

グループホーム北花田
重要事項説明書

Ver.260401

重要事項説明書

あなたに対する介護サービス提供開始にあたり、厚生省令に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次の通りです。

1. 事業主体概要

事業主体名	株式会社 IMATOKU
法人の種類	株式会社
代表者名	代表取締役 徳上 洋之
所在地	大阪府大阪市生野区林寺6丁目8番21号
資本金	1,000万円
法人の理念	愛情ばらまき企業

2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム北花田
ホームの目的	認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対し、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の中で利用者が有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援する。
ホームの運営方針	本事業所において提供する認知症対応型共同生活介護・予防認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。 法人の計画作成担当者は、利用者個々の認知症対応型共同生活介護・予防認知症対応型共同生活介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供できるように努めるものとする。また、運営にあたっては、関係諸機関を活用し、他の保険・医療・福祉サービスを提供する者との連携を保ち、総合的なサービスの提供に努める。
運営理念	『安心家族』 『ゆっくり 穏やかに 笑顔ある暮らし』 －利用者さんに喜んでいただけるサービスの提供－
管理者	中島 亜紀
開設年月日	令和6年7月1日
介護保険事業者番号	2796500334
所在地	大阪府堺市北区新堀町2丁目119
電話・FAX番号	(電話) 072-255-1991 (FAX) 072-256-0108
交通の便	地下鉄御堂筋線 北花田駅 4番出口より南へ徒歩5分
敷地概要	661.25㎡(親会社所有地)
建物概要	構造：鉄骨造 3階建(親会社所有) 延床面積：995.04㎡
居室の概要	個室全体(14.58㎡) 居室部(9.09㎡) 計27室 定員1名 ※2人部屋(有・無)
共用施設の概要	居間 10.77㎡、食堂 25.30㎡、台所 5.67㎡、浴室(脱衣室) 12.44㎡
賠償責任保険加入先	東京海上火災保険株式会社
運営推進会議	住み慣れた地域での生活を支える為に、その地域に密着したより良いサービスの提供を推進する上で、運営推進会議の委員へ施設運営状況等を報告し、評価・助言・要望等を傾聴する場として概ね2ヶ月に1回開催。地域に開かれた事業運営及びサービスの質の向上を図る事を目的としている。

3. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」にのっとり、対応を行う。			
平常時の訓練等	別途定める「消防計画」にのっとり、年2回以上、夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居者も参加して実施する。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	自動火災報知器	有り	火災感知器	115ヶ所
	非常通報装置	有り	ガス漏れ警報機	有り
	避難階段	1ヶ所	誘導等	23ヶ所
	非常用電源	無し	防火扉	有り
	スプリンクラー	有り		

4. 職員体制（主たる職員）

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1人		1			介護支援専門員・介護福祉士・社会福祉主事任用
計画作成担当者	3人		3			介護支援専門員1名・介護福祉士3名 認知症介護実践者、リーダー研修各3名 社会福祉主事任用2名
介護従事者	24人	17	2	5		専従:介護福祉士11名・初任者(ヘルパー2級)9名 実務者研修5名・認知症基礎研修7名

5. 勤務体制

昼間の体制	12人(早出3人7:00~16:00、日勤6人9:00~18:00、遅出3人11:00~20:00)
夜間の体制	夜勤体制3人(16:30~翌朝10:30)

6. 利用状況（令和 8月4月1日現在）

利用者数	1ユニットあたり定員9人、(ユニット数:3ユニット) 総定員 27人
要介護度別	要支援2: 0人、 要介護1: 7人、 要介護2: 3人 要介護3: 5人、 要介護4: 6人、 要介護5: 5人

