご利用者の方が1ヶ月以内の入院等をされ、退院後も当施設のご利用を希望される場合は、居室確保のため家賃のみ徴収いたします。
- エ、ご利用者の所持品の持ち込みはなじみの家具や身の回り品など居室が適切に利用できる範囲で持ち込んで頂いて結構です。但し電化製品の持込は共同生活に支障をきたす恐れがありますので、原則禁止させていただきます。またペット等についても他のご利用者の健康及び共同生活に支障をきたす恐れがありますので禁止させていただきます。
- オ、ご利用者の方およびご家族様によるホーム内での物品の売買や勧誘、布教活動など、他のご利用者の方への迷惑に当たる行為は禁止させていただきます。
- カ、ご利用者様のご家族等が当ホームに宿泊する場合は原則として緊急時のみ（ご利用者様の健康状態の悪化等によりご家族等の見守りが必要な場合等）とさせていただきます。
- キ、ご利用者様が事業所の施設または設備（備品を含む）を故意または重大な過失により破損等させたりした場合、原状に復するための費用を事業所に弁償して頂きます。
- ク、職員一同、細心の注意を払っておりますが、絶対の安全管理はお約束できません。転倒等による骨折・外傷などが生じる恐れがあります。**事故が起こりうる可能性をご理解ください。**

7-1. サービス及び利用料等（保険給付サービスの詳細）

※省令により金額の変動があります。○内は自己負担額1割で表記しています。2割の場合は表記額の2倍となります。3割の場合は3倍となります。計算値には常勤換算法を用います。勤続年数の計算値として弊社は医療法人旭仁会から事業承継を適切に行なっており、医療法人旭仁会運営時の勤続年数を適算します。

■【認知症対応型共同生活介護利用料・介護予防認知症対応型共同生活介護：表①】

食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの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

上記については包括的に提供され、要介護度別に定められた金額が分となります。その他に以下のような加算があります。

■【初期加算：表②】として入居後30日または医療機関に1カ月以上入院した後、退院して再入居する場合は1日当たり300円割増（30円）となります。

■【サービス提供体制強化加算Ⅰ：表③-1】として定員超過利用、人員基準欠如に該当しないことを前提に次に掲げる基準のいずれかに適合する場合は1日当たり220円割増（22円）となります。

1. 介護職員の総数のうち、介護福祉士の数が70%以上である。
2. 介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士25%以上

■【サービス提供体制強化加算Ⅱ：表③-2】として定員超過利用、人員基準欠如に該当しないことを前提に次に掲げる基準のいずれかに適合する場合は1日当たり180円割増（18円）となります。

1. 介護職員の総数のうち、介護福祉士の数が60%以上である。

■【サービス提供体制強化加算Ⅲ：表③-3】として定員超過利用、人員基準欠如に該当しないことを前提に次に掲げる基準のいずれかに適合する場合は1日当たり60円割増（6円）となります。

1. 介護職員の総数のうち、介護福祉士の数が50%以上である。
2. 介護職員の総数のうち、常勤職員の割合が75%以上である。
3. サービスを直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が30%以上

■【医療連携体制加算Ⅰ：表④】として医療連携体制指針（別紙）に基づいた体制にてホームの運営を行っており1日当たり370円割増（37円）となります。要支援2の入居者様は加算の対象外となります。

■【夜間支援体制加算Ⅱ：表⑤】として定員超過利用および人員基準欠如に該当していないことを前提として夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所を構成する共同生活住居の数に1を加えた数以上である場合は1日当たり250円割増（25円）となります。全日において夜間及び深夜の時間帯の体制が人員配置基準を上回る必要があります。

