

## 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

## 1. 事業者概要

事業者名	社会福祉法人 鼎会
代表者名	理事長 渡辺 宗男
所在地	岩国市錦見3丁目7-55
設立年月日	平成12年11月27日
法人の理念	<ul style="list-style-type: none"> <li>・優しさとたくましさとを備え、人間尊重を基本としたサービス提供を行います。</li> <li>・提供事業を通して地域社会に貢献します。</li> <li>・常に真摯に研鑽を行い、利用者へ還元します。</li> <li>・協調と協力を旨とし、全員で高齢者とその家族の方を援助します。</li> </ul>
他の介護保険事業所	特別養護老人ホーム（かなえ） 短期入所生活介護（かなえ ショートステイ） 居宅介護支援事業（かなえ介護保険相談室）

## 2. 事業所概要

事業所名	グループホーム かなえ
ホームの目的	認知症の利用者が可能な限り共同生活を営む住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とする。
ホームの運営方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者にとって「我が家」となるような温かい家庭的な雰囲気や環境作りに努め、穏やかで生き生きとした尊厳のある暮らしが営めるよう支援します。</li> <li>・利用者一人ひとりのありのままを受け止め、個別の介護計画に基づいたサービス提供を行います。</li> <li>・常に研鑽を積み、利用者本位のサービスとなるように見直し、評価を行います。</li> <li>・地域や家族との結びつきを大切にし、利用者がその人らしく暮らし続けることができるよう支援します。</li> </ul>

管理者	小林 広 美
開設年月日	平成14年 3月 1日
保険事業者 指定番号	3570800577
所在地、 電話・FAX 番号	岩国市錦見3丁目7-55 (電話) 0827-44-2237 (FAX) 0827-44-2238
交通の便	JR西岩国駅下車：徒歩10分 市営バス・弘法寺、東錦見バス停下車：徒歩10分 車：JR岩国駅より10分
敷地概要	敷地面積：7,110.40㎡
建物概要 (権利関係)	構造：木造平屋建 延床面積：406.77㎡
居室の概要	居室面積：17.67㎡ 押入れ・洗面・便所・冷暖房完備
共用施設の概要	食堂・浴室・脱衣室・談話室・小上り・台所・便所・中庭
緊急対応方法	協力医療機関（国立病院機構岩国医療センター、岩国市医療センター医師会病院等）にて対応
防災設備 避難設備等の概要	スプリンクラー設備・自動火災報知設備・誘導灯・消火用散水栓・消火器
事故発生時対応	速やかに対処し、当該利用者の家族、市町等に連絡を行い、再発防止策を講じる
損害賠償責任保険 加入先	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 (介護保険・社会福祉事業者総合保険)

## 3. 職員体制（令和7年4月1日現在）

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等 内容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者兼 計画作成 担当者兼 介護職員	1		1			介護福祉士 介護支援専門員	認知症対応型サービス 事業所管理者研修 認知症介護実践リーダ ー研修 認知症介護実践者研修
管理者補佐兼 介護職員	1		1			介護福祉士	
介護職員	7	4		3		介護福祉士 ホームヘルパー2級	
看護職員	1				1	看護師	
管理栄養士	1				1	管理栄養士	

管理者：事業所の職員の管理及び業務に関する管理を行なう。

計画作成担当者：利用者に応じた介護予防認知症対応型共同生活介護計画書を作成し、利用者又はその家族にその内容について説明の上、同意を得る。

看護職員：利用者の健康管理、主治医・協力医療機関との連絡、調整

管理栄養士：事業所の職員に栄養ケアに関する技術的助言及び指導を行う。

## 4. 勤務体制

昼間の体制	3人～ (早出 7:00～16:00 1人、日勤: 8:30～17:30 1人、 遅出 10:00～19:00 1人)
夜間の体制	1人 (夜勤: 16:30～9:30)

