

# **認知症対応型共同生活介護利用契約書**

**(契約書・重要事項説明書・委任状・重度化した場合における(看取り)指針・医療連携体制について・個人情報同意書)**

**認知症対応型共同生活介護事業所(指定番号:3870102245)**

**グループホーム おあしす**

**〒790-0942 松山市北久米町 1004 番地 7**

**TEL 089-958-8206 FAX 089-958-8206**

認知症対応型共同生活介護利用契約書

契約当事者の表示

利用契約者 (以下「甲」という)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(入居者との関係： \_\_\_\_\_ )

入居者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

|   |     |               |       |   |   |   |
|---|-----|---------------|-------|---|---|---|
| 性別  | 男・女 | 生年月日          | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |
| 被保険者証番号                                   |     |               |       |   |   |   |
| 要介護状態区分                                   |     | 要介護 1・2・3・4・5 |       |   |   |   |
| 認知症症状の状態                                  |     |               |       |   |   |   |
| 要介護認定の有効期間                                |     |               |       |   |   |   |
| 被保険者証記載<br>の特記事項<br>(特記事項がない場合は斜<br>線を引く) |     |               |       |   |   |   |

事業者 (以下「乙」という)

住所 愛媛県松山市北久米町 1004 番地 7

事業者名 石井オアシス・ケアサービス株式会社

(認知症対応型共同生活介護事業者の指定番号：)

3 8 7 0 1 0 2 2 4 5

入居目的施設 (以下「目的施設」という) の表示

施設の名称 グループホーム おあしす

施設の目的 認知症対応型共同生活介護サービスの提供

施設の所在地 愛媛県松山市北久米町 1004 番地 7

電話 089-958-8206  
苦情受付窓口 : グループホーム おあしす  
089-958-8206 (担当 松下 )  
入居開始日 令和 年 月 日

目的施設は、介護保険法関係法令と本契約の各条項にしたがって、認知症によって自立した生活が困難になった入居者に対して、家庭的な環境のもとで日常生活の介助を通じて安心と尊厳のある生活を営むことを支援するためのものです。

乙は、本事業の社会的意義と責任を深く認識し、事業経営の安定とサービス水準の維持に努力すると共に、入居者に対してその権利を尊重し、礼節と尊敬をもって接するように努めます。

また、甲、入居者および身元引受人等は、乙や他の入居者との間に相互信頼と互助の精神によって良好な関係を形成するように努めなければなりません。

すべての関係者は、目的施設が長期にわたり安心かつ快適に暮らせる共同生活の場として機能するよう、それぞれの立場で相協力することを誓います。

## 第1条 (契約期間と更新)

### 1. 本契約の契約期間は

令和 年 月 日から令和 年 月 日までとします。

ただし、契約期間満了日以前に甲が要介護状態区分の認定の変更を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合は、変更後の要介護認定の満了日をもって契約期間の満了日とします。

### 2. 契約期間満了日の14日前までに、甲から書面による更新拒絶の申し出がない場合、本契約は自動更新され、以降も同様とします。

### 3. 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、期間経過の翌日から更新後の要介護認定有効期間の満了日とします。ただし、契約期間満了日以前に甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合、変更後の要介護認定有効期間の満了日をもって契約期間の満了日とします。

## 第2条 (身元引受人)

### 1. 乙は甲に対して身元引受人を定めることを求めることがあります。ただし、社会通念上、身元引受人を定めることができない相当の理由がある場合はその限りではありません。なお、甲は身元引受人を兼ねることができます。

### 2. 身元引受人は、本契約に基づく甲および入居者の乙に対する債務について連帯債務者となると共に、乙が必要ありと認め要請したときはこれに応じて乙と協議し、身上監護に関する決定、入居者の身柄の引き取り、残置財産の引き取り等を行うことに責任を負います。

## 第3条 (入居基準)

甲は、入居者が次の各号に適合する場合に入居させることができます。

1. 要支援2以上の認定者であり、かつ認知の状態であること。
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. 本契約に定めることを承認し、重要事項説明書に記載する乙の運営方針に賛同できること。