■【看取り介護加算：表⑥】としてご利用者様が次に掲げる基準を全て満たしている場合は、「認知症対応型看取り介護加算1」として死亡日以前31日～45日の間、1日あたり720円割増（72円）、「認知症対応型看取り介護加算2」として死亡日以前4日以上30日の間、1日あたり1,440円割増（144円）、「認知症対応型看取り介護加算3」として死亡日以前2日又は3日の間、1日あたり6,800円割増（688円）、「認知症対応型看取り介護加算4」として死亡日に1日あたり12,800円（1,280円）割増となります。

1. 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者
2. 利用者又はその家族の同意を得て、利用者の介護の係る計画が作成されている
3. 医師、看護師（当事業所の職員又は当事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションの職員に限る）、介護職員等が共同して、利用者の状態又は家族の求めに応じ随時、本人又はその家族に説明を行い、同意を得て介護が行われている

※要支援2の入居者様は加算の対象外となります。

■【生活機能向上連携加算Ⅱ：表⑦】として生活機能向上連携指針（別紙）に基づき月に一度の連携病院の医師等の訪問の際にご利用者の身体状況等の評価を計画作成担当者として共同で行い、かつ計画作成担当者が生活機能の向上を目的としたご利用者の介護計画を作成した場合は、1月あたり2,000円（200円）が割増しとなります。

■【科学的介護推進体制加算：表⑧】として次に掲げる基準を全て満たしている場合は1月あたり400円（40円）の割増となります。

1. 利用者ごとの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に係る基本的な情報を、LIFEを用いて厚生労働省に提出していること
2. 必要に応じて通所介護計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報、その他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していること

■【介護職員処遇改善加算Ⅰ：表⑨】として「介護職員等処遇改善計画書」を届出し基準に基づき適切に介護職員等の賃金改善を行う場合に、所定単位数に18.6%を乗じた単位数が加算されます。賃金改善以外の算定要件は以下のとおりです。

1. キャリアパス要件Ⅰ（任用要件・賃金体系の整備等）：介護職員について、職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定め、それらに応じた賃金体系を整備すること
2. キャリアパス要件Ⅱ（研修の実施等）：介護職員の資質向上の目標や具体的な計画を策定し、a 研修機会の提供、技術指導等 又は b 資格取得の支援（シフト調整、休暇の付与、費用の援助等）を実施すること
3. キャリアパス要件Ⅲ（昇給の仕組みの整備等）：介護職員について a 経験に応じて昇給する仕組み、b 資格等に応じて昇給する仕組み、c 一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みのいずれかを整備すること
4. キャリアパス要件Ⅳ（改善後の賃金要件）：賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上又は月額8万円以上の賃金改善が1人以上（経験・技能のある介護職員）いること
5. キャリアパス要件Ⅴ（介護福祉士の配置等）：サービス提供体制強化加算ⅠまたはⅡを算定すること
6. 職場環境等要件の上位区分：介護職員について、職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定め、それらに応じた賃金体系を整備すること

