グループホーム成島園

「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

社会福祉法人緑成会

令和８年８月１日現在

令和８年８月１日現在

グループホーム成島園　重要事項説明書

あなたに対する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の提供開始に当たり、米沢市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成25年3月26日条例第5号及び6号)に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次の通りです。

１　事業所概要

事業主体名	社会福祉法人　緑成会
法人の種類	社会福祉法人
代表者名	理事長　河田満之
所在地	山形県米沢市広幡町成島字窪平山２１２０番地５
法人の理念	人が人として尊厳を持って地域や家庭の中でその人らしい自立した生活が送れるよう支援いたします
事業種別	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
米沢市指定番号	０６７０４０１１８１
開設年月日	平成１８年３月２１日
事業所名	グループホーム成島園
管理者名	山崎弘
所在地、 電話番号	〒９９２-００８３　山形県米沢市広幡町成島字窪平山２１２０番地５ ０２３８（３６）１００３　　ﾌｧｯｸｽ　０２３８（３６）１００４
交通の便	JR 米坂線　成島駅より約１㎞　徒歩約１５分
事業の目的	事業所の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の提供に当たる従業者が、要支援２及び要介護状態にある高齢者に対し、適正な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を提供する事を目的とする。
事業の運営方針	この事業は、要支援２及び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、家庭的な環境と地域住民の交流の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを目指すものである。又、保険者、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努める。
建物	構造：重量鉄骨造り２階建 １階床面積：３２７．３㎡　　２階床面積：３２７．３㎡　　延床面積：６５４．６㎡
居室	・１階　個室（１３．２５㎡8畳相当）×８室＋個室（１６．１８㎡１０畳相当）専用トイレ付１室　　計９室　全室洗面付 ・２階　個室（１３．２５㎡8畳相当）×８室＋個室（１６．１８㎡１０畳相当）専用トイレ付１室　計９室　全室洗面付
ユニット数	２ユニット
ユニット名	和やかユニット（１階）　朗らかユニット（２階）
利用定員	和やかユニット　定員　９人　朗らかユニット　定員　９人　　合計　１８人

共用施設の概要 （各ユニット）	・浴室１ヵ所・洗濯脱衣室１ヵ所・リビングダイニングキッチン１ヵ所・共用トイレ３ヵ所・事務室兼相談室１ヵ所・玄関 ・エレベーター１ヵ所（２階ユニット）・階段：屋内１ヵ所　屋外非常階段１ヵ所（２階ユニット）
敷地概要	１８，６６６．１４㎡

他の介護保険関連の事業	ユニット型指定介護老人福祉施設事業	特別養護老人ホーム成島園
	指定介護老人福祉施設事業	特別養護老人ホーム成島園
	指定短期入所生活介護事業	成島園ショートステイ
	指定介護予防短期入所生活介護事業	成島園ショートステイ
	指定通所介護事業	成島園デイサービスセンター
	通所型サービス事業	成島園デイサービスセンター
	指定居宅介護支援事業	成島園ケアプランセンター
	指定介護予防支援事業	成島園地域包括支援センター
他の介護保険以外の事業	米沢市委託事業	児童養護施設　興望館
	介護員養成研修事業	成島園介護職員初任者研修講座
	診療所事業	成島園診療所

２　職員資格および勤務体制

ユニット兼務	保有資格	人数	研修会等受講内容	人数
管理者	認知症対応型サービス事業管理者研修修了	１名	認知症介護実践リーダー研修修了	１名
			認知症介護実践者研修修了	１名
	介護支援専門員	１名	認知症介護指導者研修修了	１名
計画作成担当	社会福祉主事	１名		
看護師	看護師	１名		
事務員		１名		
和やかユニット専従	保有資格	人数	研修会等受講内容	人数
介護職員	介護福祉士	５名	認知症介護実践者研修修了	３名
	介護福祉士実務者研修	１名	認知症介護実践リーダー研修修了	２名
朗らかユニット専従	保有資格	人数	研修会等受講内容	人数
介護職員	介護福祉士	４名	認知症介護実践者研修修了	２名
	介護福祉士実務者研修	１名	認知症介護基礎研修	１名