#### 第4条 (介護計画の作成)

1. 乙は、入居者の心身の状況、希望およびその置かれている環境を踏まえて、甲および介護従事者と協議の上、援助の目的、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型共同生活介護計画（以下「介護計画」という）を、速やかに作成します。
2. 乙は、介護計画作成後においても、その実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更をします。
3. 甲は乙に対し、いつでも介護計画の内容を変更するよう申し出ることができます。この場合、乙は、明らかに変更の必要がないとき及び甲または入居者の不利益となる場合を除き、甲の希望に沿うように介護計画の変更を行います。
4. 乙は、介護計画を作成し、また、同計画を変更した場合には、甲及び入居者に対し、その計画の内容を説明します。

#### 第5条 (介護サービスの内容及びその提供)

1. 乙は、前条により作成される介護計画に基づき本条のとおり各種サービスを提供し、本条第3項のサービスの提供にあたっては、甲及び入居者に対し、同サービスの内容の説明をして同意を得ます。尚、各種サービスの内容は「重要事項説明書」のとおりです。
2. 入居者は、介護保険給付対象サービスとして、次の各号のサービス等を受けることができます。ただし、それらのサービスは、サービス毎に区分することなく、全体を包括して提供されます。
  - ① 入浴、排泄、食事、着替え等の介護
  - ② 日常生活上の世話
  - ③ 機能回復訓練
  - ④ 相談、援助
3. 乙は、介護保険給付の対象外となる有料のサービス（重要事項説明書に記載）の提供については、甲に事前に、その余裕がない場合は事後速やかに報告し了解を得ます。
4. 乙は、入居者自身または他の入居者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限しません。
5. 乙は、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努め、その入居者の利用状況等を把握するようにします。

#### 第6条 (介護計画作成までのサービス)

乙は入居者に対し、入居後第4条の介護計画が作成されるまでの間、入居者がその状態と有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう適切な各種サービスを提供します。

## 第7条（医療上の必要への対応）

1. 乙は、入居者が病気または負傷等により検査や治療が必要となった場合、その他必要と認めた場合は、入居者の主治医または乙の協力医療機関において必要な治療等が受けられるよう、支援します。
2. 乙は、入居者に健康上の急変があった場合は、消防署もしくは適切な医療機関と連絡をとり、緊急治療あるいは緊急入院が受けられるようにします。
3. 乙は、サービス供給体制の確保並びに夜間における緊急時の対応のために、別紙重要事項説明書記載の施設の協力体制をとっています。

## 第8条（利用料等の支払）

1. 甲は乙に対し、介護計画に基づき乙が提供する各種介護保険給付サービスに要した費用について、別紙「重要事項説明書」のとおり利用料等を支払います。
2. 乙は、甲が乙に支払うべき認知症対応型共同生活介護サービスに要した費用について、入居者が介護サービス費として市町村より支給を受ける額の限度において、入居者に代わって市町村により支払いを受けます（以下法廷代理受領サービスという）。
3. 乙は、甲に対し、毎月10日までに、前月の利用料等の請求書を送付します。請求書には、請求する金額を介護保険給付対象と対象外に分けた明細書を送付します。
4. 甲は乙に対し、前月の利用料等を当月18日までに、乙の指定する方法により支払います。  
※現金・指定銀行への振り込み及び銀行口座から引き落としより選択。
5. 乙は、甲から利用料等の支払いを受けた時、甲に対し現金での支払い時領収書を発行・指定口座への振り込み及び銀行口座から引き落としの場合、金融機関への記載をもって領収書にかえる事とする。  
※医療費免除等で領収書が必要な場合は、随時領収書を発行とする。

## 第9条（法定代理受領サービス以外のサービス提供証明書の交付）

乙は、法定代理受領サービスに該当しない認知症対応型共同生活介護サービスを提供した場合において、甲から利用料の支払いを受けたときは、甲が償還払いを受けることができるように、甲に対してサービス提供証明書を交付します。サービス提供証明書には、提供した介護保険給付対象の各種サービスの種類、内容、利用単位、費用等を記載します。

## 第10条（甲及び入居者の権利）

甲及び入居者は、目的施設内の処遇に関して以下の権利を有します。これらの権利を行使することによって、入居者はいかなる精神的肉体的な抑圧を受けることはありません。

1. 甲及び入居者は、乙に対する苦情があれば、いつでも乙に直接または市町村及び別紙「重要事項説明書」記載の連絡先に対して申し出ることができます。
2. 入居者は、通信の自由を守ることができます。
3. 甲及び入居者は、希望すれば入居者に関する健康や介護に関する記録（ただし、医師が管理する診療記録は除く）の閲覧あるいは複写を請求することができます。甲及び入居者以外の者が閲覧を要求してきても、甲の書面による