7. ホーム利用に当たっての留意事項

来訪・面会	来訪者は、面会時受付簿に必ず記入してください。 来訪者が宿泊される場合は、必ず事務所へ届出して下さい。 ※感染症対策により、適時面会対応に変動がありますのでご了承下さい。 ※現状面会前にLINE等で要日時の連絡。居室内で面会制限なし。 ※リモート面会の対応を含め、LINEアプリを利用して情報共有しています。
外出・外泊	外出・外泊の際は、必ず行き先と帰宅時間を事務所に届出して下さい。
医療機関への受診	当所の協力医を主治医とされる場合は、在宅訪問診療となります。従来のかかりつけ医を受診される場合、他医療機関への通院は基本的に家族による付添いご協力をお願いしています。また、入院した場合は、状況に応じて3ヶ月間のお部屋確保が可能です。随時相談をしながら進めさせていただきます。
居室・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ご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただく事があります。
迷惑行為・身体拘束・虐待等	むやみに他の入居者居室等へ立ち入らないようにして下さい。 事業者は、身体拘束や虐待、その他利用者の行動を制限しません。但し、利用者又は他の利用者等の生命または身体を保護する為に緊急やむを得ない場合はこの限りではありません。しかしその場合も速やかに解除に努める事を方針としています。身体拘束・虐待に関しては定期的に委員会を開催し、予防・防止に努めます。

所持品の管理	希望があれば、現金、貴重品等、特に管理の必要なものについては、所定の手続きを行った上で、事務所に保管します。
宗教・政治活動	施設内で、他の入居者に対する宗教及び政治活動はご遠慮下さい。

8. サービスおよび利用料等

〔介護保険給付サービス（利用者負担分）〕

食事・排泄・入浴・着替え等の日常生活上の世話については包括的に提供され、下記の通り要支援・要介護度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。（地域係数 10.45）
（下記は負担割合 1 割を記載） 注※①1日あたりの自己負担

	サービス内容	要介護度	単位	介護報酬額	利用者負担額
					1割
基本料金	初期加算 ※入居後、退院帰所後 30 日間		30 単位/日		32 円
	予防認知症対応型共同生活介護	要支援 2	749 単位/日	7,827 円	783 円
	認知症対応型共同生活介護	要介護 1	753 単位/日	7,868 円	787 円
		要介護 2	788 単位/日	8,234 円	824 円
		要介護 3	812 単位/日	8,485 円	849 円
		要介護 4	828 単位/日	8,652 円	866 円
		要介護 5	845 単位/日	8,830 円	883 円
	認知症専門ケア加算Ⅰ ※認知症自立度Ⅲ以上		3 単位/日	31 円	4 円
	認知症チームケア推進加算Ⅱ ※専門ケア加算とどちらか		120 単位/日	1,254 円	126 円
	サービス提供体制強化加算Ⅲ		6 単位/日	62 円	7 円
	医療連携体制加算Ⅰ（ハ） ※要介護 1 以上		37 単位/日	386 円	39 円
	医療連携体制加算（Ⅱ） ※対象者がいる時のみ		5 単位/日	52 円	6 円
	協力医療機関連携加算Ⅰ		100 単位/月	1,045 円	105 円
	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）		10 単位/月	104 円	11 円
	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）		5 単位/月	52 円	6 円
	口腔衛生管理体制加算		30 単位/月	313 円	32 円/月
	口腔・栄養スクリーニング加算 ※年 2 回		20 単位/回	209 円	21 円/回
	栄養管理体制加算		30 単位/月	313 円	32 円/月
	生産性向上推進体制加算Ⅱ		10 単位/月	104 円	11 円
	科学的介護推進体制加算		40 単位/月	418 円	42 円/月
	入院時費用 ※月 6 日間まで		246 単位/日	2,570 円	257 円/日
	看取り介護加算 1(死亡日以前 31 日以上 45 日以下)		72 単位/日	752 円	76 円/日
	看取り介護加算 2(死亡日以前 4 日以上 30 日以下)		144 単位/日	1,504 円	151 円
	看取り介護加算 3(死亡日以前 2 日又は 3 日)		680 単位/日	7,106 円	711 円
	看取り介護加算 4(死亡日)		1,280 単位	13,376 円	1,338 円
	退居時相談援助加算		400 単位	4,180 円	418 円
	退居時情報提供加算		250 単位/回	2,612 円	262 円
	介護職員処遇改善加算Ⅱ		総単位数に対して 17.8%		1 割

