

グループホーム有松

契約書・重要事項説明書

グループホーム有松利用契約書

_____（以下、「利用者」という）と株式会社クオリス（以下、「事業者」という）は、事業者が利用者に対して行う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（以下、「認知症対応型共同生活介護」という）について、次のとおり契約します。

第1条（契約の目的）

事業者は利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従い、可能な限りその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援する事を目的とし、利用者に対し認知症対応型共同生活介護を提供し、利用者は事業者に対しその料金を支払います。

第2条（契約期間）

1. この契約の契約期間は令和 年 月 日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。
2. 契約満了の2日前までに利用者から事業者に対して文書により契約終了の申し出がない場合は、契約は自動更新されるものとします。

第3条（認知症対応型共同生活介護計画）

事業者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて「認知症対応型共同生活介護計画」を作成します。事業者はこの「認知症対応型共同生活介護計画」の内容を利用者またはその家族に説明します。

第4条（認知症対応型共同生活介護の内容）

1. 利用者が提供を受ける認知症対応型共同生活介護の内容は[重要事項説明書]に定めたとおりです。事業者は、[重要事項説明書]に定めた内容について、利用者またはその家族に説明します。
2. 事業者は、認知症対応型共同生活介護計画に沿って[重要事項説明書]に定めた内容の認知症対応型共同生活介護を提供します。
3. 認知症対応型共同生活介護が利用者との合意をもって変更され、事業者が提供するサービスの内容または介護保険適用の範囲が変更となる場合は、利用者の了承を得て新たな内容の[重要事項説明書]を作成し、それをもって認知症対応型共同生活介護の内容とします。

第5条（サービス提供の記録）

1. 事業者は認知症対応型共同生活介護記録をつけることとし、これをこの契約の完結の日から5年間保管します。
2. 利用者は事業者の営業時間内に事業所にて、第1項の認知症対応型共同生活介護記録を閲覧できます。
3. 利用者は複写に係る自費相当額の支払いと引き換えに、第1項の認知症対応型共同生活介護記録の複写物の交付を受けることができます。

第6条（苦情処理）

利用者からの苦情については〔重要事項説明書〕のとおり迅速かつ適切に対応します。

第7条（秘密保持）

事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上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。

第8条（料金）

1. 利用者はサービスの対価として〔重要事項説明書〕に定める利用単位毎の料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。

2. 事業者は、当月の料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月15日までに利用者へ送付します。

3. 利用者は、毎月の料金の合計額を翌月23日までに事業者へ口座振替で支払います。
（振替手数料は事業者が負担）

4. 事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収書を発行します。

5. 利用者は〔重要事項説明書〕以外のサービス（例えば、理美容代金、紙おむつ代金、クリーニング代金、タクシー代金等）については、実費自己負担となることに同意します。

第9条（情報提供）

1. 利用者は、事業者が認知症対応型共同生活介護計画を作成するにあたって、サービス担当者会議などに於いて利用者及び家族等の個人情報を提供することに同意します。

2. 利用者は、急変時・事故発生時等において医療機関、行政等に事業者が利用者及び家族等の個人情報を提供することに同意します。

第10条（料金の変更）

1. 事業者は、利用者に対して、1ヶ月前までに文書で通知することにより利用単位毎の料金の変更（増額または減額）を申し入れることができます。

2. 利用者が料金の変更を承認する場合、新たな料金に基づく〔重要事項説明書〕を作成し、お互いに取り交わします。

3. 利用者は、料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

第11条（契約の終了）

1. 利用者は事業者に対して、契約終了希望日の1週間前までに文書で通知する事により、この契約を解除する事ができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は契約終了希望日の1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。

2. 事業者はやむを得ない事情がある場合、利用者に対して、契約終了日の1ヶ月前までに理由を示した文書で通知することにより、この契約を解除する事ができます。

3. 次の理由に該当した場合は、利用者は文書で通知する事により、直ちにこの契約を解約することができます。

- ①事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ②事業者が守秘義務に反した場合
- ③事業者が利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ④事業者が破産した場合

4. 次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知する事により、直ちにこの契約を解約することができます。

- ①利用者のサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず2週間以内に支払われない場合
- ②利用者またはその家族などが事業者やサービス従事者に対して本契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合