許可がない限り閲覧させることはありません。

4. 甲及び入居者は、甲が選択する医師や弁護士その他の専門家といつでも相談することができます。ただし、その費用は甲が負担します。
5. 甲及び入居者は、自己の金銭や持ち込み物品を自由に使用することができます。なお、甲は入居者が目的施設内で使用する金銭の管理については協定を締結した上、乙に委託することができます。
6. 入居者は、サービス提供に際してプライバシーを可能な限り尊重されます。
7. 入居者の写真、身上や健康に関する記録は、甲及び入居者の意志に反して外部に公開されることはありません。ただし、捜索に必要な場合や医療機関への入院及び他の施設への移転に際して引継ぎを要する場合はこの限りではありません。
8. 入居者は、身体的拘束その他行動を制限されることはありません。ただし、入居者自身やその他の入居者等の生命または身体を保護するため緊急やむをえない場合はこの限りではありません。
9. 甲及び入居者は、入居者個人の衣服や家具備品をその居室に持ち込むことができます。ただし、車椅子やストレッチャー等の動きの妨げになる場合や介護に支障がある場合は制限されることがあります。電気製品その他で入居者自身や他の入居者に危害を与える恐れがあるものについては、予め乙の承認が必要です。また、法令によって所持することが禁じられているものの持ち込みは禁止します。

#### 第11条 (甲及び入居者の義務)

甲及び入居者は、目的施設での処遇に関して以下の義務を負います。

1. 甲及び入居者は、入居者の能力や健康状態についての情報を正しく乙に提供しなければなりません。
2. 甲及び入居者は、他の入居者やその訪問者及び乙の職員の権利を不当に侵害してはなりません。
3. 甲及び入居者は、特段の事情がない限り、施設内の取り決めやルール及び乙またはその協力医師の指示に従わなければなりません。もし、甲及び入居者が介護や医療に関する乙またはその協力医師の指示に従うことを拒否する場合は、その胸を明示した書面を乙に提示し、それによって起こるすべてについて甲及び入居者が責任を追うことを明らかにしなければなりません。
4. 甲及び入居者は、乙が提供する各種のサービスに意義がある場合は、速やかに乙に知らせなければなりません。

#### 第12条 (造作・模様替え等の制限)

1. 甲及び入居者は、居室に造作・模様替えをするときは、甲は乙に対して予め書面によりその内容を届け出て、乙の承認を得なければなりません。また、その造作・模様替えに要した費用及び契約終了時の原状回復費用は甲の負担とします
2. 甲及び入居者は、甲の承諾なく居室の鍵を取り替えたり、付け加えたりすることはできません。

3. 甲及び入居者は、居室以外の施設について、造作・模様替え等をしてはなりません。

### 第13条 (契約の終了)

次の各号の一に該当する場合は、この契約は終了します。

1. 要介護の認定更新において、入居者が自立もしくは要支援と認定された場合
2. 入居者が死亡した場合
3. 甲が第14条に基づき本契約の解除を通告し、予告期間が満了した日
4. 乙が第15条に基づき本契約の解除を通告し、予告期間を満了した日
5. 入居者が病気の治療等その他のため30日以上乙の施設を離れることがきまり、その移転先が受入れ可能となったとき、または乙の施設を離れた期間が結果的に30日以上となったとき
6. 入居者が他の介護保険施設への入所が決まり、その施設側で受け入れが可能となったとき

### 第14条 (甲の契約解除)

甲は乙に対し、いつでも1週間の予告期間においてこの契約を解除することができます。

### 第15条 (当施設からの解除)

乙は甲に対し、次の各号に該当する場合には、1週間の予告期間において、この契約を、解除することができます。

1. 正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を2ヵ月分滞納したとき
2. 伝染症疾患により他の利用者の生活または健康に重大な影響をおよぼす恐れがあると医師が認め、かつ入居者の退去の必要があるとき
3. 入居者の行動が他の利用者の生活または健康に重大な影響をおよぼすおそれがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないと乙が判断したとき
4. 入居者が故意に法令その他本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき

### 第16条 (退去時の援助及び費用負担)

契約の解除あるいは終了により入居者が目的施設を退去するときは、乙は予め退去先が決まっている場合を除き、居宅介護支援事業者またはその他の保健機関もしくは福祉サービス機関等と連携して、入居者またはその家族に対して、円滑な退去のために必要な援助を行います。なお、入居者の退去までに入居者の生活に要した費用等の実費は、甲の負担とします。

