重要事項説明書・内容説明書
（指定認知症対応型共同生活介護サービス）

当事業所が認知症対応型共同生活介護サービスを提供開始にあたり、ご利用者に対し説明すべき重要事項は次の通りです。

1.事業者

（1）法人名	社会福祉法人せんだん会
（2）法人所在地	島根県安来市安来町 960－1
（3）電話番号	0854－23－2252
（4）代表者名	理事長　杉原　建
（5）設立年月日	昭和 32 年 2 月 20 日

2.事業所の概要

（1）事業所の種類	認知症対応型共同生活介護　3270200110
（2）事業所の名称	グループホームかがやきの園
（3）事業所の所在地	島根県安来市安来町 960－1
（4）連絡先	電話番号 0854－23－2252　ＦＡＸ番号 0854－22－5995
（5）事業所長（管理者）	近藤　睦子
（6）開設年月日	平成１０年 5 月 1 日
（7）利用定員	9 名
（8）敷地面積	１,００１．００㎡
（9）建物（住居数）	2 階建　9 室　・　延床面積 350.95 ㎡

3.事業の目的

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、共同生活住居において家庭的な環境と地域住民との交流のもとで入浴、排せつ、食事などの介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的とする。

4.運営方針

①ご利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、ご利用者の心身の状況にあわせ適切に支援します。

②ご利用者一人一人の人格を尊重し、それぞれの役割を持って家庭的な環境のもとで日常生活を送っていただけるよう配慮します。

③認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なサービスにならないよう配慮します。

④サービス提供にあたっては、懇切丁寧に行い、ご利用者または、ご家族に対しサービスの提供方法について理解して頂くよう説明をさせていただきます。
⑤自らその提供するサービスの評価を行うとともに、定期的に外部の評価を受けて、結果を公表し、常に改善を図ります。

5.ご利用住宅

当事業所で利用される居室は、原則として個室です。但し、ご利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合があります。

6. 職員体制

管理者	１名
計画作成担当者	１名以上
介護職員	１０名以上

7. 職員の勤務体制

区　分	勤　務　時　間
日　　勤	8:30　～　17:30
夜　　勤	16:30　～　9:30

8. 休業日

休 業 日	無し。年中行事（盆・正月）の帰省の推進は、行っています。

9. 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。

＜サービスの概要＞

①食事（但し、食材料費は別途いただきます。）

・ご利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮した季節の献立表により提供します
・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくように配慮します。
・食材費用は、介護保険の給付対象外です。

②入浴

・ご利用者の状況に応じた介助をおこない、入浴または、シャワー浴を行っていただきます。

③排泄

・排泄の自立にむけ、ご利用者の身体能力を最大限活用して援助を行います。

④機能訓練

・ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活動作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。

⑤その他自立への支援

・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。

・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。

・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

（1）介護保険の対象となるサービス

＜サービス利用料金（1日あたり）＞

法定代理受領に該当するサービスについては介護報酬告示上の額の介護保険負担割合証に記載された割合とし、法定代理受領以外のサービスについては介護報酬の告示上の額とします。

要介護度別1割負担額	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ｻｰﾋﾞｽ利用に係る自己負担額		765　円	801　円	824　円	841　円	859　円

＊加算

① 初期加算　30円／日（最高30日まで）

② サービス提供体制強化加算Ⅰ　22円／日

③ 退居時情報提供加算　250円／回・・一人1回限り

④ 新興感染症等施設療養費　240円／日・・1か月に1回連続する5日

⑤ 介護職員等処遇改善加算Ⅰロ　基本料金に上記加算を加えた金額に２２．８％を乗じた額

⑥ 生産性向上推進体制加算Ⅱ　100円／月

⑦ 高齢者施設等感染症対策向上加算Ⅰ　100円／月

高齢者施設等感染症対策向上加算Ⅱ　50円／月

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、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。