## 5. 利用定員

利用者数	9人 (ユニット数: 1ユニット)
------	-------------------

## 6. ホーム利用にあたっての留意事項

- 面会時間: 9:00～20:00

- 外出・外泊：所定の届けの提出をお願いします。
- 喫煙・火気の取扱い：所定の場所以外での喫煙、居室内での火気の取扱いについては、厳禁としております。
- 設備・備品の利用：ホームの備品を無断で使用するのをご遠慮願います。
- 所持品備品等の持ち込み：居室内の家具、寝具等所持品はすべて持ち込みでお願いします。
- 金銭・貴重品の管理：事業者は利用者の現金、貴重品その他財産の管理は行いませんのでご了承ください。
- 宗教活動：布教活動など他入居者へ影響を及ぼす宗教活動はご遠慮願います。
- ペットの持ち込み：他利用者の健康を害する恐れがあるため、飼うことは禁止としております。
- 通院介助：通院介助はご家族でお願いします。ただし、緊急の場合及び事業者や主治医により職員の通院介助が必要と判断された場合は職員が通院介助を行います。
- 物品・金品の売買、貸し借り：無断で物品や金品の売買、貸し借りをするのはご遠慮願います。
- 居室内に医薬品関係のものを置かないようお願いします。

## 7. サービスの内容及び利用料等

### (1) サービスの内容

#### ① 介護保険給付サービス

食 事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 栄養バランスに配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。</li> <li>・ 自立支援のため、可能な方には配膳・下膳・後片付け等のお手伝いをお願いしています。</li> </ul> <p style="text-align: center;">朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 17:30～</p> <p>※食事時間はあくまでも目安であり、利用者の心身の状況により柔軟に対応します。</p>
排せつ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。</li> </ul>
入浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 原則として週2回以上入浴又は清拭を行います。</li> <li>・ 適時、利用者の身体状況に応じた適切な介助を行います。</li> </ul>
着替え・ 整容等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう配慮します。</li> <li>・ シーツ交換は週1回行います。</li> </ul>
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入浴前に介護従業者が利用者の体温・血圧を測定します</li> <li>・ 利用者の状態に急変等があった場合には、主治医又は協力医療機関に連絡をとり、責任をもって引き継ぎます。</li> <li>・ 入院後1か月以内に退院され、ホームでの生活が可能であると見込まれる場合には、再びホームに入居することができます。</li> </ul>

機能訓練等	利用者が日常生活を営むために必要な機能の減退を防止するための訓練及び利用者の心身の活性化を図るためのレクリエーション、季節行事を実施します。
相談・援助	利用者及びその家族からの相談には誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。

## ② 介護保険給付外サービス

理美容	毎月1回、出張理美容サービスがありますので、希望されれば利用することができます。
行事費用、医療費等の立替え	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施日当日に支払いが必要な行事費用や医療機関の緊急受診の際に家族が立ち会うことができない場合の医療費等は、利用者及び家族の同意を得た上で、支払いを代行します。</li> <li>・ホームが立て替えた支払代金については、後日、利用料と併せて請求させていただきます。金額は請求書をご確認ください。</li> </ul>
保険証等の保管	ホームは、利用者又は家族の申出があれば、保険証等や認印を保管いたします。

## (2) サービス利用料等

## ① 介護保険給付サービス（1月＝30日あたり）

(単位:円)

	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
介護予防認知症対応型共同生活介護費	761	1,522	2,283
1. 認知症対応型共同生活介護費×30	22,830	45,660 ※1割負担×2	68,490 ※1割負担×3
2. サービス提供体制強化加算Ⅱ 18×30	540	1,080	1,620
小計	23,370	46,740	70,110
3. 口腔衛生管理体制加算	30	60	90
4. 栄養管理体制加算	30	60	90
5. 科学的介護推進体制加算	40	80	120
6. 生産性向上推進体制加算Ⅱ	10	20	30
合計	23,480	46,960	70,440

