

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護サービス
今治市社協グループホームゆいの里

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、「今治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を定める条例第 128 条により準用する第 9 条及び今治市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに関する介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例第 86 条により準用する第 11 条」に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人今治市社会福祉協議会
事業者の所在地	愛媛県今治市南宝来町一丁目 9 番地 8
法人種別	社会福祉法人今治市社会福祉協議会
代表者名	会長 長野 和幸
電話番号	0 8 9 8 - 2 2 - 6 0 1 8

2 ご利用施設

施設の名称	今治市社協グループホームゆいの里
施設の所在地	愛媛県今治市大三島町野々江 2 4 3 5 番地 1 4
事業所番号	3 8 7 0 2 0 1 1 9 5
電話番号	0 8 9 7 - 7 4 - 1 3 7 0
F A X 番号	0 8 9 7 - 7 4 - 1 3 7 7

3 社会福祉法人今治市社会福祉協議会大三島事業所で併せて実施する事業

事業の種類	事業者指定	
	指定年月日	事業所番号
通所介護	平成 1 7 年 1 月 1 6 日	3 8 7 0 2 0 1 1 0 4
認知症対応型共同生活介護 (グループホームゆいの家)	平成 1 7 年 1 月 1 6 日	3 8 7 0 2 0 1 1 2 0

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、共同生活において、利用者が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出来るよう、援助を行なうことを目的とします。
運営の方針	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サービスの提供に努め、利用者とその家族との交流を目指します。

5 施設の概要

敷 地	2, 3 1 9 m ²		
建 物 の 構 造	木造平屋		
施 設 の 種 類	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）		
設 備	数	面積	
居 室	9 室	1 5 . 1 2 m ² （1 3 6 . 0 8 m ² ）	
台 所	1 箇所	1 1 . 3 4 m ²	
居 間 兼 食 堂		1 1 6 . 2 2 m ²	
便所・洗面コーナー	3 箇所	2 1 . 6 0 m ²	
脱 衣 室	1 箇所	8 . 6 4 m ²	
浴 室	1 箇所	6 . 0 0 m ²	
廊 下		1 7 . 8 2 m ²	
玄 関	1 箇所	9 . 7 2 m ²	
事 務 室	1 箇所	2 4 . 3 0 m ²	
倉 庫	3 箇所	3 1 . 1 9 m ²	
合 計 床 面 積	3 8 2 . 9 1 m ²		

6 職員体制（主たる職員）

従業者の種類	員数	勤務形態	保有資格・研修履歴状況
管理者	1名以上	常勤兼務	認知症介護実務研修（基礎課程）修了 認知症対応型サービス事業管理者研修修了
計画作成担当者	1名以上	常勤兼務	介護支援専門員
看護職員	1名以上	常勤兼務	看護師
介護職員	9名以上	常・非常勤、専・兼務	介護福祉士・ヘルパー2級

7 職員の勤務体制

従業者の種類	勤務体制
管理者	勤務時間： 8：30～17：30
計画作成担当者	勤務時間： 8：30～17：30
看護職員	勤務時間： 8：30～17：30 ※ 24時間連絡が取れる体制をとっています。
介護職員	勤務時間： 8：30～20：00の間のシフト制 夜間勤務： 20：00～ 7：30 ※ 昼間(生活時間帯 8:30～20:00) は原則として、職員1名以上で利用者のお世話をします。 ※ 夜間(20:00～7:30)は原則として、職員1名以上で利用者のお世話をします。

