

「認知症対応型共同生活介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

当事業者はご利用者に対して認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。また、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことをご契約者又はご利用者若しくはご利用者の代理人に次のとおり説明します。

※ 当サービスの利用は原則として要介護認定の結果「要介護1～5」と認定された方で、認知症の状態にある方が対象となります。

《 目次 》

1. 事業所経営法人	2
2. ご利用事業所	2
3. 居室の概要	3
4. 職員の配置状況	4
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	5
6. 入居に当たっての留意事項	9
7. 入居中の医療の提供について(契約書第7条3項)	9
8. 秘密保持について(契約書第18条参照)	9
9. 事故発生時の対応について	10
10. 苦情相談の受け付けについて	10
11. 身体拘束等について	11
12. 非常災害対策について	11
13. 運営推進会議について	11
14. 介護・看護に関する個人情報	11

1. 事業所経営法人

- | | |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名 | 有限会社 龍 泉 |
| (2) 法人所在地 | 山口県岩国市周東町下久原798番地5 |
| (3) 電話番号 | 0827-83-1200 |
| (4) 代表者名 | 代表取締役 阿部 秀樹 |
| (5) 設立年月 | 平成13年10月24日 |

2. ご利用事業所

- | | |
|----------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 認知症対応型共同生活介護
事業所番号3577200532 |
| (2) 事業所の目的 | 認知症の状態にある要介護者に共同生活住居（グループホーム）において入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上のお世話及び機能訓練等を行い、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営んでいただくことを目的とする。 |
| (3) 事業所の名称 | グループホーム秀東館 蓮華 |
| (4) 事業所の所在地 | 山口県岩国市周東町西長野265-1 |
| (5) 電話番号 | 0827-83-1200 |
| (6) 管理者の氏名 | 中村 厚美 |
| (7) 法人の理念 | 秀東館の基本理念は現代社会が忘れかけている家族の温かさを大切にするという事です。一つの屋根の下で、それぞれ違った個性を持った人々が集まり生活をする。入居者は私達の父であり、母である。又入居者同士は兄弟姉妹でもある。私達の目指す福祉“大家族主義”が秀東館 蓮華にはあります。 |
| (8) 当該事業所の運営方針 | 当事業所は、岩国市における認知症高齢者福祉の増進に寄与することを目的とし、その目的達成の為、地域や、ご家族との結びつきを重視した運営を主方針として、医療福祉関係者や行政機関と密な連携を取りながら、事業所の利用者が明るく家庭的な環境のもとで、福祉の基本である人格の尊厳を守り、従業者との信頼関係を構築することにより、利用者に安全で安心した日常生活を提供することを運営方針とする。 |
| (9) 開設年月 | 平成14年8月5日 |
| (10) 入居定員 | 18人（2ユニット）
（ユニット① 9人、ユニット② 9人） |

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当事業所では以下の居室をご用意しています。入居される居室は、すべて個室です。

居室・設備の種類	室数	備考
個室 (ユニット①)	9 室	14.56㎡
個室 (ユニット②)	9 室	//
合計	18 室	
食堂・居間 (リラク্সルーム)	スペース1 スペース2 中央スペース	ユニット①80㎡ ユニット②80㎡
浴室	2 室	ユニット① ユニット②
トイレ	ユニット① 3箇所 ユニット② 3箇所	(各ユニット) 車椅子対応トイレ3箇所 洋式トイレ3箇所 男性用小便器2箇所 手すり設置

(2) 避難設備の概要

設備の種類	設置場所	備考
消火器	ユニット① 2本 ユニット② 2本	
自動火災報知機	ユニット① 1箇所 ユニット② 1箇所	事務所及び全居室等に 熱感知器設置
火災通報装置	事務所	
スプリンクラー	ユニット① ユニット②	全館に設置
誘導灯	玄関 ユニット① 南側 ユニット② 北側	
常夜灯	トイレ ユニット① 2箇所 ユニット② 2箇所	