職種	勤務形態	勤務時間
管理者	常勤・兼務	午前　６時００分～午後３時００分 午前　８時３０分～午後５時３０分 午後　９時３０分～午後６時３０分 午前１０時００分～午後７時００分 午後１２時１０分～午後９時１０分 午後９時０５分～翌日午前６時０５分
計画作成担当者	常勤・兼務	
介護員	常勤	
看護師	常勤・兼務	午前８時３０分～午後５時３０分のうち１時間
事務員	常勤・兼務	午前８時３０分～午後５時３０分のうち１時間

3　利用基準

①要支援２及び要介護１～５の被認定者で、かつ主治の医師の診断等により認知症が認められること
②少人数による共同生活を営むことに支障がないこと
③自傷他害の恐れがないこと
④常時医療機関において治療をする必要がないこと
⑤米沢市に住所を有すること
⑥契約書に定めることを承認し、本重要事項説明書に記載する事業者の運営方針に賛同できること

4　サービス内容及び利用料・支払い方法等

サービス内容	保険給付サービス	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、別紙により要介護度別に応じて定められた金額（省令により変動有り）が 自己負担となります。
	保険対象外サービス	別紙のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。
利用料		別紙の通り

支払い方法	・　保険給付サービス自己負担分・家賃･食材料費･光熱水費は、口座振替です。振替に係る手数料はグループホーム成島園が全額負担いたします。 ・　手順は次の通りです。 （1）書面（預金口座振替依頼書）による手続きが完了しますと、利用の翌月の２５日（消印有効）まで、「振替のお知らせ」を送付いたします。 （2）利用の翌々月の５日（土日祝日の場合は、荘内銀行の翌営業日）が引き落とし日となります。引き落とし日まで、「振替のお知らせ」に記載された請求金額を引き落とし口座にご入金下さい。 （3）引き落とし後、入金を確認し、サービスを利用された翌々月の２５日（消印有効）まで、領収書（領収印を押した請求兼領収書）を送付いたします。

※介護保険料の滞納等により保険給付サービスが法定代理受領に該当しない場合は、利用者又は家族代表者から利用料の全額の支払いを受けます。その後、償還払いを受けることができるように利用者又は家族代表者に対してサービス提供証明書を交付します。

5　施設利用に当たっての留意事項

※下表記載欄に記入された各項目ごとに利用者及び家族代表者は同意確認印を押印ください。

訪　問	・家族の方等は、できる限り回数多く、ゆっくりと訪問していただき、月1回以上の訪問をお願いします。 ・訪問時間帯は、原則として一般常識の範囲内でお願いします。 ・訪問の際は、必ず職員に申し出て、事務室前に設置された面会簿にご記入ください。 ・ご家族が訪問し、利用者居室に宿泊される場合は、寝具の準備をしますので宿泊予定の前日まで宿泊日程をお知らせください。備え付けの来客用寝具一組が利用できます。 ・風邪などの感染性の高い病気に罹患されているときの訪問はお断りします。 ・訪問時は、手洗い・手指の消毒を済ませ入室してください。