■【身体拘束廃止未実施減算】として後記する14. 身体的拘束等への適正化の措置を講じない場合、1日当たりの介護報酬の10%が減額されます。

7-2. サービス及び利用料等（保険給付サービス費用） ※単位：円 ひと月を30日で試算

| | | サービス項目 | ご利用料金 | <input type="checkbox"/> 1割 | <input type="checkbox"/> 2割 | <input type="checkbox"/> 3割 |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 一日あたり | ① | 要支援2 | 7,490 | <input type="checkbox"/> 749 | <input type="checkbox"/> 1,498 | <input type="checkbox"/> 2,247 |
| | | 要介護度1 | 7,530 | <input type="checkbox"/> 753 | <input type="checkbox"/> 1,506 | <input type="checkbox"/> 2,259 |
| | | 要介護度2 | 7,880 | <input type="checkbox"/> 788 | <input type="checkbox"/> 1,576 | <input type="checkbox"/> 2,364 |
| | | 要介護度3 | 8,120 | <input type="checkbox"/> 812 | <input type="checkbox"/> 1,624 | <input type="checkbox"/> 2,436 |
| | | 要介護度4 | 8,280 | <input type="checkbox"/> 828 | <input type="checkbox"/> 1,656 | <input type="checkbox"/> 2,484 |
| | | 要介護度5 | 8,450 | <input type="checkbox"/> 845 | <input type="checkbox"/> 1,690 | <input type="checkbox"/> 2,535 |
| | ② | 初期加算（入所30日以内または退院後30日以内） | 300 | <input type="checkbox"/> 30 | <input type="checkbox"/> 60 | <input type="checkbox"/> 90 |
| | ③ | サービス提供体制強化加算Ⅰ | 220 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 44 | <input type="checkbox"/> 66 |
| | | サービス提供体制強化加算Ⅱ | | | | |
| | | サービス提供体制強化加算Ⅲ | | | | |
| | ④ | 医療連携体制加算Ⅰ | 370 | <input type="checkbox"/> 37 | <input type="checkbox"/> 74 | <input type="checkbox"/> 111 |
| | ⑤ | 夜間支援体制加算Ⅱ | 250 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 50 | <input type="checkbox"/> 75 |
| ⑥ | 看取り介護加算（重 度化対応指針に基づ き算定） | 死亡日以前31日から 45日 | 720 | <input type="checkbox"/> 72 | <input type="checkbox"/> 144 | <input type="checkbox"/> 216 |
| | | 死亡日以前4日から 30日 | 1,440 | <input type="checkbox"/> 144 | <input type="checkbox"/> 288 | <input type="checkbox"/> 432 |
| | | 死亡日の前日、前々日 | 6,800 | <input type="checkbox"/> 680 | <input type="checkbox"/> 1,360 | <input type="checkbox"/> 2,040 |
| | | 死亡日 | 12,800 | <input type="checkbox"/> 1,280 | <input type="checkbox"/> 2,560 | <input type="checkbox"/> 3,840 |
| （1日あたりの保険給付サービス費総計×30日）★小計A | | | | | | |
| 一月あたり | ⑦ | 生活機能向上連携加算Ⅰ | 2,000 | <input type="checkbox"/> 200 | <input type="checkbox"/> 400 | <input type="checkbox"/> 600 |
| | ⑧ | 科学的介護推進体制加算 | 400 | <input type="checkbox"/> 40 | <input type="checkbox"/> 80 | <input type="checkbox"/> 120 |
| | ⑨ | 介護職員処遇改善加算Ⅰ | 18.6% | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | |
| （1月あたりの保険給付サービス費総計）★小計B | | | | | | |

| | | サービス項目 | ご利用料金 |
|--------------------------|--|---|--------|
| 一月あたり | | 居室の提供（家賃）：部屋番号 309 | 40,000 |
| | | 食事の提供（朝食：258円、昼食：360円、夕食：412円、※1おやつ：103円）×30日 | 33,990 |
| | | 水道光熱費（電気・ガス・水道料金） | 15,737 |
| | | 共益費（ELV保守点検費、ごみ収集費、消防設備点検費、修繕費、電気設備保守費） | 3,474 |
| | | 上記にない物の利用に関しては実費負担となります。 | |
| （1月あたりの保険給付外サービス費総計）★小計C | | | 93,201 |

| | | |
|-----------------------------|--|--------|
| （1日あたりの保険給付サービス費総計×30日）★小計A | | |
| （1月あたりの保険給付サービス費総計）★小計B | | |
| 介護保険サービス合計 | | |
| （1月あたりの保険給付外サービス費総計）★小計C | | 93,201 |

(A+B+C) ★★総合計

8. 利用料金の支払い方法

毎月、20日までに前月分の請求をいたしますので、30日以内にお支払いください。お支払い頂きますと、領収書を発行いたします。ただしお支払い方法が口座振替または口座振込みの場合は通帳記入、金融機関支払明細書の控えにて代用させて頂き、原則として領収書発行を省略させていただきます。