次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ①利用者が介護保険施設に入所した場合
- ②利用者の要介護区分が、自立・要支援1と認定された場合
- ③利用者が死亡した場合
- ④利用者が入院した場合

第12条（賠償責任）

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

その実施のため「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入します。

第13条（緊急時・事故発生時の対応）

事業者は、利用者の病状、状態の急変が生じた場合等においては、速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。また、事故発生時は速やかに家族・保険者に連絡するとともに必要な措置を講じます。

第14条（利用者の注意義務等）

- 1. 利用者は、居室及び共同設備等を本来の用途に従い使用するものとします。
- 2. 利用者は居室、設備について故意又は重大な過失により滅失、破損、汚損もしくは変更した場合、自己の費用により現状に復することとします。
- 3. 利用者は、契約が終了した場合速やかに居室を明け渡すものとします。
- 4. 他の利用者の迷惑になる言動は慎む。

第15条（連携）

事業者は、認知症対応型共同生活介護の提供にあたり、保険者および保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

第16条（裁判管轄）

利用者と事業者は、本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

第17条（利用者の権利）

利用者は自分の持てる力を活かし能力に応じた自立生活を送る権利を有し、事業者はその実現に向けて努力・援助します。また、利用者は安心できる環境で生活する権利を有し、事業者はその整備に努力します。

第18条（連帯保証人）

- 1 連帯保証人は、利用者と連帯して、本契約から生じる利用者の債務を負担するものとする。
- 2 前項の連帯保証人の負担は、極度額1,500,000円を限度とする。
- 3 連帯保証人が負担する債務の元本は、利用者または連帯保証人が死亡したときに、確定するものとする。
- 4 連帯保証人の請求があったときは、事業者は、連帯保証人に対し、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者のすべての債務の額等に関する情報を提供しなければならない。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者

<事業者名> 株式会社クオリス

<住所>

<代表者名> 印

利用者

<住所>

<氏名> 印

(身元引受人および連帯保証人)

<住所>

<氏名> 印

グループホーム有松 重要事項説明書

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、重要事項を以下のとおり説明します。

1. 担当事業所の名称

事業所の名称	グループホーム有松
指定番号	
所在地	金沢市有松 2-4-32
連絡先（電話番号）	電話 076-245-5601 FAX 076-241-3561
相談担当者	管理者 吉本 真弓
当該事業者の通常の事業実施区域	金沢市

2. 担当事業所の従業員の職種、職務内容、員数及び勤務体制

職 種	職務内容	員数	勤 務 体 制
管理者	業務全般の管理	1	常勤
計画作成担当者	介護計画の作成	1	非常勤(介護支援専門員)
介護従業者	日勤 7:00～16:00 8:30～17:30 9:40～18:40	3 6	常勤 3名（介護福祉士2名） 非常勤 3名（介護福祉士2名）
介護従業者	夜勤 18:10～7:10	1	常勤2名・非常勤3名（介護福祉士4名）

3. 事業所の営業日及び営業時間

年中無休・24時間対応

4. 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護利用料

利用料計算表（9頁）を参照

- ※ 食材料費は1日3食ともにとらなかった時、1日あたり1,200円減額します。また、1食でもとられた場合は通常通り1,200円をいただきます。
- ※ 1日あたり医療連携体制加算39単位、認知症専門ケア加算Ⅰ（Ⅰ）3単位、サービス提供体制強化加算（Ⅲ）6単位が、ひと月あたり栄養管理体制加算30単位、科学的介護推進体制加算40単位、生産性向上推進体制加算（Ⅱ）10単位が加算されます。
- ※ その他、ご利用者様の状況によって、看取り介護加算（死亡日以前45日前から31日前は72単位、死亡日30日前から4日前は144単位、死亡日前々日及び前日は680単位、死亡日は1,280単位を、1日につき算定）や退去時相談援助加算（グループホームを退去

し、居宅サービスや他の地域密着型サービスを利用する場合の相談支援：1回400単位）、口腔・栄養スクリーニング加算（1回につき20単位・6ヶ月に1回まで）等が生じる場合があります。退去時の清掃代（専門業者に外注）は実費で戴きます。