〔保険対象外サービス〕

介護保険対象外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。

保険対象外サービス	敷金	退居時、原状回復（リフォーム）費用及び債務未払い金等を差し引き、残金返却	300,000 円
	家賃	個室使用料	65,000 円
	食事費	食材、おやつ、行事費を含む	42,000 円
	管理費	水道光熱費、安全衛生管理費等	25,000 円
	共益費	各種設備維持管理費、防犯安全設備維持費等	17,000 円
	その他費用	日常生活に必要な費用で、利用者が負担する事が適当と認められる費用。 例：医療費、理美容、オムツ代、嗜好品等 手続き代行等がかかった通信費等	実 費
<p>※外泊にて 1 日 24 時間不在だった場合は、食事費のみ日割り計算にて返却します。 ただし、急な外泊や入院等の場合は委託業者との取り決めで欠食に 5 日間の猶予が必要となる為、その間の食費については請求対象となります。 ※入院された場合は、状況に応じて最長 3 ヶ月間のお部屋確保が可能です。この場合、入院期間中は家賃のみ必要となります。</p>			
体験	<p>入居の検討時、双方の合意の上、1 回限り最長 10 日間の体験入居が可能です。 1 日 10,000 円</p>		

9. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護について	事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、管理者のもと管理し、また処分の際にも第三者へ漏洩を防止するものとします。
個人情報の開示請求について	利用者及びその家族から当該本人に係る保有個人データについて、開示の申し出があった場合は、開示要望書を記入の上、他者の個人情報等考慮した上で閲覧できるものとする。また、複写を必要とする場合は、実費をご負担いただきます。

10. 緊急時の対応方法について

サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医に連絡すると共に、予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	医療機関名称	大阪よろづ医院
	主治医名	阿部 祐子 医師
	所在地	大阪府大阪市中央区東心斎橋 1 丁目 3-11-302
	電話番号	06-6252-0722
家族	緊急連絡先の家族名（続柄）	
	住所	
	電話番号	
	携帯電話番号、勤務先等	

11. 協力医療機関 ※医療機関での優先的な診療、入院加療を保障するものではありません。

医療機関名	主な診療科目及び緊急対応
大阪よろづ医院	内科・外科・小児科・訪問診療 ※訪問診療契約者は、月 2 回往診。
あべの歯科	歯科 ※希望により、週 1 回の往診あり。

12. 第三者評価実施について ※毎年受審予定ですが、緩和措置により 2 年に 1 回の場合あり。

直近の実施日	令和 6 年度実施（2025 年 4 月 3 日）
実施評価機関名	NPO 法人ナルク ナルク福祉調査センター 大阪市中央区常磐町 2-1-8 電話：06-6941-5220
評価結果の開示状況	2025 年 5 月 19 日評価確定 WAM NET 掲載・ホーム内各階にて閲覧可能