### 第17条 (損害賠償)

1. 乙は、入居者に対する介護サービスの提供に当たって、万が一事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害を賠償します。  
但し、入居者に重過失がある場合は、乙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。

2. 乙は、万が一の事故発生に供えて重要事項説明書記載の通り損害賠償責任保険に加入しています。
3. 入居者の故意または重過失により、居室または備品につき通常の保守・管理の程度を越える補修等が必要となった場合には、その費用は甲が負担します。

#### 第18条 (合意管轄)

本契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、松山地方裁判所をもって第一審管轄裁判所とすることを、甲及び乙は予め合意します。

#### 第19条 (契約に定めのない事項)

この契約に定めのない事項及び疑義がある場合は、介護保険法令その他法令の定めるところにより、乙及び甲の身元引受人が協議のうえ、誠意をもって処理するものとします。

以上の契約の証として本契約書を式通作成し、甲と乙は記名押印の上、各自その式通を保有します。

令和 年 月 日

甲

印

乙

石井オアシス・ケアサービス株式会社  
グループホーム おあしす

身元引受人

印

重要事項説明書  
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護サービス

あなたに対する(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始にあたり、松山市条例に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者概要

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 事業者名称 | 石井オアシス・ケアサービス株式会社 |
| 所在地   | 愛媛県松山市北久米町1004番地7 |
| 代表者名  | 代表取締役 稲見 耕一       |
| 電話番号  | 089-958-8375      |

2 ご利用事業所

|           |                   |
|-----------|-------------------|
| ご利用事業所の名称 | グループホーム おあしす      |
| 介護保険事業者番号 | 3870102245        |
| 所在地       | 愛媛県松山市北久米町1004番地7 |
| 管理者       | 松下 智史             |
| 電話番号      | 089-958-8206      |

3 事業の目的と運営方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | この事業は、要支援2又は要介護状態で認知症のある方に、家庭的な環境の共同生活住居において入浴、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。 |
| 運営方針  | 利用者の立場に立ち、尊敬・優しさ・笑顔を基本理念として、利用者に必要なサービスを提供できるよう努める。                            |

4 事業所の概要

(1) 敷地及び建物

|    |       |       |
|----|-------|-------|
| 敷地 | 600㎡  |       |
| 建物 | 構造    | 木造2階建 |
|    | 延べ床面積 | 241㎡  |
|    | 利用定員  | 9名    |

(2) 主な設備

| 設備の種類 | 数        | 面積     | 一人当りの面積 |
|-------|----------|--------|---------|
| 食堂・居間 | 1室       | 21.47㎡ | 9.93㎡   |
| 浴室    | 1室       | 4.1㎡   |         |
| 便所    | 4箇所      | 3.31㎡  |         |
| 居室    | 9室(定員9名) | 89.37㎡ |         |

※ 各居室の配置並びに構造については、パンフレットを参照してください。

## 5 職員体制

| 従業者の職種  | 人 数 | 区 分           |
|---------|-----|---------------|
| 管 理 者   | 1名  | 常勤1名          |
| 計画作成担当者 | 1名  | 非常勤1名         |
| 介 護 職 員 | 9名  | 常勤2名<br>非常勤9名 |

## 6 職員の勤務体制

| 勤務体制    |  | 1週2休 |
|---------|--|------|
| 管理者     | ( 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 )  | 〃    |
| 計画作成担当者 | ( 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 )  | 〃    |
| 介 護 職 員 | 早出 ( 8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 )<br>日勤 ( 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 )<br>遅出 ( 1 0 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0 )<br>夜勤 ( 1 7 : 0 0 ~ 0 : 0 0 )<br>明け ( 0 : 0 0 ~ 9 : 0 0 ) | 〃    |

## 7 サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

| 種 類    | 内 容   |
|--------|---|
| 排 泄    | ・入居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    | ・年間を通じて最低週2回以上の入浴または清拭を行います。  |
| 離床、着替え | ・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。   |
| 整容等    | ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。<br>・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。<br>・シーツ交換は、1月に2回以上とします。 |
| 機能訓練   | ・入居者の状況に適合した生活リハビリを行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。   |
| 相談及び援助 | ・当事業所は、入居者及びその家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。                               |