## 〔算定する加算項目〕

- 利用者が病院又は診療所への入院を要した場合、1月に6日を限度として、所定単位数に代えて1日につき2,460円を算定する。なお、入院初日、最終日は算定しない。(1日あたり自己負担：1割246円・2割492円・3割738円)
- 初期加算：入居後又は30日を超える病院・診療所への入院後再び入居した場合に30日の期間に限り、1日あたり300円加算されます。(1日あたり自己負担：1割30円・2割60円・3割90円)
- サービス提供体制強化加算Ⅱ：介護職員のうち介護福祉士を60%以上配置している場合に1日あたり180円加算されます。(1日あたり自己負担：18円・2割36円・3割54円)
- 口腔衛生管理体制加算：歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に1月あたり300円加算されます。(1月あたり自己負担：1割30円・2割60円・3割90円)
- 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）：利用開始時及び利用中の、6か月ごとに利用者の口腔の健康状態と栄養状態についての確認・審査を行っている場合に6か月に1回200円加算されます。(1回あたり自己負担：1割20円・2割40円・3割60円)
- 栄養管理体制加算：管理栄養士が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行う場合に1月あたり300円加算されます。(自己負担：1割30円・2割60円・3割90円)
- 科学的介護推進体制加算：利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労省に提出してフィードバックを受け、必要に応じてケアプランの見直しを行うなど、サービスの提供にあたって、それらの情報を活用している場合に1月あたり400円加算されます。(自己負担：1割40円・2割80円・3割120円)
- 退去時情報提供加算  
利用者が退去して医療機関に入院する場合に、当該医療機関に対して、その利用者の同意を得て、その利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上でその利用者の紹介を行った場合に1回あたり2,500円加算されます。(自己負担：1割250円・2割500円・3割750円)

○ 生産性向上推進体制加算

利用者の安全、介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減を図るため、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入する一方、次の事項について委員会で必要な検討を行うとともに、当該事項の実施を定期的に確認した上で、それらの取組みに関する実績を事業年度ごとに厚生労働省に報告している場合に1月あたり100円（自己負担：1割10円、2割20円、3割30円）加算されます。

- ①介護機器を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保
- ②職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮
- ③介護機器の定期的な点検
- ④業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修

○ 介護職員等処遇改善加算（I）

厚生労働大臣が定める基準に該当している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市町長に届け出た事業所が、利用者に対してサービスを行った場合に、算定した単位数に18.6%加算されます。

② 介護保険給付外サービス

理美容	1回2,000円（顔剃りは+1,000円）											
家賃	40,000円/月（入・退居月は日割り）											
光熱水道費	光熱水道費：15,000円/月（光熱水道費は入・退居月は日割り）											
食費	1日あたり 朝食：500円、昼食：500円、夕食：500円											
日常生活費	<p>日常生活上に必要とされる下記の消耗品に関して事業者が用意した品を使用する場合、及び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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">居室内 消耗品（注1）</td> <td style="width: 16.6%;">台所用 洗剤</td> <td style="width: 16.6%;">洗濯用 洗剤</td> <td style="width: 16.6%;">入浴関係 （注2）</td> <td style="width: 16.6%;">紙パンツ</td> <td style="width: 16.6%;">行事関係</td> </tr> </table> <p>（注1）居室トイレ用トイレットペーパー、居室トイレ用掃除洗剤、トイレ用掃除シート、ティッシュペーパー、石鹸、入れ歯洗浄剤、歯ブラシ、歯磨き粉 （注2）リンスインシャンプー、ボディーソープ、洗顔料</p>						居室内 消耗品（注1）	台所用 洗剤	洗濯用 洗剤	入浴関係 （注2）	紙パンツ	行事関係
居室内 消耗品（注1）	台所用 洗剤	洗濯用 洗剤	入浴関係 （注2）	紙パンツ	行事関係							

