

認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

令和8年4月1日現在

1. 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

社会福祉法人安代会が設置運営するグループホームやがみの人員及び管理運営に関する事項を定め、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、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者が有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とします。

(2) 運営方針

- ①認知症対応型共同生活介護は、介護保険法及び関係する省令等の主旨並びにその内容に沿ったものとしします。
- ②利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
- ③利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明します。
- ④適切な介護技術をもってサービスを提供します。
- ⑤常に提供したサービスの質の管理及び評価を行います。

2. 認知症対応型共同生活介護事業所（グループホームやがみ）の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名 称	認知症対応型共同生活介護事業所（グループホームやがみ）
所 在 地	岩手県八幡平市丑山口28番地1
介護保険指定番号	0391400058
サービス提供地域	盛岡北部行政事務組合管内

(2) 職員体制及び勤務体制

職 員 の 職 種	常 勤	非常勤	業 務 内 容	計
管 理 者 (兼 務)	1 名	—	業務の管理及び職員等の管理を一元的に行う	1 名
介護計画制作者 (兼 務)	1 名	—	介護計画を作成するとともに、連携する施設、病院等との連絡調整を行う	1 名
介 護 職 員	6 名以上	1 名以上	介護計画に基づき、必要な介護及び支援を行う	6 名以上
宿 直 員	—	2 名	夜間における安全確保の対応及び見守り等を行う	2 名

勤 務 体 制	勤 務 時 間		人 数
常 勤	早 番	7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0	1 名
	早 日 勤	8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0	
	日 勤	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0	1 名
	遅 番	1 0 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0	1 名
	夜 勤	1 7 : 0 0 ~ 1 0 : 0 0	1 名
	宿 直	1 7 : 3 0 ~ 8 : 3 0	1 名

(3) 施設・設備の概要

建 物	構 造	木造平屋建
	面 積	4 9 9 . 7 5 m ²
居 室 数	9 室	
定 員	9 名	
共 用 施 設	浴室・談話室・食堂・台所・洗濯室・トイレ	

3. サービス内容

(1) 食事

身体状況、バランスに配慮しながら、嗜好を尊重した食事内容を提供します。

- ・食事は離床して食堂でおとりいただくよう配慮します
- ・食事時間 朝食 7 : 3 0 ~ 8 : 3 0
昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0
夕食 1 8 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0

(時間は目安で、利用者の心身の状態により個々に変更することがあります)

(2) 排泄

利用者の状況に応じ、適切な排泄の介助と排泄の自立の援助を行います。

(3) 入浴

利用者の希望による回数で行いますが、最低週 2 回はご入浴いただけます。

(4) 日常生活

- ・離 床
- ・更衣
- ・整容
- ・シーツ交換
- ・健康管理
- ・洗濯
- ・居室内清掃
- ・諸手続代行
- ・日常生活に係る小額な金銭の取り扱い

(5) 機能訓練

離床援助・屋外散歩同行・家事共同等により身体機能の維持・改善に努めます。

(6) 医療連携体制

相談援助

利用者、家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助をします。

4. 利用料金

(1) 認知症対応型共同生活介護自己負担額 (1 日)

基本単位	認知症対応型共同生活介護費 (I)	要支援 2	7 6 1 円
		要介護 1	7 6 5 円
		要介護 2	8 0 1 円
		要介護 3	8 2 4 円
		要介護 4	8 4 1 円
		要介護 5	8 5 9 円
加算単位	サービス提供体制強化加算 (I)	2 2 円	
	介護職員等処遇改善加算 (I)	総単位数の 1 8.6 % 令和 8 年 5 月迄	
	介護職員等処遇改善加算 (I ロ)	総単位数の 2 2.8 % 令和 8 年 6 月以降	
	科学的介護推進体制加算	4 0 円 (1 ヶ月)	
	初期加算	3 0 円 (1 日)	
	夜間支援体制加算 (I)	5 0 円 (1 日)	
	口腔衛生管理体制加算	3 0 円 (1 ヶ月)	
	生産性向上推進体制加算 (II)	1 0 円 (1 ヶ月)	
	入院時費用 (3 ヶ月以内の退院の場合)	2 4 6 円 (6 日間上限)	

また、入居した日 (1 ヶ月以上入院後の再入居を含む) から起算して 3 0 日以内の期間に関しては 1 日につき 3 0 円 (1 割負担分) の初期加算があります。なお、介護報酬単価が改正になった場合はそれによるものとします。

※上記の金額は負担割合が 1 割の場合を表記していますので、負担割合証の有効期間をもって算定します

(2) 介護保険給付外費用 (1 日)

居住費	1,400 円	暖房費	547 円
食材費	1,456 円		(冬期間 11 月～4 月)
光熱水費	417 円	おむつ・理美容代等	実 費

ただし、生活保護受給者については、居住費相当額が生活保護法に定める住宅扶助限度額を超える場合は、当該限度額を居住費相当額として準用します。

※医療機関へ入院された場合、入院期間中の居住費のみの請求となります

※遠方の医療機関への入院又は通院に係る交通費は自己負担とします

(燃料費及び利用者が利用することを指定した場合の高速料金は自己負担とします)