(2) 介護保険給付外サービス

| サービスの種類                        | 内 容   |
|--------------------------------|---|
| 食 事                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の立てる献立表により、季節感に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。</li> <li>・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。</li> </ul> (食事時間)<br>朝食 7:30～昼食 12:00～ 夕食 17:30～   |
| 社会生活上の便宜                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・行政機関に対する手続きが必要な場合には、入居者及び家族の状況によっては、代わりに行います。</li> </ul>  |
| 健 康 管 理                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。</li> <li>・入居者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。</li> <li>・入居者等の生命または身体を保護するためやむをえない場合を除き、身体的拘束や行動の制限をいたしません。</li> </ul>   |
| レクリエーション<br>施設の利用その他<br>生活サービス | <ul style="list-style-type: none"> <li>・各種行事をおこないます。</li> <li>・施設外へのレクリエーション等に出かけます。</li> </ul>   |
| 金銭管理                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自らの手による金銭の管理が困難な場合は、金銭管理サービスをご利用いただけます。</li> <li>・詳細は次のとおりです。               <ul style="list-style-type: none"> <li>管理する金銭の限度額：1万円までとします。</li> <li>管理する金銭等の形態：指定する金融機関の預金通帳に預け入れているものを事業所で管理します。</li> </ul> </li> </ul> <p>お預かりするもの：上記預金通帳と通帳印（原則として、1つ）</p> <p>保 管 場 所：通帳は事務室金庫。</p> <p>保 管 管 理 者：管理責任者が責任をもって管理し、出納帳のコピーをお送りします。</p> |

8 利用料

| 区 分         | 利 用 料   |
|-------------|---|
| 法定代理受領の場合   | 介護報酬の告示上の額下記を参照<br>(施設介護サービス費〔食事に要する費用を除く〕の利用者の負担割合に応じた額と食事にかかる標準負担額の合算額) |
| 法定代理受領でない場合 | 介護報酬の告示上の額<br>(施設サービス費の基準額に同じ)  |

介護報酬告示

|                    | 介 護 度          | 1 日  | 3 0 日                |
|--------------------|----------------|--|----------------------|
|                    | 要支援 2          |  | 7 6 1 円              |
| 要介護 1              |                | 7 6 5 円  | 2 2, 9 5 0 円         |
| 要介護 2              |                | 8 0 1 円  | 2 4, 0 3 0 円         |
| 要介護 3              |                | 8 2 4 円  | 2 4, 7 2 0 円         |
| 要介護 4              |                | 8 4 1 円  | 2 5, 2 3 0 円         |
| 要介護 5              |                | 8 5 9 円  | 2 5, 7 7 0 円         |
| 介護保険料<br>(1割負担の場合) | 介護職員処遇改善加算Ⅱロ   | 所定単位数(基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数)×22.0%                        |                      |
|                    | 初期加算(入所後30日のみ) | 30円/日  | 900円/月               |
|                    | 医療連携体制加算(Ⅰ)ハ   | 37円/日  | 1,110円/月<br>(30日の場合) |
|                    |                | 利用者の状況に応じた医療ニーズに対応できるように看護体制を整備します                         |                      |
|                    | 口腔衛生管理体制加算     | 30円/月  |                      |
|                    |                | 歯科医または歯科医の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員へ毎月1回以上口腔ケアに関わる技術的助言と指導を行います。   |                      |
|                    | 若年性認知症患者受入加算   | 120円/日   | 3,600円/月<br>(30日の場合) |
|                    |                | 若年性認知症患者を利用者を受け入れ、個別に担当スタッフを定め、担当者中心に利用者のニーズに応じたサービスを行います。 |                      |
|                    | 協力医療機関連携加算     | 100単位/月  |                      |
|                    |                | 協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的で開催していること。   |                      |