8 営業日

営業日	年中無休
-----	------

9 サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容	利 用 料 (1日あたり)																																								
食 事 の 助 介	・栄養と身体状況に配慮した、季節感のある食事を提供します。 ・食事はできるだけ食堂で、全員で摂っていただけるよう配慮します。 (朝食) 7:00～8:30 (季節により前後) (昼食) 12:00～13:00 (夕食) 17:00～19:00 (季節により前後)	介護報酬の告示上の額 (ただし法定代理受領の場合は利用者負担割合に応じた額) ○ 基本料金 <table><tr><th>要介護度</th><th>利用料/日</th><th colspan="3">介護保険負担割合(利用者負担額)</th></tr><tr><td></td><td></td><th>1割/日</th><th>2割/日</th><th>3割/日</th></tr><tr><td>要支援2</td><td>7,610円</td><td>761円</td><td>1,522円</td><td>2,283円</td></tr><tr><td>要介護1</td><td>7,650円</td><td>765円</td><td>1,530円</td><td>2,295円</td></tr><tr><td>要介護2</td><td>8,010円</td><td>801円</td><td>1,602円</td><td>2,403円</td></tr><tr><td>要介護3</td><td>8,240円</td><td>824円</td><td>1,648円</td><td>2,472円</td></tr><tr><td>要介護4</td><td>8,410円</td><td>841円</td><td>1,682円</td><td>2,523円</td></tr><tr><td>要介護5</td><td>8,590円</td><td>859円</td><td>1,718円</td><td>2,577円</td></tr></table>	要介護度	利用料/日	介護保険負担割合(利用者負担額)					1割/日	2割/日	3割/日	要支援2	7,610円	761円	1,522円	2,283円	要介護1	7,650円	765円	1,530円	2,295円	要介護2	8,010円	801円	1,602円	2,403円	要介護3	8,240円	824円	1,648円	2,472円	要介護4	8,410円	841円	1,682円	2,523円	要介護5	8,590円	859円	1,718円	2,577円
要介護度	利用料/日	介護保険負担割合(利用者負担額)																																								
		1割/日	2割/日	3割/日																																						
要支援2	7,610円	761円	1,522円	2,283円																																						
要介護1	7,650円	765円	1,530円	2,295円																																						
要介護2	8,010円	801円	1,602円	2,403円																																						
要介護3	8,240円	824円	1,648円	2,472円																																						
要介護4	8,410円	841円	1,682円	2,523円																																						
要介護5	8,590円	859円	1,718円	2,577円																																						
排 泄 の 助 介	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行なうとともに、排泄の自立についても適切な援助を行ないます。 ・おむつを使用する方に対しては、随時交換を行ないます。	○ 加算 7、初期加算 (入居後、若しくは1ヶ月以上入院した後に再入居した場合に30日間算定) <table><tr><th>初期加算</th><th>利用料/日</th><th>1割/日</th><th>2割/日</th><th>3割/日</th></tr><tr><td></td><td>300円</td><td>30円</td><td>60円</td><td>90円</td></tr></table>	初期加算	利用料/日	1割/日	2割/日	3割/日		300円	30円	60円	90円																														
初期加算	利用料/日	1割/日	2割/日	3割/日																																						
	300円	30円	60円	90円																																						
入 浴 の 助 介	・利用者の状況に応じて適切な入浴介助を行ないます。 ・介助は原則として同性の職員が行ないます。																																									
着 替 え 等 の 助 介	・寝たきり防止のため、離床に配慮します。 ・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えが行なわれるよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行なわれるよう配慮します。 ・寝具、着替えの洗濯等援助します。	イ、医療機関連携加算(協力医療機関との連携体制を整え、ご利用者さんの健康状態に関する情報共有や定期的な会議の開催) <table><tr><th>医療機関連携体制加算</th><th>利用料/月</th><th>1割/月</th><th>2割/月</th><th>3割/月</th></tr><tr><td></td><td>1000円</td><td>100円</td><td>200円</td><td>300円</td></tr></table>	医療機関連携体制加算	利用料/月	1割/月	2割/月	3割/月		1000円	100円	200円	300円																														
