

認知症対応型共同生活介護重要事項説明書
(介護予防認知症対応型共同生活介護重要事項説明書)

当事業所はご利用者に対して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）サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、ご利用上ご注意くださいことを次の通り説明します。

1. 事業者の概要

法人名	社会福祉法人 城久会
代表者名	理事長 林田 恒正
所在地	坂井市丸岡町安田新4-3-2
電話番号・FAX番号	TEL (0776) 68-1500 FAX (0776) 68-1507
設立年月日	平成14年7月26日

2. 事業所の概要

事業の種類	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）
事業所の名称	グループホーム しおんの里
所在地	坂井市丸岡町安田新4-3-1
電話番号・FAX番号	TEL (0776) 68-0007 FAX (0776) 68-0020
事業所番号	1891700161
管理者の氏名	野村 悦子
開設年月日	平成22年4月20日
入居定員	18人（1ユニット9人）

3. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	社会福祉法人城久会が開設するグループホームしおんの里（以下「事業所」という。）が行う認知症対応型共同生活介護事業（介護予防認知症対応型共同生活介護事業）（以下「事業」という。）の適切な運営を確保するために人員および運営管理に関する事項を定め、認知症により自立した生活が困難になった利用者に対して、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、尊厳のある生活を営むことができるよう適切な認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。
運営の方針	1 事業の実施にあたっては、関係市町村、保険・医療・福祉サービスを提供する者との連携を図り事業の目的が円滑かつ公正に運営されることに努める。 2 事業の実施にあたり介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨、内容を遵守する。 3 事業の運営にあたっては利用者の人格を尊重し、利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した生活を営むことができるよう支援する。

4. 設備の設備概要

(1) 構造等

敷 地		2, 287.67 m ²	
建 物	構 造	S造	
	延床面積	700.21 m ²	

(2) 居室

居室の種類	室数	面積（一人当の面積）	備 考
居室（1人部屋）	18	最小 10.931 m ² 最大 12.066 m ²	有効面積（内法） 9.7 m ²

(3) 主な設備

設 備	室数	面積（一人当の面積）	備 考
共 同 生 活 室	2	87.532 m ² (4.863 m ²)	居間及び食堂として利用
台 所	2	36.680 m ²	床面積
浴 室	3	28.858 m ²	床面積
脱 衣 室	2	12.690 m ²	床面積
機 能 訓 練 室	2	22.068 m ²	床面積

5. 職員の配置状況

職 種	員数					常勤換算後の人数(任)	職務内容
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	1		1			0.2	従事者の管理及び業務の管理を一元的に行う
計画作成担当者	2		2			1	利用者の心身の状況を踏まえて、サービス計画を作成する
介 護 職 員	18	6	3	9		11.7	利用者の対して必要な介護を行う

6・職員の勤務体制

☆常勤職員	☆非常勤職員
日 勤 （ 8 : 30 ~ 17 : 30 ）	9 : 00 ~ 12 : 00
日 勤 （ 9 : 00 ~ 18 : 00 ）	8 : 30 ~ 13 : 30
夜 勤 （ 17 : 00 ~ 9 : 00 ）	8 : 30 ~ 17 : 30
	9 : 00 ~ 18 : 00
	13 : 30 ~ 17 : 30
	18 : 00 ~ 8 : 30

7. サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
入 浴	入浴または清拭を週2回以上行います。
排 泄	排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
機能訓練	介護職員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を行います。
着替え、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。 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をします。 シーツの交換は週1回行います。
食 事	利用者の状況に応じて、適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。但し、食材料費は給付対象外です。
日常生活の援助	掃除などの家事のお手伝いをします。
相談及び援助	入所者とその家族からのご相談に応じます。

イ 費用

下記の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費を除いた金額を基準額とし、利用者の介護保険負担割合証に記載の割合を、基準額に乗じた額をお支払い下さい。

(上記サービス利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。)

《 認知症対応型共同生活介護 》

(1割負担にて表記しております。)