☆ご利用者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス
以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞
①食費
ご利用者様に提供する食事の材料にかかる費用（お茶代、お菓子代を含む）
料金：１日　１，５００円
②高熱水費、その他使用料
料金：１ヶ月　１２，０００円
③居室料
ご契約者の使用される部屋料です。
料金：１ケ月あたり３０，０００円（共益費を含む）
④理髪・美容
［理美容サービス］
２ケ月に１回、訪問理美容サービスをご利用いただけます。
利用料金：１回あたり２，０００円
⑤レクリエーション、クラブ活動
ご契約者の希望によりレクリエーションや遠足等事業所外行事に参加していただくことができます。
利用料金：実費をいただきます。
⑤複写物の交付
ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。
⑥日常生活上必要となる諸費用実費
日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用は実費とさせて頂きます。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由について、変更を行う２ケ月前までにご説明します。

（３）利用料金のお支払い方法
（１）（２）の料金・費用は、月末締めとします。翌月 10 日から請求書を送付させていただきますので、月末までにお支払い下さい。

（４）利用の中止、変更、追加
○利用予定期間の前には、ご利用者の都合により、認知症対応型共同生活介護サービスの利用を中止することができます。この場合にはサービスの実施日前日までに事業所に申し出て下さい。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取り消し料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の身体不調等正当な事由がある場合は、この限りではありません。
サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況により利用者の希望する機関にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日数を利用者に提示して協議します。
○ご利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。
○利用中の入院等生じた時は、長期（1 ヶ月間以上）が認められる場合は利用を中止させて頂きます。１ヶ月間は居室を確保します。（但しその期間の居室料はお支払頂きます。）

（５）非常災害、事故発生対応
１）緊急事態が生じた時は、速やかに主治医の診察を受けると同時に利用者の家族に連絡等必要な処置を講ずると共に管理者に報告する。（緊急連絡網において）
２）火災発生時は直ちに１１９番通報し、避難経路に避難指導を行う。
近隣の施設の協力を得て避難する。

10. 入居に当たっての留意事項

面　　会	来訪者は、面会の都度職員に届け出て下さい。面会時に食品の持込みは自由ですが、管理上職員への届け出をお願いします。 外出・外泊、又は宿泊される時は職員に申し出て下さい。
外　　出 外　　泊	外出先・外出時間を届け出て下さい。 外出・外泊前に必ず行き先と帰着予定日時を届け出て下さい。
住宅・居室の利用	この共同生活住宅内の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償してただくことがあります。
迷惑行為	騒音の発生、放歌高吟等他の利用者の迷惑なる行為はご遠慮願います。　承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。面会は、居室内で行い他の人の迷惑にならない様お願いします。
所持品現金等	原則として所持金・貴重品の持ち込みは職員に申し出て了解を得て下さい。理美容代等、必要なものに対してその都度ご請求、又はお預かりします。
居室変更	ご利用者の状況・病気等で管理上、居室変更をする場合があります。その都度連絡をさせて頂きます。
往　　診 投　　薬	協力病院の主治医には、１か月１回の往診を依頼できます。 協力病院以外の主治医の場合は、ご家族の付き添いで定期受診をお願い致します。 投薬は、担当が整理いたします。詳しいことは、看護師、担当職員にご相談下さい。

・日々の急な発熱、下痢、嘔吐など病気になられた場合にはご家族さまに連絡し、ご家族と受診していただくことを基本といたします。(場合に応じては対応いたします)