※ 外出・外泊等で食事をキャンセルされる場合は、前日の17:30までに職員へ申し出てください。申出がない場合、食費を負担していただくことがあります。

※ ホームの利用期間中については、入院・外泊等によるご不在期間があったとしても、家賃は徴収させていただきます。

(4) 利用料等の支払方法

## ① 事業者指定金融機関での口座振替

西京銀行に利用者又は家族名義の口座を作っていただき、毎月20日に自動引き落としする。

## ② その他

上記①の支払方法が困難な場合は、現金での支払もお受けします。

## 8. 協力医療機関

名 称	診 療 科 目 名
独立行政法人 国立病院機構 岩国医療センター ホームより約5km	内科・呼吸器内科・胸部外科・循環器内科・心臓血管外科・整形外科・形成外科 皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科・消化器内科・肝臓内科・産科・婦人科・脳神経外科 小児科・小児外科・放射線科・泌尿器科・血液内科・緩和ケア内科
岩国市医療センター 医師会病院 ホームより約1km	内科・消化器内科・循環器内科・血液内分泌内科・総合診療科・腎臓内科 泌尿器科・小児科・緩和ケア内科・外科・脳神経外科・整形外科・麻酔科 放射線診療科・ペインクリニック内科・リハビリテーション科・療育
医療法人新生会 いしい記念病院 ホームより約4km	内科・精神科・循環器科・消化器科・リハビリテーション科 神経科・心療内科・
医療法人光風会 岩国中央病院 ホームより約2km	内科・外科・整形外科・消化器科・肛門科・呼吸器科・放射線科 腎透析
いしいケアクリニック ホームより約1.5km	内科・心療内科・リハビリテーション科
小林クリニック ホームより約2km	呼吸器科・内科・外科・放射線科
西岡医院 ホームより約15km	内科・胃腸科・小児科
塩田歯科医院 ホームより約4km	歯科・小児歯科・矯正歯科・歯科口腔外科
早野歯科医院 ホームより約2km	歯科・小児歯科・矯正歯科・歯科口腔外科
藤生歯科センター ホームより約10km	歯科・小児歯科・矯正歯科・歯科口腔外科
山元歯科医院	歯科・小児歯科・矯正歯科・歯科口腔外科

ホームより約2km	
-----------	--

## 9. 苦情相談機関

ホーム 苦情受付担当者	担当者氏名：小 林 広 美 （グループホーム 管理者）
ホーム 苦情解決責任者	担当者氏名：平 田 満 雄 （ 鼎会 理事兼施設長 ）
ホーム 第三者委員	<p>中村 恵子（保健師） 〒740-0016 山口県岩国市三笠町2丁目6-39-1 （電話）0827-21-4921</p> <p>丸田 英子（保健師） 〒742-0033 山口県柳井市新庄951 （電話）0820-22-5737</p> <p>佐川 美佐枝（社会福祉士） 〒742-2101 山口県大島郡周防大島町西三蒲1428 （電話）090-2297-9314</p>
外部苦情申立機関 （高齢者総合相談窓口）	岩国市市役所 福祉政策課 指導監査室 （電話）0827-29-5072 （F A X）0827-21-3337
	山口県 長寿社会課介護保険班（県庁5階） （電話）083-933-2774 （F A X）083-922-3022
	山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情相談係（山口県国保会館1階） （電話）083-995-1010 （F A X）083-934-3665
	岩国市地域包括支援センター 地域包括支援第二班 （電話）0827-24-3700 （F A X）0827-24-3782
	岩国健康福祉センター （電話）0827-29-1512 （F A X）0827-29-1594

	山口県福祉サービス運営適正委員会 (電話) 083-924-2883 (F A X) 083-924-2793
--	--

## 10. 身体的拘束等の禁止

事業者は身体的拘束その他利用者の行動を制限しないものとします。ただし、利用者又は他の利用者の生命、身体を保護するため緊急やむを得ない場合は、この限りではありません。その場合、理由を利用者本人及びご家族に説明し、同意を得た上で行い、その態様、時間、その際の利用者の心身状況、並びに緊急やむを得ない理由を記録し、速やかな解除に努めるものとします。

## 11. 非常災害対策

法人作成の「かなえ防災計画」に従い、適切な対応をいたします。

## 12. 地域との連携

本事業所は運営推進会議を設置し、概ね2か月に1回以上活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聞く機会を設けるものとします。

なお、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。

令和 年 月 日

(説明者) 指定介護予防認知症対応型共同生活介護  
グループホーム かなえ

氏名 ㊟

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

利用者

住所

氏名 ㊟

利用者(署名) 代理人(身元引受人)

住所

氏名 ㊟

身元引受人(代理人以外の方が身元引受人となられる場合)

住所

氏名

㊟