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①ご利用者の要介護度とサービス料金	7,490円	7,530円	7,880円	8,120円	8,280円	8,450円
②うち、介護保険から給付される金額	6,741円	6,777円	7,092円	7,308円	7,452円	7,605円
③サービス利用に係る自己負担額(①-②)	749円/日	753円/日	788円/日	812円/日	828円/日	845円/日
④サービス提供体制強化加算Ⅱ	18円/日					
⑤生産性向上推進体制加算Ⅱ	10円/月					
⑥初期加算	(30円/日)					
自己負担額合計(③+④)	767円	771円	806円	830円	846円	863円
(カッコ内は初期加算込み)	(797円)	(801円)	(836円)	(860円)	(876円)	(893円)
自己負担額<1ヵ月(30日)>	23,020円	23,140円	24,190円	24,910円	25,390円	25,900円
(カッコ内は初期加算込み)	(23,920円)	(24,040円)	(25,090円)	(25,810円)	(26,290円)	(26,800円)

☆介護職員等処遇改善加算Ⅰ：介護保険給付費すべての加算合計の18.6%の1割が自己負担となります。

◎体制加算

サービス提供体制強化加算Ⅱ	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上である場合加算されます。1日18円加算されます。
生産性向上推進体制加算Ⅱ	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討する委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上がドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。 1ヶ月につき10単位加算されます。

◎個別加算

初期加算	入所した日から30日以内及び1ヶ月以上の入院後に退院し再び入所する場合は1日につき30単位の加算があります。
入院期間中の体制加算	長期入院を要した場合、1ヶ月に6日間を限度として、1日につき246円加算されます。
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者受入、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供した場合、1日につき120円加算されます。

- ・利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス料金の全額を一旦お支払いいただく場合があります。要介護の認定を受けた後、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ・介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された場合に合わせてご利用者の負担額を変更します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

種類	内容	利用料
部屋代	全室個室となっております。	1,600円/日
食材料費	食事を提供した場合の材料費に実費をご負担いただきます。食べられないものやアレルギーのある方は事前にご相談ください。	1,500円/日
おやつ代	ご利用者に提供するおやつにかかる費用です。	150円/日
水道光熱費	居室でご利用の水道電気料代。	600円/日
おむつ代	紙おむつS 紙おむつM 紙おむつL パンツタイプS パンツタイプM パンツタイプL パンツタイプLL 尿取りパット(レギュラー) 尿取りパット(ワイド) 尿取りパット(ビック)	100円/枚 110円/枚 120円/枚 100円/枚 110円/枚 120円/枚 130円/枚 50円/枚 60円/枚 80円/枚
行事・クラブ参加代	希望により参加された場合、材料代・入場料等実費を負担頂きます。	実費
予防接種代	インフルエンザ等の予防接種代を実費にてご負担して頂きます。	実費
理美容代	実費をご負担いただきます。	実費

8 利用料等のお支払い方法

- ・ご指定いただいた通帳より、毎月20日に自動引き落としさせていただきます。
毎月10日までに前月分の請求書を発行します。

9. サービス利用に関する留意事項

事 項	内 容
居室・設備・器具等の利用	施設内の設備・器具は本来の用法に従ってご利用下さい。故意にまたは僅かな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり、汚した場合には、ご利用者に自己負担により現状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
居室内への立ち入り	ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上必要があると認められる場合には、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合ご本人のプライバシー等について十分な配慮を行います。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅日時を記入した「外出・外泊届」を介護職員に提出し、許可を取って下さい。
面 会	面会時間 8時～21時 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出て下さい。
喫煙	施設内、禁煙です。
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等に立ち入らないでください。
宗教・政治活動	施設内での他の利用者に対する執拗な宗教・政治活動及び営利活動はご遠慮下さい。
衛生・風紀	施設の業務運営上支障のある物品、鋭利な刃物、発火性・引火性のある物質その他危険物を持ち込んだりしないでください
動物の飼育	事業所内へのペットの持込及び飼育はお断りします。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。
身上変更届	利用者の身上に関する重要な事項に変更を生じたときは速やかに施設職員に届け出て下さい。

10. 事故発生時の対応

利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合には、速やかに当該利用者に係る市町村、居宅介護支援事業所及び家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。

1 1. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める「防災計画」に則り対応を行います。			
避難訓練	別途に定める「防災計画」に則り年2回夜間又は昼間を想定した避難訓練を実施します。			
防災設備 (施設全体)		個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	73	非常階段	1
	消火器	8	自動火災報知機	1
	非常放送	1	誘導灯	10
	火災通報	1		
消防計画等	消防署への届出日：平成22年3月27日 防火管理者 野村悦子			

1 2. 損害賠償について

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いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その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る場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を勘酌して相当と認められるときに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

1 3. 苦情等申立窓口

当事業者は、お客様が満足して居宅サービスをご利用いただけるよう、苦情受付担当者と苦情を受け付ける苦情受付窓口を設置しています。また苦情解決にあたり中立・公正な立場から助言を行う第三者委員も設けております。