13. 苦情相談窓口

<p>【事業所の窓口】 グループホーム北花田 管理者 中島亜紀</p>	<p>所在地 : 大阪府堺市北区新堀町2丁119番地 電話番号 072-255-1991 : ファックス番号 072-256-0108 受付時間 平日9時～18時</p>
<p>【市町村の窓口】 堺市役所 介護保険課</p>	<p>所在地 : 大阪府堺市堺区南瓦町3番地1号 電話番号 072-233-1101 受付時間 平日9時～17時30分</p>
<p>堺市堺区役所 介護保険課</p>	<p>所在地 : 大阪府堺市堺区南瓦町3番地1号 電話番号 072-228-7477 受付時間 平日9時～17時30分</p>
<p>堺市東区役所 介護保険課</p>	<p>所在地 : 大阪府堺市東区日置荘原寺町195番地1号 電話番号 072-287-8112 受付時間 平日9時～17時30分</p>
<p>堺市西区役所 介護保険課</p>	<p>所在地 : 大阪府堺区鳳東町6丁600 電話番号 072-275-1912 受付時間 平日9時～17時30分</p>
<p>堺市南区役所 介護保険課</p>	<p>所在地 : 大阪府堺市南区桃山台1丁1-1 電話番号 072-290-1812 受付時間 平日9時～17時30分</p>
<p>堺市北区役所 介護保険課</p>	<p>所在地 : 大阪府堺市北区新金岡町5丁1-4 電話番号 072-258-6771 受付時間 平日9時～17時30分</p>
<p>堺市中区役所 介護保険課</p>	<p>所在地 : 大阪府堺市中区深井沢町2470-7 電話番号 072-270-8195 受付時間 平日9時～17時30分</p>
<p>堺市美原区役所 介護保険課</p>	<p>所在地 : 大阪府堺市美原区黒山167-1 電話番号 072-361-1881 受付時間 平日9時～17時30分</p>
<p>【外部苦情申し立て機関】 大阪府国民健康保険団体連合会</p>	<p>所在地 : 大阪府中央区常盤町1丁目3-8 中央通 FN ビル内 苦情担当電話 06-6949-5418 : ファックス番号 06-6949-5417 受付時間 平日9時～17時</p>

1. 看取り介護への考察

医学的に死が避けられないと思われる段階に至った場合、その身体及び精神的な苦痛、苦悩を少しでも和らげ、死に至るまでの期間、その人なりに安らかに納得して生きられるように、日々の暮らしを営むことが出来るよう日常ケアを目的として尊厳に充分配慮し支援する。

2. 看取り介護の視点

グループホームでの看取り介護は、グループホームの入居者が、病状の重度化や加齢により衰弱し人生の終末期の状態になっても、なじみの関係での生活を維持し、そして長年過ごした場所で親しい人々に見守られながら、自然な最後を迎えられるように、医療関係者・家族等と協力して対応していく。

3. 重度化した状態・終末期の判断

主治医の判断が基本である。主には、①がんの終末期、②多様な疾患の重度化、③老衰、④その他である。

4. 医療連携

*当グループホームは当該利用者のかかりつけ医との連携により、連絡体制を確立して必要に応じ健康上の管理等に対応することができる体制とする。

・主治医との連携

主治医の指示・指導のもと、必要な医療を行いながら、時に入院による病院での医療とも連携していく。

・訪問看護師との連携

主治医と連携しながら、必要な医療を行いつつ、生活の継続を重視して、入居者が苦痛が少なく心地よい状態で生活できるようにしていく。

・薬剤師など地域の多様なサービスとの連携

がんの終末期ケアでは、疼痛等緩和ケアは必須で、地域の薬剤師及び歯科医師との連携、栄養士との連携など、必要に応じて多様な専門職との連携で対応する。

5. 家族等の信頼・協力関係

グループホームでの重度化・終末期の対応を行っていくためには、家族等の信頼・協力関係は欠かせない。家族等といっしょになって入居者本人が満足するような看取りの支援をしていく。

6. 基本的な姿勢

病状が重度化した入居者、あるいは人生の終末期の入居者が、疼痛や苦痛がなく本人・家族等が望むような人生の過ごし方ができ、グループホームでの生活が継続できるように、そしてグループホームで死を迎えられるように事前に、本人・家族に対し以下の事柄を説明し確認を行う。

①グループホームにおける医療体制の理解

- ・当グループホーム北花田には医師は常駐していない。
- ・連携している医療機関主治医と看護師とは、24時間の連絡が取れる体制にあり、必要に応じ健康上の管理等に対応する。
- ・病状の変化等に伴う緊急時の対応については管理者、またはフローア責任者が協力医療機関主治医と連絡をとり 主治医の指示に従うこと。但し医療行為は出来ない。