|               |                  |  |
|---------------|------------------|--|
|               |                  | 6 単位／日   |
|               | サービス提供体制強化加算Ⅲ    | 当施設に従事する介護職員の総数のうち、常勤換算法により、勤続 7 年以上の職員が 30%以上   |
|               |                  | 1 0 単位／月   |
|               | 生産性向上推進体制加算Ⅱ     | 見守り機器等のテクノロジーを 1 つ以上導入、介護サービスの質や職員の負担軽減を検討するための定期的な委員会の開催。   |
|               |                  | 4 0 単位／月   |
|               | 科学的介護推進体制加算      | 利用者ごとの栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他心身の状況等を LIFE を用いて定期的に厚労省に提出。   |
|               |                  | 2 5 0 単位／回   |
|               | 退所時情報提供加算Ⅱ       | 医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等 1 人につき 1 回限り算定する。  |
|               |                  | 2 4 0 単位／日   |
|               | 新興感染症等施設療養費      | 入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1 月に 1 回、連続する 5 日を限度として算定する。※現時点において指定されている感染症はない。 |
| 家賃            | 1 ヶ月             | 3 8, 0 0 0 円   |
| 食事代           | 1 ヶ月 ( 3 0 日) ※1 | 3 7, 5 0 0 円   |
| 電気代           | 1 ヶ月             | 8, 0 0 0 円   |
| 水道代           | 〃                | 2, 0 0 0 円   |
| ガス代           | 〃                | 4, 0 0 0 円   |
| 共益費※2         | 〃                | 4, 0 0 0 円   |
| オムツ・理美容代・娯楽費等 |                  | 実費   |

※1 31 日の場合 3 8, 7 5 0 円になります。(朝食 2 5 0 円、昼食 5 0 0 円、夕食 5 0 0 円)

※2 共用部分の清掃及びメンテナンス費、浄化槽・消防保守、ごみ搬出等に係る費用)

※ 入院、外泊の場合には、電気代、水道代、ガス代は日割計算されます。

食事代については、事前 (一週間前) にキャンセルの連絡があれば料金は頂きません。

※ 支払い方法及び領収について

支払いは、現金・指定銀行への振り込み及び銀行口座より引き落としより選択。領収に関して、現金での支払い時領収書を発行・指定口座への振り込み及び銀行口座より引き落とし時、金融機関の通帳への記載をもって領収書にかえる事とします。

## 9 緊急時における対応法

生活介護を実施中に利用者の症状に急変、その他緊急事態が生じたときは、協力医療機関に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告することとします。

### 10 苦情申し立て窓口

|           |       |    |              |
|-----------|-------|----|--------------|
| ご利用者ご相談窓口 | ご利用時間 | 平日 | 午前9時～午後6時    |
|           | ご利用方法 | 電話 | 089-958-8206 |
|           | 担当者   | 松下 | 智史           |

| 機関名                       | 住所                             | 電話・FAX                               | 受付時間・休業日  |
|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---|
| 松山市<br>介護保険課              | 〒790-8571<br>松山市二番町四丁目7-2      | TEL 089-948-6968<br>FAX 089-934-0815 | 平日 午前8時半<br>～午後5時<br>(土日・祝・年末<br>年始を除く)                     |
| 愛媛県国民健康<br>保険団体連合会        | 〒791-8550<br>松山市高岡町101-1       | TEL 089-968-8700<br>FAX 089-965-3800 | 平日 午前8時半<br>～午後5時15分<br>(土日・祝・年末<br>年始を除く)                  |
| 愛媛県福祉サー<br>ビス運営適正化<br>委員会 | 〒790-8553<br>松山市持田町三丁目<br>8-15 | TEL 089-998-3477<br>FAX 089-921-8939 | 平日 午前9時～<br>12時、13時～16<br>時半<br>(土日・祝・振替<br>休日・年末年始を<br>除く) |

### 11 虐待の防止に関する事項

|     |   |
|-----|---|
| 委員会 | 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。 |
| 指針  | 虐待防止のための指針を整備します。                                     |
| 研修  | 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。                          |
| 担当者 | 適切に実施するために、担当者は管理者とします。                               |

事業者は、サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）により虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報するものとする。

## 1 2 協力医療機関

|         |                      |                             |
|---------|----------------------|-----------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人仁友会南松山病院         | 愛媛生協病院                      |
| 院長名     | 藤山 登                 | 今村 高暢                       |
| 所在地     | 松山市朝生田町1丁目3番10号      | 松山市来住町1091-1                |
| 電話番号    | (089) 941-8255       | (089) 976-7001              |
| 診療科     | 内科、外科、整形外科、循環器科<br>他 | 内科、小児科、外科、整形外科、<br>精神科、心療内科 |
| 入院設備    | 有り                   | 有り                          |

|         |   |  |
|---------|---|--|
| 医療機関の名称 | 医療法人仁和会カナザキ歯科   |  |
| 院長名     | 金崎 伸幸   |  |
| 所在地     | 松山市南梅本町甲878-5   |  |
| 電話番号    | (089) 970-4182  |  |
| 診療科     | 歯科  |  |
| 入院設備    | 無し  |  |
| 契約の概要   | 当事業所と両病院とは、入居者の病状に急変があった場合、利用者の身体の状況を考慮し、医学的見地から、利用者の安全に配慮するもの。 |  |

