

# 認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

## 1 事業の目的と運営方針

### (1) 事業の目的

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て、共同生活住居において家庭的な環境のもとで入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、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ができるようにすることを目的とします。

### (2) 運営方針

事業所の従事者は、利用者に対してサービスの提供方法を理解しやすいように説明を行います。緊急やむを得ない場合を除いて身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない等、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った指定認知症対応型共同生活介護の提供に努めます。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 2 事業者の内容

### ①提供できるサービスの種類

施設名称	陽光苑グループホーム	定員数
所在地	島根県江津市桜江町長谷 2723 番地 2	9名
管理者名	弥重 由紀子	
認知対応型共同生活介護	事業者指定番号 3271800389	

### ②職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	認知症対応型サービス事業管理者研修受講者 介護福祉士	1名 (兼務)	0名	施設の運営管理 介護全般	1名
計画作成者	介護支援専門員	1名 (兼務)	0名	管理者の補佐 計画作成担当者 介護全般	1名
介護職員	介護福祉士 ホームヘルパー等	5名 (内兼務 2名)	0名	介護全般	6名

### ③設備の概要

定員数	9名	食堂	42.00㎡
居室(個室)	9室(1室12.0㎡)	談話室	18.00㎡
トイレ(男女別)	24.00㎡	調理室	12.00㎡
共用トイレ	8.25㎡	浴室	12.00㎡
スタッフルーム	12.00㎡	休憩室	12.00㎡

## 3 入退居

- (1) 要介護者であって認知症の状態にある高齢者のうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない方を対象とさせていただきます。
- (2) 利用申込者の利用に際し、主治医の診断書等により認知症の状態にある高齢者であることを確認させていただきます。
- (3) 利用者の入退居については、医師の判断等により入院治療を必要とする場合及び利用者に対し必要なサービスを提供することが困難である場合は、適切な他の介護保険施設、医療機関を紹介する等の必要な措置を講じます。
- (4) 利用者のご家族等による利用契約締結の代理や援助が期待できない場合については関係市町村と連携し成年後見制度や地域福祉権利擁護事業等の活用を努めます。

- (5) 利用者の退居に際しては、適切な指導を行うとともに居宅介護支援事業者等へ情報の提供及び保健・医療・福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

#### 4 サービスの内容

①認知症対応型共同生活介護計画の立案

②居 室 1 部屋あたり定員 1 名（部屋数 9 部屋）総定員 9 名

③食 事 ご利用者の自立支援のため、離床して食堂にて食事を摂って頂くことにしています。その他、日常生活の機能訓練として、できる方は、共に調理を行ないます。

食事時間：朝食 7 時 30 分 昼食 12 時 夕食 18 時

④入 浴 希望に応じてほぼ毎日入浴していただけます。

⑤排 泄 排泄の介助

⑥介 護 施設サービス計画に沿って下記の介護を行ないます。

着替え食事、入浴、排泄等の介助、シーツ交換、施設内の移動の付き添い等

⑦機能訓練 日常生活の中で機能訓練を行います。

⑧生活援助 担当の介護職員に、介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。

⑨レクリエーション 当施設では、入居者交流のための行事を行っています。行事によっては別途参加費がかかるものもあります。

⑩行政手続代行

⑪理美容サービス 協理美容店によるサービスを月 1 回行います。利用料は別途かかります。

#### 5 利用料

(1) 基本料金

◎認知症対応型共同生活介護利用料 (1 日あたりの自己負担)

	1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
要介護 1	7 6 5 円	1, 5 3 0 円	2, 2 9 5 円
要介護 2	8 0 1 円	1, 6 0 2 円	2, 4 0 3 円
要介護 3	8 2 4 円	1, 6 4 8 円	2, 4 7 2 円
要介護 4	8 4 1 円	1, 6 8 2 円	2, 5 2 3 円
要介護 5	8 5 9 円	1, 7 1 8 円	2, 5 7 7 円

◇介護職員が欠員の場合 30%減額となります

◇初期加算 30 円/日

入所後 30 日に限り施設での生活になれるために様々な支援を必要とすることから、上記料金に 1 日につき 30 円割増となります。入所日から 30 日間以内に入院又は外泊を行なった場合は 30 円の料金はかかりません。

◇介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ)：所定単位数に 15.5%を乗じた単位数で算定していません。

◇入院中の体制加算 246 円/日

入院後 3 カ月以内に退院を見込まれる利用者様に、退院後の安定した生活を送っていただけるための取り組みを行い支援していくことに対する加算です

◎短期利用共同生活介護（ショートステイ）利用料（1日あたりの自己負担）

	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要介護1	792円	1,584円	2,376円
要介護2	828円	1,656円	2,484円
要介護3	853円	1,706円	2,559円
要介護4	869円	1,738円	2,607円
要介護5	886円	1,772円	2,658円

◇サービス提供体制強化加算Ⅰ：22円/日（同上）

入所者に一定基準のサービスを提供する体制が整っているかを評価し介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が70パーセント以上である場合に算定される加算となります。

◇介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）：所定単位数に15.5%を乗じた単位数で算定しています。