生活状況報告	・訪問時に、家族代表者は職員から利用者の生活状況の報告を受けてください。 ・訪問時は、利用者のケース記録閲覧及び、預かり金がある場合は収支状況の確認をお願いします。 ・日々の生活状況を掲載したグループホームの広報誌をホームページに掲載しています。 ホームページは：https://narusimaen.org/　です。 ・生活状況の確認や連絡にｅメールもご利用になれます。 メールアドレスは：info@narusimaen.org　です。
外出外泊	・外出外泊の際は、行き先・外出外泊日時・連絡先・付添者を記入した外出外泊届出書を事業所に提出の上、ご家族等の付添いでお出かけください。 ・概ね午前９時頃～午後５時３０分頃の間に出入りをお願いします。 ・外泊の際は、できる限り外泊予定の前日まで申し出てください。 ・外出外泊からお帰りの際は、手洗い・手指の消毒を済ませ入室してください。
飲酒喫煙	・医師の指示により禁止されている場合や、身体に悪影響を及ぼす場合はお断りします。 ・他利用者に危険や危害･迷惑を及ぼすことが推測される場合はお断りします。 ・決められた場所以外での喫煙はお断りします。
趣味活動	・利用者全員を対象とする教養娯楽･趣味活動を事業所として実施しています。 ・利用者個人による趣味活動は、事業の目的と運営に支障が無いときは、契約者の自費で行うことができます。
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従って利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、家族代表者に対し修理交換等に要した実費の請求を行いますので実費の賠償をしてください。
持込品	・日常生活を営むために必要な物品の持込とし、自分の居室での生活に支障の生じない程度の持込とします。 ・自分の居室外への持込は出来ません。 ・寝具、衣類その他身につける物等は、洗濯済み等の清潔なもののみの持込とします。 ・電化製品は、安全性の保障のあるもののみの持込とします。 ・火気の持込はお断りします。 ・心身の状況に応じ、原則として刃物など危険性のあるものの持込はお断りします。 ・食品の持込は、心身の状況、食中毒の危険性、誤嚥の危険性、カロリーコントロールに充分留意し、安全性が確認されるもののみとします。他利用者へ差し入れる場合は必ず職員の了解を得てください。
ターミナル期	・グループホームでターミナルを迎えられるときは、契約者･家族代表者と事業所が協議のうえ、ターミナル計画を作成しますので、作成した計画に基づき協力をお願いします。
契約終了日	・概ね１ヵ月を越えてグループホームを離れることがあきらかな場合は、利用者又は家族代表者と事業者で協議のうえ、契約終了の日時を決定します。 ・ただし、離れてから概ね２ヵ月を越えないうちにグループホームへ戻られることがあきらかな場合は、利用者又は家族代表者と事業者で協議のうえ、居室確保に合意したときは契約を継続します。 ・居室内の利用者所有物は契約終了日までに撤収し、原状回復してください。
情報開示	・グループホームの情報の公表及び外部評価は閲覧用に両ユニットに備え付けています。 ・グループホームの外部評価結果は、評価の都度ご家族にお知らせします。 ・グループホームの情報の公表及び外部評価は次のホームページでご覧いただけます。 **＊山形県** 介護サービス情報公表システムのホームページ http://www.kaigo-yamagata.info/yamagata/Top.do ＊介護保険地域密着型サービス外部評価情報のホームページ http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/aHyokaTop?OpenAgent

事業への協力	・家族代表者に、郵送等で年間行事予定表を年度当初にお渡ししますので、運営推進会議等の各種行事への参加と協力をお願いします。
宗教政治活動	・施設内での他利用者に対する宗教活動及び政治活動はお断りします。
ペット	・施設内敷地内での飼育はお断りします。
個人情報取り扱い	・利用者及び家族代表者の写真とお名前を、事業所の研修や広報誌に使用することがありますので、同意できる使用範囲を事業所にお知らせください。 ・その他の個人情報取り扱いについても使用制限を希望される場合は申し出てください。 ・ケアプランの作成及びサービス提供上、必要な個人情報の利用範囲及び同意は所定の様式にて同意及び確認をお願いします。なお、事業所職員は個人情報の守秘義務が法的に課せられています。
	◎契約者及び家族代表者の写真と名前の使用範囲を次の通りとします。 ◎写真と名前以外の個人情報の使用制限を次の通りとします。 （契約者及び家族代表者が希望される場合記入） 同意確認印欄　・利用者　　㊞　・家族代表者　　㊞
金銭貴重品の管理	・原則として金銭貴重品等は事業所は責任を負いかねますので、家族代表者が管理してください。 ・家族代表者による管理が困難な場合は、成年後見制度の利用等、事業所と協議のうえ決めてください。
	「家族代表者による管理が困難な場合の記載欄」 協議の結果、金銭貴重品等の家族代表者による管理が困難な場合の対応方法を次の通りとします。 同意確認印欄　・利用者　　㊞　・家族代表者　　㊞