医療機関連携体制加算	利用料/月	1割/月	2割/月	3割/月																																						
	1000円	100円	200円	300円																																						
機 能 訓 練	・日常生活の中での機能訓練、又は利用者の状況に応じた通所介護での機能訓練等を取り入れ、生活機能の維持・改善に努めます。	ウ、医療連携体制加算Ⅰ(常勤看護師を配置し、24時間連絡ができる体制を確保。さらに医療機関との連携を取る) <table><tr><th>医療連携体制加算(Ⅰ)イ</th><th>利用料/日</th><th>1割/日</th><th>2割/日</th><th>3割/日</th></tr><tr><td></td><td>570円</td><td>57円</td><td>114円</td><td>171円</td></tr></table>	医療連携体制加算(Ⅰ)イ	利用料/日	1割/日	2割/日	3割/日		570円	57円	114円	171円																														
医療連携体制加算(Ⅰ)イ	利用料/日	1割/日	2割/日	3割/日																																						
	570円	57円	114円	171円																																						
健 康 管 理	・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持って引き継ぎます。 ・入所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。	エ、医療連携体制加算Ⅱ(算定日が属する月の前3か月において指定の医療行為を受ける方が1人以上であること) <table><tr><th>医療連携体制加算(Ⅱ)</th><th>利用料/日</th><th>1割/日</th><th>2割/日</th><th>3割/日</th></tr><tr><td></td><td>50円</td><td>5円</td><td>10円</td><td>15円</td></tr></table>	医療連携体制加算(Ⅱ)	利用料/日	1割/日	2割/日	3割/日		50円	5円	10円	15円																														
医療連携体制加算(Ⅱ)	利用料/日	1割/日	2割/日	3割/日																																						
	50円	5円	10円	15円																																						
相 談 及 び 援 助	・当施設は、利用者及びご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なうよう努めます。	オ、サービス提供体制強化加算Ⅰ(10年以上同一法人内で勤務する介護福祉士の資格を持つ職員が、全体の100分の25以上配置している) <table><tr><th>サービス提供体制強化加算(Ⅰ)</th><th>利用料/日</th><th>1割/日</th><th>2割/日</th><th>3割/日</th></tr><tr><td></td><td>220円</td><td>22円</td><td>44円</td><td>66円</td></tr></table>	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	利用料/日	1割/日	2割/日	3割/日		220円	22円	44円	66円																														
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	利用料/日	1割/日	2割/日	3割/日																																						
	220円	22円	44円	66円																																						
提 供 記 録	・サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「地域密着型サービス計画書」に必要事項を記入し、利用者の確認を受けます。 ・事業者は、一定期間ごとに「地域密着型サービス計画書」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況等に関するケア記録等、その他経過記録を作成します。 ・事業者は作成した記録を、作成完了後5年間は適正に保管し、契約者もしくは契約時の代理人の求めに応じて閲覧に応じ、又は実費によりその写しを交付します。	カ、認知症対応型入院時費用(6日以内) (入居中の入院に対し、3ヶ月以内に退院が見込まれ、その間退院後再び当事業所へ再入居出来るように体制を確保した場合に算定) <table><tr><th>入院時費用</th><th>利用料/日</th><th>1割/日</th><th>2割/日</th><th>3割/日</th></tr><tr><td></td><td>2,460円</td><td>246円</td><td>492円</td><td>738円</td></tr></table> キ、介護職員処遇改善加算(Ⅱ)基本料金(介護度別基本利用料金)に各加算(ア～ク)の各利用料を加えた1ヶ月当たりの自己負担合計額の17.8%(各負担割合による1割・2割・3割)に相当する額	入院時費用	利用料/日	1割/日	2割/日	3割/日		2,460円	246円	492円	738円																														
入院時費用	利用料/日	1割/日	2割/日	3割/日																																						
	2,460円	246円	492円	738円																																						