## 1 3 非常災害時の対策

|          |  |    |       |     |
|----------|--|----|-------|-----|
| 非常時の対応   | 別途に定める「消防計画書」及び「防災計画書」に則り対応を行います。                    |    |       |     |
| 近隣との協力関係 | 2ヶ月に1回運営推進会議にて町内会の方々に施設状況報告・随時避難訓練・災害時について意見交換実施。    |    |       |     |
| 平常時の訓練等  | 別途定める「消防計画書」及び「防災計画書」にのっとり、年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。 |    |       |     |
| 防災設備     | 設備名称   | 個数 | 設備名称  | 個数等 |
|          | 非常用照明  | 5  | 火災感知器 | 17  |
|          | 誘導灯  | 3  |       |     |
|          | 消火器  | 4  |       |     |
| 消防計画等    | 防火管理者 中川 琢人  |    |       |     |

1 4 第三者評価の実施状況

|          |                  |
|----------|------------------|
| 実施の有無    | あり               |
| 実施年月日    | 令和 6 年 10 月 15 日 |
| 機関名称     | 特定非営利活動法人 JMACS  |
| 評価結果開示方法 | 施設内での掲示、結果の郵送    |

1 5 利用に際しての留意事項

|                |  |
|----------------|--|
| 面 会            | 玄関に設置しております面会記録用紙に記入をお願いします。                           |
| 外 出 ・ 外 泊      | 行き先と帰宅時間をお申し出ください。                                     |
| 居室・設備<br>器具の利用 | 本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただく事がございます。 |
| 所持品の管理         | ご本人が管理されることが原則です。場合によっては、事務所にてお預かりいたしますのでお申し出ください。     |
| 現金等の管理         | 事務所にてお預かりできますのでお申し出ください。                               |

以上、私は本書面に基づいてグループホームおあしすの職員（ 松下 ）から重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者 氏 名 \_\_\_\_\_

身元引受人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) ㊞

説明者氏名 \_\_\_\_\_ グループホームおあしす  
氏 名 管理者 松下 智史 \_\_\_\_\_ ㊞

# 委任状

令和 年 月 日

グループホーム おあしす  
管理者 様

入居者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

委任者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

委任者住所 \_\_\_\_\_  
入居者との続柄 ( )

私は、管理責任者を代理人と定め下記の事項を委任します。

## 委任事項

1. 利用料の引き出し・支払い

2. 医療費の支払い・介護保険料の支払い

3. 小遣いの引き出し・預入

4. 日用品費等の引き出し・支払い

5. 年金の受け取り・現状届けの手続き

6. その他

## 医療連携体制について

1. 日常の健康管理  
毎日の健康チェック（血圧・脈・体温等）を行い、体調を管理させて頂きます。
2. 体調不良・悪化時等  
協力病院又は主治医の指示をあおぎ、往診、訪問看護、救急者対応の処置をとらせていただきます。
3. 入院期間中の居住費・食費等の取り扱いは、契約書どおりとし、電気代、ガス代、水道代については日割り計算とさせて頂きます。

### 4. 病院への搬送の対応

緊急時（昼間の場合）

- 担当職員が生協病院又は、訪問看護ステーションに連絡。  
状態を報告し、指示を得る。同時にセンター長・管理者・家族へ連絡
- 緊急な状態の場合  
救急病院への連絡又は、必要時に救急車を呼ぶ。
- 緊急な状態でない場合
  - それぞれの、かかりつけ病院へ連絡・受診