◆体制は次の通りです。

	氏名	連絡先
苦情受付担当者	宮地 賀世美	0776-68-0007
苦情解決責任者	野村 悦子	0776-68-0007
第三者委員	西出 恵美子	0776-66-2743
第三者委員	龍川 濱江	0776-66-2331

◆苦情解決の方法は次の通りです。

苦情解決責任者は、お客様と誠意をもって話し合い、解決に努めます。また必要に応じて第三者委員が立ち会います。

しおんの里で解決できない場合は下記に申立することができます。

◆行政機関・その他苦情受付機関

機関名	所在地	電話番号
坂井地区広域連合介護保険課	坂井市坂井町上兵庫 40-15	0776-91-3309
坂井市高齢福祉課	坂井市下新庄 1-1	0776-50-3040
あわら市健康長寿課	あわら市市姫 3丁目 1-1	0776-73-8022
福井県国民健康保険団体連合会	福井市西開発 4丁目 202-1	0776-57-1614
福井県社会福祉協議会	福井市光陽 2丁目 3-22 県社会福祉センター内	0776-24-2339

1 4. 入退居にあたっての留意事項

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）の対象者は、要介護者（介護予防認知症対応型共同生活介護においては要支援 2）であって認知症の状態にあり、かつ次の各号を満たす者とする。

- ・ 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。
- ・ 自傷他害のおそれがないこと。
- ・ 常時医療機関において治療をする必要がないこと。

入居後利用者の状態が変化し、前項に該当しなくなった場合は退居することとなる。

退居に際しては、利用者及び家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるよう、退居に必要な援助を行うよう努める。

1 5. サービス利用をやめる場合

契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 7 日前までに利用者からの契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮に以下のような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

(1) ご利用者からの契約解約・解除の申し出

契約の有効期間であっても、契約書第 12 条により、ご利用者から利用契約を解約または解除することができます。解約の場合には、契約終了を希望する日の 30 日前までに退居届をご提出ください。事業所を退所することができます。

(2) 事業者からの契約解約・解除の申し出

契約書第 13 条に該当する場合には、本契約を解約または解除させていただくことがあります。

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

1 6. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって次のことを守ります。

- ①ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師または看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取、確認します。
- ③ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、その完結の日から 2 年間保管するとともに、ご利用者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
なお、介護報酬の請求に係る記録にあつては、5 年間保存する。
- ④ご利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご利用者または他のご利用者の生命、身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより除き、身体を拘束する場合があります。
- ⑤ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。

⑥ご利用者への事業所は、サービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た時において、自らが作成しまたは取得し、保存している利用者等の個人情報について、ご利用者またはご家族に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)

ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。またご利用者との契約の終了に伴う援助を行う際には予め文書にて、ご利用の同意を得ます。

17. 協力医療機関

医療機関の名称	藤田神経内科病院		
所在地	丸岡町羽崎 31-12-1	電話番号	0776-67-1120
診療科	神経内科		
入院設備	有 (ベット数・44床)		

18. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	西田歯科医院		
所在地	丸岡町羽崎 12-14-10	電話番号	0776-67-4050
入院設備	無		

19. 第三者評価

実施の有無	有り	実施年月日	令和7年7月31日
実施機関名	福井県社会福祉協議会		
評価結果の開示状況	介護サービス情報公表		

認知症対応型共同生活介護確認書及び個人情報提供に関する同意書
(介護予防認知症対応型共同生活介護確認書及び個人情報提供に関する同意書)

○私は、グループホームしおんの里を利用するにあたり、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）利用契約書及び重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解しました。

○私は、グループホームしおんの里との間で締結した介護保険法に基づく、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）利用契約書第 11 条の守秘義務に関して、私及び私の家族並びに身元引受人等の個人情報を医療に必要な範囲・居宅介護サービス計画の作成等に必要な範囲に限定して、医師・居宅介護支援事業所等に提供することに同意します。

令和 年 月 日

社会福祉法人 城久会
グループホーム しおんの里
管理者 野村 悦子 殿

利 用 者

住 所

氏 名 _____

身元引受人・連帯保証人

住 所

氏 名 _____

身元引受人

住 所

氏 名 _____

【緊急時の連絡先】

氏名	(続柄)
住所	
自宅 TEL	
携帯 TEL	
職場 TEL	