※月々の介護保険利用者負担料は、合計単位数に介護職員処遇改善加算11.1%、特定処遇改善加算2.4%、ベースアップ等加算2.4%を加え、金沢市の地域区分の報酬単位10.14%をかけた金額×介護保険負担割合証に記載されている1割又は2割又は3割の額となります。

※入居後30日間は初期加算として1日30単位（30単位×10.14）が必要です。

5. 協力医療機関

北陸病院 076-243-1191
松田内科医院 076-241-2505
まめだ歯科医院 076-291-8056

6. 入居時の持ち込める私物の範囲について

居室に収納できるもの。但し、他の入居者の迷惑にならないもの。

7. 緊急時・事故発生時の対応方法

利用者の主治医への連絡を行い、その指示に従います。また、必要なときには家族の方にも連絡します。また、事故発生時は速やかに家族・保険者に連絡をとるとともに必要な措置を講じます。

8. 苦情解決

苦情解決のため、苦情解決責任者、苦情受付担当者を置きます。

(1) 苦情解決責任者 管理者 076-245-5601

(2) 苦情受付担当者 主任介護職員 076-245-5601

(3) 外部苦情申立機関

・石川県国民健康保険団体連合会

介護サービス苦情相談窓口 076-231-1110

・金沢市役所介護保険課 076-220-2264

・石川県福祉サービス運営適正化委員会 076-234-2556

9. 金銭管理について

基本的には自己管理です。

小口現金(一万円未満)の管理を希望する方はお申し出下さい。

10. 非常災害対策

非常災害用設備は消防法に定められた基準を満たしています。また、定期的な非常災害訓練を実施しています。

11.医療連携体制加算について

- (1) 事業所の職員として看護師を配置しています。
- (2) 看護師との24時間連絡体制が確保されています。
- (3) 重度化の指針を定めています(11~14頁)。

12. 第三者評価の実施状況

- (1) 実施年月日 [令和6年9月28日](#)
- (2) 評価機関の名称 寺井潔ソーシャルワーカー事務所
- (3) 評価結果の開示状況
石川県ホームページ「石川県福祉サービス第三者評価」にて開示

13. 権利擁護および虐待の防止

権利擁護および虐待の防止のための責任者を置く。

権利擁護および虐待防止責任者 管理者

14. 身体的拘束等廃止に向けた措置

- (1) 身体的拘束等適正化委員会を3月に1回以上開催し、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 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の実施します。
- (3) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。

15. やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続き

- (1) 事業所内に設置の身体的拘束等廃止委員会にて、切迫性・非代替性・一時性、実施方法(時間帯、期間等)について協議し、その検討記録を保存します。
- (2) 身体的拘束等の実施の前後においては、利用者様またはご家族様に理由を説明し、また、その理由及び一連の経過を記録して、速やかにご報告致します。また、実施後は速やかな解除に努めます。

16. 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者様に対する指定サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の営業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。
- (2) 事業所は、従業者に対し、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の実施します。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行います。また、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

	単位計算						円計算(30日として)				
	基本単位	医療連携 体制加算	認知症 専門ケア 加算 (Ⅰ)	サービス 提供体 制加算 (Ⅲ)	単位合計 (LIFE加算・栄養管理体制 加算・生産性向上推進体 制加算含む) ひと月あたりに 加算される単 位をプラス		介護職員処遇改善加算 新加算Ⅱ(17.8%) 小数点以下四捨五入 左記単位数×1.178		地域区分7級地(小 数点以下切捨)	保険料	
										国保連負担	保険料利用者 1割負担の場合
					1日	30日として		30日として		×0.9	
要支援2	761	0	3	6	770	23,180		27,306	276,882	249,193	27,689
要介護1	765	37	3	6	811	24,410		28,755	291,575	262,417	29,158
要介護2	801	37	3	6	847	25,490		30,027	304,473	274,025	30,448
要介護3	824	37	3	6	870	26,180		30,840	312,717	281,445	31,272
要介護4	841	37	3	6	887	26,690		31,441	318,811	286,929	31,882
要介護5	859	37	3	6	905	27,230		32,077	325,260	292,734	32,526