- ・家族とは24時間連絡が取れること。
- ②看取り介護に対し、本人または家族からの同意を得ること。

7. 看取り介護の具体的支援内容

1) 利用者に対する具体的な支援

- ①終末期の経過（時期・プロセスごと）の考え方を、職員全体で共有化する。

身体 介護：バイタルサインの確認。環境の整備。安心、安楽への配慮。栄養と水分補給、排泄ケアを適切に行う。発熱対応、疼痛の緩和。

精神的介護：身体的苦痛の緩和とコミュニケーションを大切にする。プライバシーへの配慮を行い、個室（居室）で対応する。

全てを、受容してニーズに沿う態度で接する。

- ②看取り態勢となった場合の医療処置の基準の確認（医師、家族との確認。これ以上の手当てはない）

看護処置：看護職員は医師の指示に従い必要な点滴や酸素吸入等の処置を行う。

2) 家族に対する支援

- ・話しやすい環境を作る。
- ・家族関係への支援にも配慮する。
- ・希望や心配事に真摯に対応する。
- ・家族の身体的、精神的負担の軽減へ配慮する。
- ・死後の援助を行う。

8. 看取り介護の具体的方法

1) 看取り介護の開始時期

- ①看取り介護の開始については、医師により一般に認められている医学的知見から判断して回復の見込みがなく死が避けられないと判断した場合、医師より本人家族にその旨を分かり易く説明して貰い、看取り介護に関する計画を作成した上で、グループホームで介護を受けて過ごすことに同意がえられて初めて実施する。

2) 医師よりの説明

- ①医師が1) に示した状態で、看取り介護の必要性があると判断した場合、フロアー責任者を通じ、当該本人の家族に連絡をとり、日時を定めて、医師より本人または家族へ説明を行う。このとき管理者とフロアー責任者の立会を要請し、施設でできる看取りの体制を示す。
- ②この説明を受けた上で、本人又は家族は当グループホームで看取り介護を受けるか、医療機関に入院するか選択をして貰う。医療機関への入院を希望した場合は、グループホームは入院に向けた支援を行う。

3) 看取り介護の実施

- ①家族がグループホーム内で看取り介護を行うことを希望した場合は、医師、看護師、責任者、介護職員等と共同して看取り介護の計画を作成する。なおこの計画は、医師から利用者または家族への説明に際し、事前に作成しておき、その際に同意を得ることも考えられる。
- ②看取り介護の実施に関しては、家族が泊まりを希望する場合は便宜を図る。（利用者の居室対応）
- ③看取り介護を行う際は、フロアー責任者が週に1度以上定期的に利用者または家族への説明

を行い同意を得る。

④グループホームの全職員は、本人が尊厳を持つひとりの人間として、安らかな死を迎えることができるように、本人または家族の支えともなり得る身体的、精神的支援に努める。

9. 夜間緊急時の連絡と対応について

当グループホームの夜間緊急時の連絡・対応マニュアルによって適切に連絡を行うこと。

10. 責任者

夜間緊急対応および看取り介護については、管理者を責任者とする。

11. 利用者死亡後の対応に努める

あらかじめ確認しておいた通りに、医師への伝達方法と死亡確認書の作成が行われる。したがって、事前に家族および関係職員への連絡方法を確認しておく。本人、家族の意向に沿った遺体の引渡しを行う。同時に葬儀方法、場所、職員のかかわり方など家族の意向に対する対応に努める。

重要事項説明日 令和 年 月 日

【事業者】 事業所名 株式会社 IMATOKU
所在地 大阪府大阪市生野区林寺 6 丁目 8 番 21 号
代表者名 代表取締役 徳上 洋之 印

○この書面に定める認知症対応型共同生活介護・予防認知症対応型共同生活介護を担当する事業所

事業所名 グループホーム北花田
所在地 大阪府堺市北区新堀町 2 丁 1 1 9 番
説明者 印

私は、本書面に基づいて重要事項説明を受け、同意しました。

【利用者】 住 所
氏 名 印

【代理人】 住 所
氏 名 印
(利用者との続柄)