お支払い方法は、現金、銀行振込、口座自動引落（四国銀行またはゆうちょ銀行のみの取扱いです。）の3通りの中から自由によります。ただし、口座自動引落しは、前月分の請求額を翌月27日に引き落とします。残高不足により引き落とせなかった場合は、現金又は銀行振込にてお支払ください。

9. 身元引受人・連帯保証人の債務引受責任と債務の限度額

ご利用者の利用料金が下記期日を超えて事業所に支払われない場合等は事業所に対する債務を身元引受人・連帯保証人が負うこととなります。この場合の身元引受人・連帯保証人が支払うべき債務の限度額は50万円です。

10. サービスの終了（退居基準を含む重要な事項が含まれています。）

1. ご利用者またはご利用者代理人のご都合でサービスを終了する場合

退居を希望する日の30日前までにお申し出ください。

2. 自動終了

以下の場合、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。

ア、ご利用者が他の介護保険施設に入所した場合

イ、ご利用者の要介護認定が、非該当（自立）または要支援1と認定された場合

ウ、ご利用者が亡くなられた場合

3. その他

ア、共同生活を送ることが困難な場合

認知症の中核症状や周辺症状の悪化または精神疾患等により他利用者または介護者に対して暴力・暴言が見られる場合等で、かつ他介護保険施設・病院等の新たな入居先が決定した場合は退居して頂きます。この場合は新たな入居先として適切な他の認知症対応型共同生活介護事業者、介護保険施設、病院、診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じます。

イ、本契約を継続しがたいほどの背信行為がある場合

ご利用者やご家族等が当施設や当施設サービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為（ご家族からの職員へのパワーハラスメント、セクシャルハラスメント、恫喝、暴力行為、暴言を含みます。）を行った場合は、サービス契約終了の30日前に文書で通知し、退居して頂きます。

ウ、1ヶ月以上の入院加療等が必要な場合

原則としてご利用者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又は入院後1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は退去して頂きます。

エ、ご利用料金が支払われない場合

ご利用者の利用料金が、請求後90日経過しても、当事業所に支払われない場合は健全な事業運営に支障をきたすので、サービス契約終了の14日前までに文書で通知し、退居して頂きます。

11. サービスの内容に関する苦情

1. 利用者から相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置

◆グループホームいこいの森福井町 お客様苦情窓口◆

☎088-855-9111（担当：下司 浩）受付時間：月曜日～金曜日の午前8時30分～午後5時

2. 苦情処理第三者委員 〒781-0111 高知市池3224-5 介護支援専門員 森田 誠

3. 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ア、苦情申立があった場合、受理した苦情受付担当者は即日に苦情解決責任者に報告します。尚、苦情受理時に苦情受付担当者が不在の場合は全職員が受理できるものとし、受理した職員は即日に苦情受付担当者に報告します。
 - イ、苦情申出人または苦情解決責任者の希望により第三者委員へ報告又は、助言・立会を行います。
 - ウ、苦情の申立日より一週間以内に、苦情解決責任者は検討の結果を受け、必ず苦情申立者に説明するか、若しくは具体的な対応を行います。
 - エ、苦情解決責任者と苦情申出人での協議で解決し難いと判断した場合は、「苦情対策委員会」によって解決方法を検討し、早急に苦情申出人と検討結果について話し合います。
 - オ、以上を持って解決しがたい場合は保険者と相談し早期解決に努めます。
 - カ、以上を持って解決しがたい場合は高知県国民保険団体連合会介護保険課へ依頼します。
4. 当事業所以外に、お住まいの市町村及び高知県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。
- ア、高知市介護保険課 事業係 ☎088-823-9972
 - イ、高知県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談係 ☎088-820-8410

12. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。なお、当事業所の介護サービスにより、ご利用者に対して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。（当事業所は三井住友海上火災保険株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。）但し、利用者に重過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除され、または賠償額を減額されることがあります。