☆ 居室の変更：ご契約者又はご利用者若しくはご利用者の代理人から居室の変更希望の申し込みがあった場合は、居室の空き状況により事業所でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者又はご利用者若しくはそのご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して認知症対応型共同生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞ *職員の配置については、指定基準を遵守します。

＜ユニット1＞

(令和8年4月1日現在)

職 種	員 数	常 勤		非 常 勤		保有資格
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
管理者	1名		ユニット②兼務 計画作成担当者 介護従事者兼務			介護福祉士 介護支援専門員
計画作成者	1名		管理者 ユニット②兼務 介護従事者兼務 介護支援専門員			介護支援専門員
介護従業者	9名	5	1名ユニット②兼務 計画作成担当兼務 1名ユニット②兼務	4名	0名	介護福祉士 1名 準看護師 1名

＜ユニット2＞

職 種	員 数	常 勤		非 常 勤		保有資格
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
管理者	1名		ユニット①兼務 計画作成担当者 介護従事者兼務			介護福祉士 介護支援専門員
計画作成担当者	1名		管理者 ユニット①兼務 介護従事者兼務 介護支援専門員			介護支援専門員
介護従業者	9名	6名	1名 ユニット①兼務 計画作成担当 者兼務 1名 ユニット①兼務	3名	1名 事務員兼務	介護支援専門員 1名 介護福祉士 2名

* 上記の介護職員数は、指定基準を上回る人員数で増減することがあります。

＜ 職員の職務の内容 ＞

- (1) 管理者は、事業所の従業者の管理・業務の実施状況把握及び利用者の申し込みに係る調整、その他の管理を一元的に行うとともに、従業者に対する必要な指揮命令を行う。
- (2) 計画作成担当者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、認知症対応型共同生活介護計画を作成し、当該共同生活住居の他の介護従事者等と連携して当該計画に基づいたサービスの実施状況を把握し、また、必要に応じて計画の変更を行う。
- (3) 計画作成担当者は、それぞれの利用者に応じた認知症対応型共同生活介護計画を作成し、利用者又はその家族に対しその内容等について説明し、同意を得るものとする。
- (4) 介護従業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供を行う。

＜勤務体制＞

(令和8年4月1日現在)

職 種	勤 務 時 間	
管理者	日 勤	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
計画作成担当者	早 出	6 : 0 0 ~ 1 5 : 0 0
	日 勤	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
介護従業者	早 出	6 : 0 0 ~ 1 5 : 0 0
	日 勤	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
		9 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0
		8 : 3 0 ~ 1 5 : 3 0
	遅 出	1 2 : 0 0 ~ 2 1 : 0 0
	夜 勤	2 1 : 0 0 ~ 7 : 3 0

5. 当該事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して、以下のサービスを提供します。

- | |
|-------------------------|
| (1) 介護保険の給付の対象となるサービス |
| (2) 介護保険の給付の対象とならないサービス |

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第6条参照）

【表1. 要介護認定の区分と介護時間の目安】

要介護状態区分	身体の状態	一日に必要な介護時間
要介護1	歩行・立ちあがりなどが不安定。 入浴や排泄に一部介助が必要	30分以上50分未満
要介護2	歩行・立ちあがりが一人で出来ない。入浴や排泄に介助が必要	50分以上70分未満
要介護3	排泄、入浴、衣服の着脱などに、全面的な介助が必要	70分以上90分未満
要介護4	食事や入浴、排泄、衣服の着脱など、日常生活に全面的な介助が必要	90分以上110分未満
要介護5	生活全般にわたって全面的な介助が必要	110分以上

上記の表は、一般的な目安であり、要介護状態区分は介護保険制度による認定審査会において決定されます。各自の身体の状態によって利用者及びそのご家族等の要望を聞き、認知症対応型共同生活介護計画を作成した上で、介護を行います。

以下のサービスについては、利用料金の大部分（7～9割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 入浴