11. 退居について

次の事項の理由により退園していただく事があります

(1) 慢性疾患が悪化し入院を必要としたとき

(2) 伝染性疾患を有した場合

(3) 他の入居者に対し迷惑行為のあったとき

・暴力をふるう

・暴言を言う

(4) ２ヶ月利用料の滞納があったとき

12. 協力医療機関及び主治医

◎医療機関の名称	安来第一病院
所　在　地	安来市安来町８９９－１
電 話 番 号	(0854)22-3411
診 療 科 名.担当医	内科　江原真理子
医療機関の名称	杉原クリニック
所　在　地	安来市南十神１９－９
電 話 番 号	(0854)22-1222
診 療 科 名.担当医	内科・心療内科
◎医療機関の名称	杉原医院
所　在　地	安来市朝日町
電 話 番 号	(0854)23-1236
診 療 科 名.担当医	内科　胃腸科　杉原　整
◎医療機関の名称	吉岡歯科クリニック
所　在　地	安来市飯島町１２３５－２
電 話 番 号	(0854)23-1323
診 療 科 名.担当医	歯科　吉田　敬
医療機関の名称	吉田医院
所　在　地	安来市飯島町１２３５－２
電 話 番 号	(0854)22-2064
診 療 科 名.担当医	内科
医療機関の名称	たわら眼科
所　在　地	安来市南十神
電 話 番 号	(0854)23-7600
診 療 科 名	眼科

13. 非常災害時の対策

消防計画	別に定めます。 消防計画　　安来消防署へ届出 防火管理者　　侍来　貴志
避難訓練	年２回、火災、地震等を想定した訓練を行います。
防災設備	自動火災報知器 煙感知器 電磁調理器具 誘導灯 自動火災通報専用電話機 スプリンクラー

14. 虐待防止のための対応

（１）事業所は、利用者の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずる。

①虐待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事ができるものとする）を定期的に開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図る。

②虐待防止のための指針を整備する。

③虐待防止のための定期的な研修を実施する。

④虐待防止を適切に実施するため担当者を設置する。

（２）事業所はサービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、速やかにこれを県、市町村に通報する。

15. 第三者評価・外部評価

実施年月日　　令和８年２月６日

実施評価機関　　運営推進会議にて

評価結果の開示　島根県ホームページ

WAM-NET

※令和７年から年に１度、運営推進会議を活用した外部評価を実施しております

16. ハラスメントの防止について

当法人は、暴言・過度な要求・不当な謝罪要求・性的言動など、職員の就業環境を害するハラスメントを一切許しません。事実が確認された場合は、必要な措置（担当変更・注意・警察相談等）を行います。相談は施設長または法人相談窓口が受け付け、秘密は厳守します。

17. 苦情申立窓口

当事業所における苦情や相談は以下の専用窓口で受け付けます。

ご利用者ご相談窓口 （苦情処理窓口）	担当者	近藤　睦子
	ご利用時間	9:00　～　17:00
	電　　話	(0854)23-2252　FAX(0854)22-5995
安来市役所介護保険課	ご利用時間	9:00　～　17:00
	電　　話	(0854)22-3301
国民健康保険団体連合会	ご利用時間	9:00　～　17:00
	電　　話	(0852)21-2811

苦情処理　第三者委員の設置

山根　良雄　　℡　0854－22－１４３３

今井　任子　　℡　0854－２２－４５３６

【説明書署名欄】

当事業者は、指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に当たり、本書面に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明を行いました。

令和　　年　　月　　日

主たる事務所所在地　　島根県安来市安来町９６０－１
名　　称　　かがやきの園　認知症対応型共同生活介護事業所
説　明　者　　施設長（管理者）　近藤　睦子　　印

私は、本書面に基づいて、事業者からサービス内容及び重要事項の説明を受け、指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利　用　者　　住所

氏名　　印

利 用 者の 家　族　　住所
（代理人）

氏名　　印

個人情報の使用に係る同意書

グループホームかがやきの園

以下に定める条件のとおり、利用者または代理人および利用者の家族は、法人が、利用者及び利用者の家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な時間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

（1）介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
（2）利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
（3）医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保健者)、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
（4）利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
（5）利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
（6）行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
（7）その他のサービス提供で必要な場合
（8）上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

3. 使用条件

（1）個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
（2）個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

令和　　年　　月　　日

利　用　者　　住所

氏名　　印

利用者の家族（代理人）　住所

氏名　　印