13. 医療連携体制

医療連携を看護師との契約により行い24時間365日の連絡体制を構築しています。

14. 協力医療機関

| | |
|---------|----------------------------------|
| 協力医療機関名 | ①朝倉医療クリニック ②岡林歯科医院 |
| 診療科目 | ①内科 皮膚科 外科 呼吸器内科 消化器内科 循環器内科 ②歯科 |

15. 第三者外部評価の実施

| | |
|---------------|-----------------------|
| 第三者外部評価の実施の有無 | あり |
| 実施した直近の年月日 | 2023年6月28日 |
| 実施した評価機関の名称 | グループホームいこいの森福井町運営推進会議 |
| 評価結果の開示状況 | あり（弊社WEBサイト） |

16. 身体的拘束等への適正化

身体拘束を廃止する為に身体拘束廃止マニュアルに基づき運営を行う共に、以下の措置を講じております。

- ア、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- イ、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ります。
- ウ、介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

17. 秘密の保持について

- ア、当該事業所の従業者は、正当な理由なくその業務上知り得たご利用者及びご家族、ご利用者代理人等の秘密を漏らしません。
- イ、当該事業者の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ご利用者及びご家族、ご利用者代理人等の秘密を漏らしません。
- ウ、ご利用者の医療上緊急の必要がある場合又は担当者会議で必要がある場合に限り、あらかじめ文章による同意を得た上で、必要な範囲でご利用者又はご家族、ご利用者代理人の個人情報を用います。

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症共同生活介護の提供開始にあたり、利用者および利用者代理人および身元引受人・連帯保証人に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

| | | |
|-----|-------|--------------|
| 事業者 | (所在地) | 高知市南元町98番地 |
| | (名称) | 株式会社スノーフォレスト |
| | (管理者) | |

私は、本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症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します。

| | | |
|-----|------|-------|
| 利用者 | (住所) | |
| | (氏名) | |

| | | |
|--------|------|-------|
| 利用者代理人 | (住所) | |
| | (氏名) | |

| | | |
|-------------|------|-------|
| 身元引受人・連帯保証人 | (住所) | |
| | (氏名) | |

運営推進会議の議事録等の閲覧方法について

認知症高齢者共同生活介護（認知症グループホーム）は地域密着型サービスに位置付けられており、その制度により原則、概ね2ヶ月に一度、運営推進会議を実施しなければなりません。運営推進会議の出席者としては利用者様や利用者様ご家族、施設職員、地域の住民代表や地域包括支援センターの職員等によって構成され、活動状況の報告、会議の出席者からの事業所の活動状況の評価、事業所への要望、助言などの意見聴取が会議内容となります。開催日時の決定においては出席者の予定を事前に調整して決定しており、原則偶数月の中旬から下旬を予定しております。会議への参加は自由に行えますので、参加をご希望のご家族におかれましてはお気軽に参加の旨をスタッフにお伝えください。開催日に関しては全て弊社ホームページに記載させていただきますので、参考にいただければと思います。尚、開催された運営推進会議に関してはその内容等について議事録に記載させていただきます、いつでも当該グループホーム玄関脇にて閲覧が可能な状態です。また運営推進会議議事録に関して

①郵送でご確認頂く方法

②弊社ホームページにてご確認頂く方法

③指定メールアドレスにテキストで送信してほしい（E-Mail 要メールアドレス）

の何れかを選択して頂けますので、下記の何れかにチェックをしてください。

運営推進会議の議事録を請求書と同じ住所に郵送してほしい。

ホームページにて内容を確認するので郵送の必要ない。

E-Mailにて内容を確認するので郵送の必要はない。

グループホームいこいの森福井町基本理念

1. 「家庭的な雰囲気」のなかでゆっくり・ゆったり

入居者の方々は「家庭的な雰囲気^{注1}」の生活環境の中でゆっくりゆったり暮らしていただきます。

注1 「家庭的な雰囲気」をこう考えます。例えばスタッフの服装は制服などではありません。（入居者の方と常に接するスタッフが全員、同じ服装である事は「施設である事」を入居者の方々に連想させます。）「なるだけ普通である事」それが我々の考える「家庭的な雰囲気」です。