(2) 介護保険給付外サービス

種 類	内 容	利用料
お む つ の 提 供	・利用者のご希望に応じて提供します。	実費
食 事 の 提 供	・新鮮で安価な旬な食材を使った料理を提供します。	内訳 朝食：210 円 昼食：330 円 夕食：330 円
理 美 容 サービス	・町内の希望理美容店に出張を依頼します。	実費
レクリエーション・行事	・季節にふさわしいレクリエーション行事を企画します。	施設外レクリエーションについて実費 (交通費・入場料等)
退 去 時 の 諸 費 用	・ご利用頂いた居室を退去される際、経年劣化を除く原状回復するための費用になります。	実費

1 0 その他の利用料

家 賃 (1 日)	1, 5 0 0 円
居室における電気代	実費

※ただし、月途中の入居・退居については、家賃並びに共用部分光熱水費(共益費)はそれぞれ日割計算とします。また、入院中・外泊中における家賃・共益費については通常通り算出します。

1 1 相談・苦情等申立先

- ・サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。また、本事業者が選任している「第三者委員」に相談する事が出来ます。

相 談 窓 口	窓口担当者	渡辺 優子
	ご利用時間	毎日 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
	ご利用方法	電話又は面接 電話番号 0 8 9 7 - 7 4 - 1 3 7 0

第三者委員

近藤 健太郎	今治市松本町4丁目2-11	0 8 9 8 - 3 1 - 4 4 7 6
矢野 和馬	今治市玉川町小鴨部甲363-4	0 9 0 - 2 8 2 6 - 9 8 9 8
越智 光憲	今治市上浦町井口6322	0 8 9 7 - 8 7 - 2 0 7 9

次の公的機関においても、相談・苦情申立等が出来ます。

今 治 市 役 所 介 護 保 険 課	受付時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 (月～金曜日)土日祝日及び年末年始を除く
	電話番号	0 8 9 8 - 3 6 - 1 5 2 6
愛媛県国民健康保険団体連合会	受付時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5 (月～金曜日)土日祝日及び年末年始を除く
	電話番号	0 8 9 - 9 6 8 - 8 7 0 0

1 2 虐待の防止のための措置

- (1) 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じるものとします。
- ① 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について、担当職員に周知徹底を図ります。
 - ② 事業所における虐待防止のための指針整備を行い、指針に沿った対応を実施します。
 - ③ 事業所において、担当職員に対し、虐待防止のための研修を定期的を実施します。
 - ④ ①から③の措置を適切に実施するための担当者を設置します。担当者は事業所長及び管理者とします。

1 3 身体拘束の禁止のための措置

- (1) 事業所は原則として、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。
- (2) 事業者は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録します。

1.4 運営推進会議の設置

- 当事業所では、(介護予防)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、その内容についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

構 成	利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、今治市の担当職員、伯方地域包括支援センター職員、(介護予防)認知症対応型共同生活介護について知見を有する者
開 催	隔月で開催(概ね2ヶ月に1回程度)
会 議 録	運営推進会議の内容、評価、要望、助言について記録を作成します。

1.5 協力医療機関・バックアップ施設

各機関の名称	院長・施設長名	所在地	電話番号	診療科
医療法人 良仁会 大三島中央病院	越智 伸子	今治市大三島町宮浦5318番地	0897-82-1111	内科・外科・脳神経外科・小児科・整形外科・皮膚科・放射線科
医療法人 有津むらかみクリニック	村上 篤信	今治市伯方町有津甲2335番地	0897-72-3200	内科・外科・呼吸器科・消化器内科・小児科・肛門科
医療法人 しのざき整形外科	篠崎 進一	今治市伯方町伊方甲1022番地1	0897-73-1221	整形外科・内科
ふじた歯科	藤田 栄伸	今治市大三島町宮浦5684番地	0897-74-0581	歯科
社会福祉法人鷺峰会 特別養護老人ホーム多々羅の里	渡辺 司	今治市上浦町井口3865番地1	0897-87-3800	特別養護老人ホーム

1.6 事故発生時の対応

- (1) サービスの利用により事故が発生した場合は、速やかに今治市、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- (2) サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