* 医療費や排泄用品や趣味のための購入品等の個人的な費用は別途必要となります。

* 介護職員等処遇改善ベースアップ等加算として合計単位数の2.3%が加算されます。

* 入居されて30日は初期加算(1日30単位)が、加算されます。

* 加算につきましては状況に応じ変化する事がありますので、何卒ご了承下さい。

基本保険料利用者負担分に自費(食費・家賃・水道・光熱費)を加えた費用(30日として)

	基本保険料 利用者負担	食材料費 (1,200円×30日)	家賃 (1,500円×30日)	水道・光熱費 (300円×30日)	合計
要支援2	27,689	36,000	45,000	9,000	117,689
要介護1	29,158	36,000	45,000	9,000	119,158
要介護2	30,448	36,000	45,000	9,000	120,448
要介護3	31,272	36,000	45,000	9,000	121,272
要介護4	31,882	36,000	45,000	9,000	121,882
要介護5	32,526	36,000	45,000	9,000	122,526

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護の提供にあたり、利用者に対しこの書面に基づき重要事項を説明しました。

株式会社クオリス グループホーム有松 氏名

私はこの書面に基づき、事業所からの重要事項の説明を受け、認知症対応型共同生活介護の提供開始に同意します。

利用者 氏名

代理人 氏名



グループホーム有松 ご利用にあたって

【利用対象の方】

- ・ 要介護認定で介護度が要支援 2 以上の方
- ・ 認知症と診断された方
- ・ 自力歩行ができ、共同生活のできる方
- ・ 常時の医療的管理や処置が必要でない方
- ・ 利用料が支払える方
- ・ 金沢市在住の方

【利用対象外の方】

- ・ 要介護認定で介護度が要支援 1 以下の方
- ・ 精神症状の著しい方
- ・ 暴力、暴言をふるうなど、共同生活ができない方
- ・ 常時の医療的管理や処置が必要な方
- ・ 利用料の支払ができない方
- ・ 金沢市以外に住所のある方

グループホーム有松では毎月数回のドライブ、外食を実施していますが、このようなプログラムに参加が可能な方が具体的な対象者になります。また、日常的に近くの店への買い物や調理、掃除などの家事を職員と一緒にしています。食事は柔らかめの普通食です。

奇数月（2ヶ月に1度）に開催する運営推進会議同日に、ご家族参加の行事を企画し交流の機会にしています。運営推進会議や行事へのご家族皆様のご参加・ご協力をお願いしています。それに限らず日々のご来訪を嬉しく思っております。

重度化した場合の対応及び看取りに関する指針

1 ターミナルケア(看取りの介護)についての基本理念

認知症対応型共同生活介護 グループホーム有松（以下、「グループホーム有松」という）では、終末期においてもその人らしさを醸しだし、これからの生活を豊かに過ごすための期間として、身体的および精神的両面に配慮したケアが必要だと考えます。

利用者の重度化に伴い、グループホーム有松を終の住処としてターミナルケア（看取りの介護）（以下、「ターミナルケア」という）を希望された方に対し、医療機関と連携しながら、身体的および精神的ケアや苦痛を緩和する介護技術を獲得した職員によるターミナルケアを、可能な限り住み慣れた事業所で受けることができるように最大限に努めます。

2 グループホーム有松における見取り介護の具体的支援内容

① 終末期に対する意向の確認

グループホーム有松で出来ること、利用者ご本人（以下、「ご本人」という）とご家族の希望や延命治療などについての考え方、ターミナルケアの開始時期など、ご本人やご家族、医療機関と十分に話し合いながらターミナルケアの方針を定めます。また、ターミナルケアの同意書を作成し、ご本人やご家族よりターミナルケアの同意を得ます。

② ターミナルケアプラン（看取りの介護計画書）の作成と実践

ご本人とご家族の意向を踏まえ、身体的および精神的ケアを含めたターミナルケアプラン（看取りの介護計画書）（以下、「ターミナルケアプラン」という）を作成し、ターミナルケアプランに基づいたターミナルケアに取り組みます。また、作成または変更されたターミナルケアプランについてご本人やご家族に説明し、同意を得ます。