2. 「尊厳」のある生活

スタッフは常に礼節のある接遇で尊敬の念をもって入居者の方々に接し生活において入居者の方の「自己決定」を尊重しそれぞれの方のペースで生活していただきます。

3. 「生きがい」の発見

入居者の方々には「役割」や「出番」を持って頂き、その生活のなかで「生きがい」を発見できるよう努めます。「役割」や「出番」は「人に必要とされている」という入居者の方々の「自信の回復」に貢献できます。

4. 「身体の安心」「心の安心」

・「身体の安心」

スタッフは常に入居者の方々の健康状況を把握するよう努め、日常・緊急を問わず、提携医療機関との連携を密に図り、元気で健康に暮らせる環境を提供し入居者の方々が身体的側面で「安心」が得られるよう努めます。

・「心の安心」

少人数でなじみのある同居者、穏やかに接するスタッフといっしょに生活を送ることで、落ち着いて暮らすことができる環境を提供し入居者の方々が精神的側面でも「安心」が得られるよう努めます。

5. 「地域」とのつながり

「認知症」の方々も地域交流に関わっていただけるよう施設1階に併設する「地域交流ホール」等にて入居者の方々と地域の方々が積極的に交流できるよう努めます。また音楽や演劇、手芸など趣味を教えてくださいのボランティアの方々の受け入れも積極的に行い入居者の方々が地域の商店街や公園などに気軽に出かけられるような「地域とのつながり」「自然とのふれあい」を大切にしていきます。

施設掲示用（入居者及びスタッフが活用）

私たちはいつでも思いゆうきね

- ◆自分の家みたいにゆっくり・ゆったり自分のペースで生活していただきます。
- ◆私たちはいつでも明るい笑顔でそばにおります。
- ◆できる事は自分でやりましょう。できんことはほんの少しだけ手伝います。
- ◆心も体も元気で健やかな生活をしていただきます。
- ◆たずねてきてくれる人や町の人とのふれあいを大切にします。

日中の時間帯:08時00分~18時30分

日中の時間帯



日中の始まりから夜間の始まりまでの時間を「日中の時間帯」と言います。この日中の時間はできる限り入居様が「食堂ホール」や「居間」で過ごされるよう努め、介護計画等に基づき様々なケア等を実施しています。居室にTVがあると居室にいる時間が増える可能性が高まる為、原則的に電化製品のお持込はお断りしています。ホール等にて日中に活動時間をできる限り増やすこと、他の入居者様と関わり多く持つことを目標にしています。



日中の始まり

起床時間を定めているわけではなく、お一人お一人のペースで起床されます。運営当初は食事準備を一緒にお手伝いしてくださる入居者様もおられました。が、早い時間帯ということもあり、覚醒が浅く現在はお手伝いくださる方がおられません。概ね皆様、7時30分頃から8時頃までに朝食の席に付かれますが、一旦お部屋に帰られ少しお休みされる場合もありますので、入居者様の日中の活動的な時間の始まりを8時と定めています。



夜間の始まり

夕食の時間は概ね17時頃に始まります。夕食後の片付けは食器を洗い場まで運んでくださる方や食器洗浄をお手伝いしてくださる方もおられます。(低身長の方でも使用しやすい低めのシンクを設置。)夕食の片付けが終わりますと、18時頃から早々にお部屋でお休みになられ方もおられますが、無理のない程度でできる限り活動時間を増やし、体調の維持やよりよい睡眠環境を構築するために夜間の始まりを18時30分と定めています。



SNOW FOREST

株式会社スノーフォレスト
〒780-0942 高知市南元町9 8 番地

URL: <http://www.151.ecweb.jp/>
E-Mail: snowforest151@gmail.com

事業所
割印