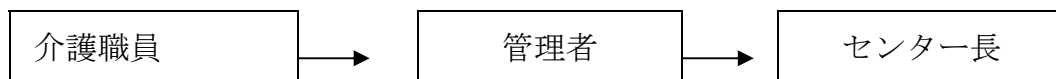
緊急時（夜間の場合）

夜勤担当者

- 状況を判断し家族へ連絡
- 緊急連絡担当者へ連絡
- 救急病院へ連絡又は、必要時に救急車を呼ぶ。
- 病院まで付き添い

緊急連絡担当者 センター長・管理者への連絡

緊急時 ホーム内の連絡網



※夜間必要な場合は、交代用員の連絡をする。

# 医療連携体制同意書

## 緊急時の対応

緊急時には、ご家族に必ず連絡を致しますが、一刻を要する場合や、ご家族に連絡が取れない場合どのように対応したらよいか、ご家族の希望を確認させていただきます。

緊急時にご家族に連絡が取れない場合

- 1 管理者の判断に一任します。
- 2 家族に連絡が取れるまでは、ホームで見守って欲しい。

令和 年 月 日

御本人 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話番号 \_\_\_\_\_

御家族 (身元引受人) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話番号 \_\_\_\_\_

石井オアシス・ケアサービス有限会社  
グループホーム おあしす  
代表取締役 稲見 耕一

## 重度化した場合における（看取り）指針

### 1. 看取り介護を行う事業施設

石井オアシス・ケアサービス（有）

指定認知症対応型共同生活介護事業所 グループホームおあしす

### 2. ターミナルケアについての基本理念

入所者の重度化に伴い、終末期を終の住処として看取りの介護を希望された方に対し、看取り介護を行うために必要な「医療」「人」「介護空間」を提供し、具体的には、医療連携体制（医療と施設とのオンコール）を実施し、適切な介護空間において、身体的および精神的ケアや、痛みや苦痛を緩和する介護技術を獲得した看護・介護職員による看取り介護を、可能な限り住み慣れた施設で受けることができるように最大限に努め、これらを持って尊厳あるターミナルケアを目指します。

### 3. グループホームおあしすにおける看取り介護の具体的支援内容

#### ① 身体状況の変化の把握

各職種からの情報収集により、食事摂取状況や日常生活動作、バイタルサインの確認などにより早期の発見と対応に努める。

#### ② 各職種（介護支援専門員・医師・看護師・介護職・栄養士などの参加によるカンファレンスを開催して介護・看護について計画書の修正あるいは変更を行う。

#### ③ 主治医により、病状の説明を行い、今後の治療方針（インフォームドコンセント）と、希望する終末期をイメージする支援を行う（病院で可能な限りの延命治療を受けたい。もしくは施設において看取り介護を決定する）

※医療機関に入院することを希望された場合は、入院に向けた支援を行うと同時に、入院期間中における居住費等について明確にする。

#### ④ ご本人とご家族の意向を踏まえ、ターミナルに向けてプランを作成する。

身体的ケア

：医療体制、点滴・酸素吸入が必要とされる場合の確認とその他の医療処置の確認を行う。

：栄養と水分量の確保（食べる楽しみをどこまで維持し支援できるか）

：排泄（尿意版胃のある方に対する適切な排泄ケアと便秘に関する調整など）精神的ケア

：疼痛ケア

：コミュニケーション（感情の表出を助ける）を重んじる。

：環境整備（ご本人の趣味の物を置くなどの生活空間、またはプライバシー確保・室温空調などに関して配慮する）

## 看取り介護についての同意書

私は\_\_\_\_\_の看取り介護指針について、グループホームおあしす担当者より十分な説明を受けて、指針が私どもの意向に沿ったものであることを確認しましたので、下記について同意します。

私どもグループホームおあしすは、グループホームおあしすが定める看取り介護指針に沿って、ご本人様に苦痛の伴う積極的治療（延命治療）は行わず、最期に至るまで慣れ親しんだ当施設において、安心できる看取り介護を行います。

但し、ご意向に変化があれば、その意向に沿うべく医療機関の受け入れなどの支援に努めます。

グループホームおあしす  
管理者 松下 智史 様

令和 年 月 日

御本人 : 住所  
氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

身元引受人 : 住所  
氏名 \_\_\_\_\_ ㊞ (続柄)

同席者 : 住所  
氏名 \_\_\_\_\_ ㊞ (続柄)

立会人 (施設) 氏名 松下 智史 ㊞ (職種) 管理者

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当主治医 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

## 個人情報利用に関する同意書

私達（利用者及び利用者の家族）は、下記認知症共同生活介護事業所が、介護支援サービスを提供するため必要な限度において、協力医療機関との定期的な情報共有やサービス担当者会議等で個人情報を使用することに同意します。

所在地 松山市北久米町 1004 番地 7  
グループホーム おあしす

令和 年 月 日

（ご利用者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

（ご家族代表）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

（立会人）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印