③ 身体状況の変化の把握

職員間で情報を共有し、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、ご本人の身体的状況の変化を早期に発見し、対応するよう努めます。

④ 医療機関との綿密な連携

かかりつけ医、協力入院病院、看護師などとの協力体制を確保し、24時間体制で適切な対応に努めます。

⑤ ご家族との綿密な連携

ご家族と、ご本人の日常生活状況や身体的状況および精神的状況などについて、情報を共有し協力し合い適切な対応に努めます。

⑥ チームで取り組むターミナルケア

死に寄り添う在り方、ご本人やご家族の意向、実践しているケアについての検討など、職員間で話し合いを重ねながら、医療機関やご家族と情報を共有し、チームとしてのターミナルケアを行います。また、チームの統括責任者と夜間、緊急時の連絡の責任者を明示します。

⑦ ご家族に対する支援

ご家族の精神面や負担感に配慮しながら、ターミナルケアに精神面において十分に参加していただけるような支援を行います。

⑧ 他の利用者へのアプローチ

ターミナルケアを行う際、他の利用者へも大きな影響があるため、他の利用者への十分な配慮と援助に努めます。

⑨ 死後のケア

ご家族および他の利用者へのアフターケアに配慮します。また、ご遺体の処置や搬送、葬儀に関する手続きなどについて、できる限り協力します。

3 医療機関との連携

かかりつけ医の定期的な往診（または受診）により適切な処置を受け、急変時にはいつでも協力医療機関へ救急搬送できる体制を整備します。

4 入院中の費用の取扱い

入院された場合、入院当月利用中の家賃、食材料費および水道・光熱費の日割り計算した額を頂きます。入院期間中の家賃や食材料費、水道・光熱費に関しては不要ですが、入院期間中の居室確保を希望される場合は、別途自費として部屋代として利用料計算表の合計単位数の最低値の 10 割換算値に入院日数を乗じた額が掛かります。また、長期入院が予想される場合は、入院後 7～10 日頃をめぐり、適時その後について相談いたします。

5 職員の認識の強化

全職員が看取り介護に関する深い認識を持つよう研修を設けます。

- 例： 緊急時対応、および急変時の連絡ルートへの理解
- ： 看取り介護の実践に係る知識と理解
 - ： 報告・記録の整備
 - ： ターミナル期の介護方法および技術
 - ： 死に寄り添う人間性、死生観の成熟
 - ： 状態観察(バイタルチェックなど)
 - ： 死後の手続き等に関する理解

看取りについての事前確認書

当施設では、御希望される方には精神面でのケアを中心とした、終末期ケアをめざしております。利用者の方の容体が悪くなった時には、倫理的に問題のない範囲で、御自身の御要望を出来る限り反映させていただきたいと考えております。

つきましては、以下の質問項目により、利用者の方が終末期ケアに対してどのような考えをお持ちでいらっしゃるか、可能な範囲で結構ですので、御回答いただきますようお願い申し上げます。

1. 終末期を迎えたい場所はどこですか？

- ☐ 施設で最期を迎えたい
- ☐ 自宅に戻って最期を迎えたい
- ☐ 入院を希望する
- ☐ 今はわからない

2. 終末期には、積極的な延命治療を望めますか？

- ☐ 望む
- ☐ 望まない 自然な形でいい
- ☐ 今はわからない

3. 急変時（心停止・呼吸停止）に病院への搬送を希望されますか？

- ☐ 希望する
- ☐ 希望しない
- ☐ 今はわからない

4. 病気について全てをお知りになりたいですか？

- ☐ 知りたい
- ☐ 知りたくない
- ☐ 今はわからない

5. その他（御希望、御要望があれば御記入ください）

注）上記の内容は、変更することが可能ですので、いつでも申し付けてくださ

い。

また、本紙記載は利用にあたって必ず御記入いただく性質のものではありません。

令和____年____月____日

認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、利用者（家族）に対しこの書面に基づき重要事項（重度化の指針含む）を説明しました。

グループホーム管理者 _____ 印

私は、本書面に基づいて、上記の重要事項の説明と重度化した場合の対応及び看取りに関する指針を 担当 _____ に、説明を受けたことを確認し同意します。

令和____年____月____日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者の家族等 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____