- ・ 入浴または清拭を週2回以上行います。

② 排泄

- ・ 排泄の自立を促すため、ご利用者の心身能力を最大限に活用した援助を行います。

③ 機能訓練

- ・ ご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実施します。

④ その他自立への支援・日常生活上のお世話

- ・ ご利用者の自立援助のため離床して食堂にて食事を摂っていただくことを原則としています。
- ・ 寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・ 生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・ 清潔で快適な生活が送れるように、適切な整容が行われるよう配慮します。
- ・ その他日常生活上の援助をいたします。

<サービス料金(一日あたり)> (契約書第8・9条参照)

利用者の負担額は、介護保険法に基づき厚生労働大臣が定める基準額によるものとし、法定代理受領サービスの場合は、下記の料金表によって、ご利用者の要介護状態区分に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払ください。

★ 介護保険料の自己負担分は保険者(市町村)から提示される介護保険負担割合証により1割又は2割か3割となります。

(下記サービスの利用料金の自己負担は岩国市から掲示される介護保険負担割合証の割合と、ご利用者の要介護状態区分に応じた金額になります。)

(令和7年1月1日より)

要介護状態区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日当たりのサービス利用料金	7,530円	7,880円	8,120円	8,280円	8,450円
介護保険給付額 1割	6,777円	7,092円	7,308円	7,452円	7,605円
2割	6,024円	6,304円	6,496円	6,628円	6,760円
3割	5,273円	5,516円	5,684円	5,796円	5,915円
1日当たりの自己負担額 1割	753円	788円	812円	828円	845円
1日当たりの自己負担額 2割	1,506円	1,576円	1,624円	1,656円	1,690円
1日当たりの自己負担額 3割	2,259円	2,364円	2,436円	2,484円	2,535円

入居後30日間は、初期加算として1日当たり30円が加算されます。
介護報酬の改定に伴い、当事業者では下記の項目が算定の対象になります。

・ 退去時相談援助加算 ⇒ 400単位/回 (1回を限度)

・ 介護職員等処遇改善加算・新加算Ⅱ ⇒ 1が月の総単位数×17.8%

☆ 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に係る利用料の支払いを受けた場合は、ご契約者が償還払いを受けることができるよう、提供したサービスの種類、内容、費用の額、その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書をご契約者に交付します。

☆ 介護保険給付額の変更があった場合は、変更を行う日の2ヶ月前までに説明し、ご契約者の同意を得るものとします。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第9条参照)

以下のサービスは、**利用料金の全額**がご契約者の負担となります。

- ① 家賃 42,000円/月
- ② 食費 48,000円/月
- ③ 管理費 22,000円/月 (光熱費、施設管理費)

* ①家賃は月の途中の入居・退去に関わらず1ヶ月を利用料として負担するものとする。

* ②③については、入居・退去が月の途中の場合は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

④ 理髪・美容

散髪：女性・・・1500円/回、男性・・・1500円/回

尚、本格的な理美容を希望される場合は、場所に応じ車両使用料を頂きます。

⑤ 事務、行政機関の手続きの代行

利用料金：1回あたり 1,000円

* 介護保険関係の手続きや軽度なものは無償で行います。

⑥ 車両使用料

嘱託医以外の通院や私的用途で車両を使用した場合は使用料をご負担いただきます。

1回の通院	10km以内	2時間以内	2,000円
	それを超える	1時間毎	1,500円加算
	10km以上	2時間以内	5,000円
	それを超える	1時間毎	1,500円加算

緊急時の対応

昼間	2時間以内	5,000円	
	それを超える	1時間毎	1,500円加算
夜間 (21:00~7:00)	2時間以内	10,000円	
	それを超える	1時間毎	1,500円加算

⑦ レクリエーション・クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーション・クラブ活動に参加していただく事ができます。