1.7 緊急時の対応方法

- (1) 従業者は、事業を実施中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告し緊急連絡先や居宅支援事業所へ速やかに連絡します。
- (2) 事業実施中に、天災その他の災害が発生した場合、利用者の避難等の措置を講ずるほか、管理者に連絡の上その指示に従います。

1.8 衛生管理及び従業者の健康管理等について

- (1) 事業所は、事業に使用する備品、用品を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、衛生管理に充分留意いたします。
- (2) 事業所は、従業者に対し、伝染病等に関する基礎知識の習得に努めるとともに、年1回以上の健康診断を受診させます。
- (3) 事業所は、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るものとします。
 - 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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
 - 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ます。
 - ③ 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施いたします。

1.9 秘密保持

- (1) 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
- (2) 事業所は、従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (3) 事業所が得た利用者及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合には当該利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合には当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。
- (4) 事業所は利用者及びその家族の個人情報について、個人情報保護に関する方針及び社会福祉法人今治市社会福祉協議会個人情報保護規程また、厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めます。

2 0 業務継続計画について

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し指定通所介護の提供を継続的に実施するため、また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、業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について説明、周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施いたします。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

2 1 ハラスメント防止対策について

- (1) 事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組んでいきます。
- (2) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - ① 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は、当該法人職員、取引先事業者、利用者及びその家族等を対象とします。
- (3) ハラスメント事案が発生した場合、ハラスメントの無い職場づくり（指針）及び介護現場におけるハラスメント対策マニュアルなどを基に対応し、同様の案件が発生しない為の再発防止策を検討いたします。
- (4) 職員に対し、ハラスメントに対する考え方について研修を実施いたします。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- (5) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

2 2 当施設のご利用の際に留意いただく事項

来 訪 ・ 面 会	来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。 来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外 出 ・ 外 泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を申し出てください。
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ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫 煙 ・ 飲 酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。食堂での飲酒はマナーを守ってください。 居室での飲酒はお断りします。
迷 惑 行 為 等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室には立ち入らないでください。
所 持 品 の 管 理	所持品の管理は、原則として居室又は物品保管庫で利用者に管理していただきます。
現 金 等 の 管 理	現金及び預貯金等については原則として、利用者に管理していただきます。
宗 教 ・ 政 治 活 動	施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動 物 飼 育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

2 3 第三者評価の実施状況

実 施 の 有 無	有り
実施した直近の年月日	令和 5 年 8 月 2 5 日（金）
実 施 方 法	運営推進会議を活用し「自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール」を用いた外部評価を実施
評価結果の開示状況	利用者及びその家族へ送付、今治市へ提出、法人ホームページ・事業所内へ掲示

2 4 その他運営についての留意事項

- (1) 事業所は、従業者の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務態勢を整備します。
 - ① 採用時研修 採用後 1 か月以内
 - ② 継続研修 年 2 回
 - ③ 新卒採用、中途採用を問わず、新たに採用した従業者（介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者）について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じるものとします。（採用後1年以内に）
- (2) 事業所は、この事業を行うため、利用者台帳、ケース記録、利用決定調書、利用者負担金収納簿、その他必要な帳簿を整備するものとします。
- (3) 前項の書類は、その完結の日から 5 年間保存するものとします。

私は、指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、利用者に対し契約書及び本書に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人今治市社会福祉協議会
代表者 会長 長野 和幸

事業所 所在地 今治市大三島町野々江2435-1
事業所名 今治市社協グループホームゆいの里

説明者 _____

私は、契約書及び本書面に基づいて事業所から重要事項説明を受け、これらを理解した上で指定(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同意、承諾します。

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

利用者 住所 今治市 _____

氏名 _____

代筆者 氏名 _____ [続柄: _____]

利用者の家族代表 住所 _____

氏名 _____ [続柄: _____]

上記代理人（代理人を選任した場合）

住所 _____

氏名 _____ [続柄: _____]