※「遠方の医療機関」は旧安代町以外の病院を指します

※燃料費は (走行距離 ÷ 10) × (送迎時の燃料価格) により算出します

※高速道路料金については、利用者及び家族に対し利用目的の説明をしたうえで同意を得て実際に

使用した場合にのみ算定します

(3) 支払方法

毎月の利用料は、事業所の指定する日までに指定の方法により支払うものとします。

5. 入退居の手続き

(1) 入居手続き

入居申込書へ必要事項を記入していただき、事前面接調査等の実施後入居順位が決まります。契約締結の際には重要事項等を説明し、同意確認を行ったうえでサービスの提供を開始します。

(2) 退居手続き

①利用者の都合で退居される場合

退居を希望する日の14日前までに申し出下さい。

②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が他の介護保険施設へ入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分等が非該当（自立）または、要支援1と認定された場合（この場合、所定期間の経過を待って退所していただくことになります）
- ・利用者がお亡くなりになった場合

③その他

- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、また利用者、身元引受人及びその関係者が当事業所の職員に対して本契約を継続し難いほどの背任行為を行った場合は、退所していただく場合があります。この場合、契約終了7日前までに文書で通知いたします
- ・利用者が、医療機関に入院し、明らかに3ヵ月以内に退院できる見込みがない場合または入院後3ヵ月経過しても退院できないことが明らかになった場合、文書で通知のうえ、契約を終了させていただく場合があります。なお、この場合、退院後に再度入居を希望される場合は、申し出下さい
- ・止むを得ない事情により、当事業所を閉鎖または縮小する場合は、本契約を終了し、退所していただく場合があります。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします

(3) 入居に当たっての留意事項

面 会・・・来訪者は玄関に備え付けの面会簿に必要事項をご記入いただきます。面会時間は特別な事情がなければ7時より19時の時間帯にお願いいたします

外出、外泊・・・外出及び外泊は家族等の同伴を原則といたします。玄関に備え付けの外出・外泊届に必要事項をご記入いただきます

居室の利用・・・この共同生活介護施設内の設備・備品等は、本来の用法に従ってご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります

6. 非常災害対策

事業所では、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、それに基づき、年2回以上利用者及び職員等の訓練を行います。訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めるものとする。

7. 衛生管理

事業所は、感染症、食中毒の発生予防に努め、必要な業務体制を整備します。使用する備品等の清潔保持に努めるため、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理に注意します。また、職員は、感染症、食中毒に関する知識の習得に努めます。

8. 緊急時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、家族及び関係機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、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。

9. 守秘義務に関する対策

事業所及び職員は、業務上知り得た利用者のまたはその家族の秘密を保守します。また、退所後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、職員との雇用契約の内容としています。

10. 身体拘束の禁止

事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命や身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。やむを得ず身体拘束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を記録します。身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。委員会を開催するとともに、その結果について、介護職員その他の職員に周知徹底を図ります。

(1) 身体的拘束等適正化委員会（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）。

(2) 身体的拘束等の適正化を図るための指針を整備します。

(3) 職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的を実施します。

11. 協力医療機関等

・協力医療機関

- (1) 名 称 八幡平市立病院
- (2) 住 所 岩手県八幡平市大更第 25 地割 328 番地 1
- (3) 電話番号 0 1 9 5 - 7 6 - 3 1 1 1

・協力歯科医

- (1) 名 称 アオキ歯科医院
- (2) 住 所 岩手県八幡平市荒屋新町 1 0 9
- (3) 電話番号 0 1 9 5 - 7 2 - 3 3 7 2

1 2. 緊急時の対応方法

利用者の態様に変化等があった場合には、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族に速やかに連絡いたします。

1 3. 虐待の防止

事業所では、利用者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応を図るため、次の措置を講じています。

- (1) 虐待の防止に関する責任者を選定しています。 【虐待防止責任者】管理者 山本加寿子
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について者に周知徹底を図っています。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 成年後見制度の利用を支援します。
- (5) サービス提供中に、利用者又は養護者（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 4. その他運営についての留意事項

- (1) 職員等の質の向上を図るため、その研修の機会を設ける。
- (2) すべての職員に対し、健康診断等を定期的の実施するとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努め、事業所において感染症又は食中毒が発生し、又は蔓延しないよう に必要な措置を講じます。
- (3) 事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景にした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。
- (4) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、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を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (5) 事業所は、全ての職員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第 8 条第 2 項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類するものを除く）対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。

15. サービス内容に関する相談・窓口

・当事業所相談窓口 電話番号 0195-73-3711

F A X 0195-73-3712

責 任 者 特別養護老人ホームりんどう苑施設長 奈良 忍

担 当 者 グループホームやがみ管理者 山本加寿子

(他に、当事業所では意見箱を設置しております。)

・苦情処理第三者委員 氏 名 畠 山 卓 子

電話番号

氏 名 三 浦 尚 子

電話番号

(公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。)

・その他（市町村等の相談・苦情処理窓口）

市町村相談窓口（八幡平市役所 八幡平市地域包括支援センター）

電話番号 0195-76-2111

岩手県国民健康保険団体連合会

電話番号 019-604-6700

岩手県福祉サービス適正化委員会

電話番号 019-637-8871

令和8年4月1日

認知症対応型共同生活介護ご利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

〔施設〕

所在地 岩手県八幡平市丑山口28番地1
施設名 社会福祉法人安代会
グループホームやがみ

管理者名 山本加寿子
説明者

印

令和8年4月1日

私は、契約書及び本書面により、事業所より認知症対応型共同生活介護について重要事項の説明を受け同意しました。

〔利用者〕

住所
氏名

印

〔代理人〕

住所
氏名

印