利用料金：特別な場合をのぞき、無償サービスです。

⑧ 複写物の交付

ご契約者又はご利用者若しくはご利用者の代理人は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

・1枚につき 10円

⑨ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活上必要とされる下記の消耗品に関して、事業所が用意した品を使用する場合及びご利用者の希望に応じて提供される行事の費用については実費精算とします。

- ・ おむつ代
- ・ シャンプー・リンス・石鹸・歯ブラシ・歯磨き粉
- ・ 行事関係

☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払方法（契約書第8条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、毎月5日までに、前月の利用料等（家賃及び生活費は含まない）及び当月の家賃並びに生活費の請求書を送付しますので、15日までに以下のいずれかの方法でお支払頂きますと、事業者は、ご契約者に対し領収証を発行いたします。

(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア. 下記指定口座への振り込み

東山口信用金庫 周東玖珂店

有限会社 龍 泉 : 口座番号 普0066920

イ. 金融機関口座から自動引き落とし

ご利用できる金融機関

東山口信用金庫 : 引き落とし日 毎月15日

* アの場合、振込み手数料はご契約者の負担となります。

(4) 入院期間の費用及び居室の確保について

☆ 入院期間の費用は、家賃(42,000円/月)のみお支払い頂き、利用料の徴収はいたしません。

☆ 入院期間の居室の確保は、原則1ヶ月といたします。1ヶ月を超えて居室の確保を希望される場合は、別途ご相談させていただきますので、お申し出ください。

(5) 退居時の費用負担について（契約書第16・17条参照）

① 畳替え

② クロスの張替え

*ただし損傷や色あせがない場合、負担金はいただきません。

③ その他ご利用者の故意または重過失により居室・備品に補修等が必要な場合

6. 入居に当たっての留意事項

利用者又はその家族は、本事業所の利用に当たり、次の各号に掲げる事項に留意するものとします。

- ① 身上に関する重要事項に変更が生じた時は、速やかにその旨を届け出るものとします。
- ② 外出及び外泊に当たっては、あらかじめその旨を届け出るものとします。

7. 入居中の医療の提供について（契約書第7条第3項）

医療を必要とする場合は、ご利用者及びご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診察・入院治療を義務づけるものではありません。）

① 協力医療機関

医療機関名称	松井医院
所在地	岩国市周東町下久原1040-1
診療科	内科、整形外科

医療機関名称	岩国市医療センター医師会
所在地	岩国市室の木町3-6-12
診療科	消化器内科他・整形外科他

医療機関名	藤政医院
所在地	岩国市周東町下久原2403-1
診療科	内科 外科 整形外科

② 協力歯科医療機関

医療機関名称	おかもと歯科クリニック
所在地	岩国市周東町下久原1560-1

8. 秘密保持について（契約書第18条参照）

- ① 当事業者は個人情報保護法に基づいた運営を行っています。事業者及び当事業所の職員又は、職員であった者は、正当な理由がなく、その業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密は漏らしません。又、漏らすことがないように、必要な措置を講じています。
- ② 当事業者は、サービス担当者会議等において、ご利用者又はそのご家族等の個人情報を用いる場合には、当該ご利用者又はそのご家族等の同意をあらかじめ文書で得るものとします。

9. 事故発生時の対応について（契約書第17条第1項、第2項参照）

- ① サービスの提供により、事故が発生した場合は速やかに市町村及びご利用者のご家族等に連絡を行うと共に必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
又、賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を行います。

加入保険会社 あいおいニッセイ同和損害保険（0834-21-0070）

10. 苦情・相談の受付について（契約書第19条参照）

（1）当事業所における苦情・相談の受付

当事業所における苦情やご相談は以下専用窓口で受け付けます。

- 苦情・相談受付窓口担当 【計画作成担当者】 中村 厚美
- 苦情・相談解決担当者 【管理者】 中村 厚美
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 9：00～18：00
- 連絡先 TEL：0827-83-1200 FAX：0827-84-4400