\*介護保険に係る個人負担料金の割合については、利用者様の「介護保険負担割合証」によります。

- (2) 食材費：1日あたり1,340円
- (3) 理美容代：1回 男性2,800円 女性2,500円
- (4) オムツ代：実費
- (5) 水道光熱費：1カ月あたり 15,000円  
：ショートステイ利用は1日あたり500円
- (6) 家賃：ご契約者の使用される部屋および、日常の備品にかかる費用です  
料金：1日あたり 1,190円
- (7) 預り金管理費：1カ月あたり 500円
- (8) 日常生活上必要となる諸費用：実費  
日常生活の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。
- (9) 料金の支払時期 毎月20日まで（前月分の月額料金）
- (10) お支払いの方法は、銀行振込、現金集金、口座自動引き落としの3通りの中から契約時にお選び下さい。毎月10日までに前月分の請求をいたしますので10日以内にお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行します。

## 6 協力病院

島根県済生会江津総合病院	桜江歯科医院
江津市江津町1016-37	江津市桜江町川戸105-5
0855-54-0101	0855-92-8282

緊急時の体制：緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

## 7 サービス利用に当たっての留意事項

- ① 利用者は、管理者その他の従業者による指導又は指示に従うとともに、事業所内における共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めてください。
- ② 利用者は、外出を希望する場合は、所定の手続きにより管理者に届け出てください。
- ③ 利用者は、事業所の整理、整頓その他環境衛生を保持するため、事業所に協力してください。
- ④ 利用者は、事業所が定める遵守事項に従ってください。

## 8 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき防災訓練を行います。

防災訓練 1年に2回以上実施します。

防災設備 緊急通報システム、非常誘導灯、室内消火栓等

防災責任者 安田和史

## 9 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

### 10 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、ご家族、市町村、医療機関等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

#### 1.1 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、サービスを提供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。この守秘義務は契約終了後も同様です。  
また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

#### 1.2 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアル作成し、従業者教育を行います。

#### 1.3 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に入所者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

#### 1.4 虐待防止

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1)虐待防止に関する担当者を選定しています。

担当者 弥重由紀子

(2)虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

(3)虐待防止のための指針の整備をしています。

(4)従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による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、これを市町村に通報します。

#### 1.5 緊急時の対応方法

緊急時の連絡先

体調の変化等、緊急の場合は、主治医、ご家族等に連絡するなど必要な処置を講じます。

主治医	医療機関	
	医師名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	緊急連絡先	

#### 1.6 損害賠償について

当事業所の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。  
ただし、損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

17 第三者評価の実施状況 (有) ・ (無)

実施年月日 令和5年3月7日 評価機関 株式会社 コスモブレイン

評価結果

事業所内に掲示しております。

18 相談・要望・苦情等の相談窓口

● 相談・要望・苦情等の相談窓口

当事業所のサービスに関する相談・要望・苦情等は、下記の窓口までお申し出ください。

サービス相談窓口		
☆ 陽光苑グループホーム	電話番号	0855-92-8450 (FAX 0855-92-0711)
	担当	管理者 弥重 由紀子
	受付時間	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分
☆ 江津市高齢者障がい者福祉課	江津市江津町 1016 番地 37	
	電話番号	0855-52-7488 (FAX 0855-52-1374)
	受付時間	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分 (土・日祝日を除く)
☆ 浜田市健康医療対策課	浜田市殿町 1 番地	
	電話番号	0855-25-9320 (FAX 0855-23-3440)
	受付時間	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分 (土・日祝日を除く)
☆ 島根県国民健康保険団体連合会	松江市学園 1 丁目 7 番地 14 号	
	電話番号	0852-21-2811 (FAX 0852-21-5744)
	受付時間	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分 (土・日祝日を除く)
☆ 浜田地区広域行政組合 介護保険課	浜田市殿町 1 番地	
	電話番号	0855-25-1520 (FAX 0855-25-1506)
	受付時間	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分 (土・日祝日を除く)
☆ 島根県運営適正化委員会	〒690-0011 松江市東津田町 1741-3	
	電話番号	0852-32-5913 (FAX 0852-32-5994)
	受付時間	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分 (土・日祝日を除く)
☆ 第三者委員	渡邊 信明	江津市桜江町八戸 1357 番地 6 電話番号 0855-92-1423
〃	田野 美恵子	江津市桜江町鹿賀 1 9 番地 2 電話番号 0855-93-0423

19 衛生管理等

事業所は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ます。

(1)必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

(2)事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね6か月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します

20 業務継続計画の策定等について

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の、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

- (1) 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に行います。
- (2) 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います

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

事業者名 社会福祉法人 桜江福祉会  
施設名 陽光苑グループホーム  
所在地 島根県江津市桜江町長谷2723番地2

説明者 所 属 陽光苑グループホーム  
職 氏 名 管理者 弥重 由紀子 (印)

令和 年 月 日

私は、契約書および本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護サービスについて重要事項説明を受け、サービス提供の開始について同意します。

〈 利 用 者 〉

住 所 .....

氏 名 ..... (印)

〈 代 理 人 〉

住 所 .....

氏 名 ..... (印) (続柄 )

〈 身元引受人 〉

住 所 .....

氏 名 ..... (印)