本人小遣い	本人持ちの小遣いは、契約者の認知症の状態を鑑み、紛失した場合に利用者及び家族代表者の許容範囲内の限度額を事業所と協議のうえ決めてください。
	本人持ち小遣いの限度額を協議の結果、次の額とします。 限度額：　　円 同意確認印欄　・利用者　　㊞　・家族代表者　　㊞
一時預かり金	・事業所での利用者一時預かり金は、1万円程度を限度とします。 ・一時預かり金がある場合は、利用者の希望するものの購入や、医療費･オムツ代･理美容代等の支払いに充て、金銭出納用紙に収支を記載します。 ・自動販売機で購入した場合等、領収書等が無く支出確認ができない場合の対処方法を予め事業所と協議のうえ決めてください。 ・家族代表者は収支が記入された金銭出納用紙に、確認した月日を記入し署名のうえ一時預かり金残高に不足があれば補充してください。なお、不足が生じそうな場合は事業所から連絡しますので補充してください。
	一時預かり金がある場合の領収書等が無く支出確認ができない場合は 同意確認印欄　・利用者　　㊞　・家族代表者　　㊞

医療受診	・日々の健康管理や、必要な医療を受けるための医療機関との連絡連携方法及び、家族代表者の連絡連携方法は予め事業所と協議のうえ決めてください。
	連絡連携方法を協議の結果、次の通りとします。 ◎医療機関との連絡連携方法 ◎家族代表者との連絡連携方法 同意確認印欄　・利用者　　㊞　・家族代表者　　㊞

居室の現況確認	・利用開始前に、居室の現況及び汚損破損箇所を事業所職員と共に確認し同意のうえ、その現況を下に記載します。 ・契約終了前に、居室の造作・模様替えを行った場合及び通常の使用用法によらない汚損破損箇所を事業所職員と共に確認し同意のうえ、その現況を下に記載します。 ・利用者及び家族代表者は下の確認内容に基き、汚損破損箇所があった場合は原状回復に要した費用の一切を事業者に支払います。
	◎利用開始前　居室の現況確認 ＊汚損破損箇所の有無　・有り　・無し　（マルで囲む） ＊汚損破損箇所有りの場合、場所と状況は次の通り。 同意確認印欄　・利用者　㊞　・家族代表者　㊞
	◎契約終了前　居室の現況確認　（契約終了時期に記入） ＊汚損破損箇所の有無　・有り　・無し　（マルで囲む） ＊汚損破損箇所有りの場合、場所と状況は次の通り。 令和　年　月　日 同意確認印欄　・利用者　㊞　・家族代表者　㊞

6　緊急時の対応方法

事業者は、現に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の提供を行っている時に利用者の病状に急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに次の主治の医師又は協力医療機関と緊急連絡先への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

主治医	医療機関名：　主治医名：　TEL（　）
	医療機関名：　主治医名：　TEL（　）
緊急連絡先	氏名：　関係（　）　TEL：　携帯： 勤務先名（家族が希望する場合）：　勤務先TEL：
	氏名：　関係（　）　TEL：　携帯： 勤務先名（家族が希望する場合）：　勤務先TEL：

7　協力医療機関等

協力医療機関等名	財団法人　三友堂病院 医療法人公徳会　米沢駅前クリニック 鈴木歯科医院
連携施設	特別養護老人ホーム成島園

８　非常災害対策

非常災害時の対応	消防計画に則り対応します。
近隣との協力関係	「社会福祉法人緑成会・成島部落自主防災会防災相互応援協定」と「災害時施設 相互応援協定」を締結し、非常時の救援を要請しています。
平常時の訓練等	消防計画に則り、月１回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。その他、応援協定に基づく合同災害訓練を実施します。