●第三者委員 宮本 裕司 TEL 84-3918

*ご利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（別紙1を参照）

（2）行政機関その他苦情・相談受付機関

岩国市 健康福祉部 福祉政策課	所在地 岩国市今津町一丁目14番51号 電話番号 0827-29-5072 FAX番号 0827-21-3337 受付時間 8時30分～17時15分（月曜日～金曜日）
山口県 健康福祉部 長寿社会課	所在地 山口市滝町1番1号 電話番号 083-933-2774 FAX番号 083-922-3022 受付時間 8時30分～17時15分（月曜日～金曜日）
山口県 岩国健康福祉セ ンター 保健福祉総務室	所在地 岩国市三笠町一丁目1番1号 電話番号 0827-29-1522 FAX番号 0827-29-1594 受付時間 8時30分～17時15分（月曜日～金曜日）
山口県国民健康保険団体 連合会	所在地 山口市朝田町1980番地7 電話番号 083-995-1010 FAX番号 083-934-3665 受付時間 9時00分～17時00分（月曜日～金曜日）
山口県福祉サービス 運営適正委員会	所在地 山口県大手町9番6号 電話番号 083-924-2837 FAX番号 083-924-2793 受付時間 8時30分～17時00分（月曜日～金曜日）
第3者委員 宮本 裕司（司法書士）	所在地 岩国市周東町下久原589-6 電話番号 0827-84-3918 FAX番号 0827-84-1192 受付時間 9時00分～17時00分（月曜日～金曜日）

(3) 高齢者全般の相談受付機関

岩国市地域包括支援センター 地域支援班 (周東)

所在地 岩国市周東町下久原 1208-1 (周東町保健センター内)

電話番号 0827-84-3615 / FAX 番号 0827-84-7711

受付時間 8時30分～17時15分 (月曜日～金曜日)

1.1. 身体的拘束等について (契約書第20条参照)

- ① 当事業所は、認知症対応型共同生活介護のサービス提供に当たっては、ご利用者又は他のご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、身体的拘束等その他ご利用者の行動を制限する行為は行いません。
- ② 当事業所は、認知症対応型共同生活介護のサービス提供に当たっては、ご利用者又は他のご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、ご利用者又はそのご家族に身体的拘束等の根拠、具体的な内容・期間を説明し、同意を得た上で行うものとします。

1.2. 非常災害対策について

- ① 管理者は、自然災害、火災、その他防災対策について、消防法を遵守し計画的な防災訓練と設備の改善を図り、ご利用者の安全に対して万全を期するものとします。
- ② 前項の実施については、年2回の避難訓練を行うものとします。

1.3. 運営推進会議について

当事業所は、地域やご家族との結びつきを重視するために運営推進会議を概ね2ヶ月に1回開催するものとし、活動状況を報告し評価を受けるとともに必要な要望、助言を聴く機会を設けるものとします。又、その内容についての記録を作成し、公表するものとします。

1.4. 介護・看護に関する個人情報の開示について

- ① 利用者及びその家族、法定代理人は、介護及び看護に関する個人情報について、指定の書式に基づいて開示請求することができます。
- ② 提供する介護、看護情報開示は、介護記録、看護記録、介護サービス提供にかかわる計画書(ケアプラン)、提供したサービス内容の記録、保存された書類等とします。
- ③ 開示を指名された職員は、その記載内容を説明するものとします。
- ④ 利用者及びその家族、法定代理人に対して、介護及び看護に関する個人情報を定期的に報告するものとします。

令和 年 月 日

サービス提供事業所	名 称	グループホーム 秀東館 蓮華
	住 所	岩国市周東町西長野265番地1
	説明者	職名 管理者
		氏名 中村 厚美 印

以上、重要事項説明書の説明を受け、理解しましたので、サービスの提供開始に同意します。

令和 年 月 日

利用者	住 所	
	氏 名	印

利用者代理人	住 所	
	氏 名	印
	(続柄)

身元引受人	住 所	
	氏 名	印
	(続柄)