９　相談、苦情等の窓口

当事業所のサービスに関する相談、苦情等は当事業所の次の担当者までお申し出下さい。

受付時間	月曜～金曜　　午前８時３０分～午後５時３０分
担当者	管理者　山崎 弘
電話番号	０２３８（３６）１００３　　ﾌｧｯｸｽ　０２３８（３６）１００４

※当事業所の事務室前に相談・苦情･意見等の意見箱を設置しております。

※事業主体の社会福祉法人緑成会の苦情解決窓口は次の通りです。

窓口名称	社会福祉法人　緑成会　苦情解決規程に基づく苦情解決委員会
受付時間	月曜～金曜　　午前８時３０分～午後５時３０分
担当者	苦情解決責任者　長谷川大輔　　苦情受付担当者　菊地哲也
電話番号	０２３８（３７）２３５５　　ﾌｧｯｸｽ　０２３８（３７）２３５７

※上記窓口のほか、下記の相談苦情受付窓口があります。

・　山形県運営適正化委員会　・山形県国民健康保険連合会　・米沢市　等

１０　運営推進会議の設置

当事業所では、認知症対応型共同生活介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、次のとおり運営推進会議を設置しています。

＜運営推進会議＞
構　成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市職員・地域包括支援センター職員
　　認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等
開　催：隔月で開催
会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

１１　施設が遵守する事項

施設は、サービス提供にあたり、次の事項を遵守します。

1. 職員の資質向上のため、必要な研修の機会を設けます。
2. 職員は、業務上知り得た利用者及び家族代表者の秘密を漏らしません。
3. 退職後も秘密保持義務を負うことを、雇用契約に明記します。
4. 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は、緊急やむを得ない場合を除き行いません。緊急やむを得ず身体拘束等を行った場合は、・態様 ・時間 ・利用者の心身の状況 ・緊急やむを得なかった理由を記録します。
5. 虐待の発生又は再発を防止するため、必要な措置を講じます。　　職員の人権意識向上のための研修、人権・プライバシー保護、ハラスメント防止、業務マニュアルの整備等を行います。

１２　衛生管理等

・施設は、利用者の使用する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、又は衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適切に行うこととします。
・施設は、当該施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう必要な措置を講じます。

１３　ハラスメント防止について

・当施設では、利用者、家族、職員が安心して関われる環境を守るため、あらゆるハラスメント行為を禁止しております。

【禁止される行為の例】

・暴言・威圧的な言動
・暴力行為
・セクシュアルハラスメント
・パワーハラスメント
・その他、相手に不快感や恐怖を与える行為

※利用者及び家族による職員へのハラスメントも固くお断りをしております。行為が認められた場合は、状況に応じて面談・サービス提供方法の見直し等の対応を行い、改善が見られない場合は契約の継続が困難となる場合があります。当施設は、全ての方が安心して過ごせる環境づくりに努めてまいります。

１４　業務継続計画の策定等

・施設は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
・施設は、職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（年２回以上）に実施するものとします。
・施設は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

令和　　年　　月　　日

私は、契約書及び本重要事項説明書により、事業者から認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護についての重要事項の説明を受けました。				
利用者	住所	〒　　－ TEL　　－		
	氏名	印	代書の場合その理由	
			代書者氏名（関係）	印（　　）
家族 代表者 （代理人等）	住所	〒　　－ TEL　　－		
	氏名	印　　利用者との関係（　　）		

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利用に当たり、利用者に対して契約書及び本重要事項説明書に基づき重要な事項を説明しました。							
事業者	所在地	〒９９２-００８３　　山形県米沢市広幡町成島字窪平山２１２０番地５					
	名称	グループホーム成島園					
	説明者	所属	グループホーム成島園	職名		氏名	印

※　本重要事項説明書と同時に「契約書」にも署名捺印し、サービスを開始させていただきます。