

介護予防施設西光荘重要事項説明書

(認知症対応型共同生活介護)

株式会社 金ヶ崎福祉フロンティア

認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

令和7年4月1日現在

1. 事業主体概要

名称 株式会社 金ヶ崎福祉フロンティア
代表者 代表取締役 高橋 信
所在地 岩手県胆沢郡金ヶ崎町西根和光544番地1
連絡先 電話 0197-43-2227
FAX 0197-43-2568

2. 事業所

名称 介護予防施設「西光荘」
介護事業所指定番号 第0392500021号
所在地 岩手県胆沢郡金ヶ崎町西根和光544番地2
連絡先 電話 0197-43-2340
FAX 0197-43-2360
開設年月日 平成18年4月1日
建物 構造 木造
面積 230.87㎡
居室数 9室
定員 9名
共用施設 浴室・トイレ・食堂・台所・洗濯室・談話室

3. 事業の運営方針

事業所の介護従事者は、金ヶ崎町民で要介護認定を受けており、認知症の状態にある者について共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護、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支援します。

4. 基本理念

利用者と私たち職員は、人が人として、“心と心”が響きあえる時間の流れを大切にしていきます。風と光、水と土・・・

和光の自然と地域の皆様と共に歳を重ねていき、楽しく生活できる毎日を支援いたします。

5. 職員体制

職員の種類	常勤換算
管理者	1名

計画担当者	1名
介護職員	11名

6. 勤務体制

勤務	勤務時間	人数
早番	6:30~15:30	1名
日勤1	8:30~17:30	1名
日勤2	9:00~18:00	1名
遅番	10:00~19:30	1名
夜勤	16:00~翌9:00	1名

7. 休業日 なし

8. 利用料金

(1) 利用料

介護保険自己負担額（1割負担の場合）

状態区分	介護保険1割負担料	1ヶ月（30日）の利用料
要介護1	765円	22,950円
要介護2	801円	24,030円
要介護3	824円	24,720円
要介護4	841円	25,230円
要介護5	859円	25,770円
認知症専門ケア加算I	3円	90円
初期加算	最初の1ヶ月間は1日30円が加算料金となります。	
介護職員等処遇改善加算II	介護保険自己負担額×17.8%	

(2割負担の場合)

状態区分	介護保険2割負担料	1ヶ月（30日）の利用料
要介護1	1,530円	45,900円
要介護2	1,602円	48,060円
要介護3	1,648円	49,440円
要介護4	1,682円	50,460円
要介護5	1,718円	51,540円
認知症専門ケア加算I	6円	180円
初期加算	最初の1ヶ月間は1日60円が加算料金となります。	
介護職員等処遇改善加算II	介護保険自己負担額×17.8%	

(3 割負担の場合)

状 態 区 分	介護保険 3 割負担料	1 ヶ月 (30 日) の利用料
要介護 1	2,295 円	68,850 円
要介護 2	2,403 円	72,090 円
要介護 3	2,472 円	74,160 円
要介護 4	2,523 円	75,690 円
要介護 5	2,577 円	77,310 円
認知症専門ケア加算 I	9 円	270 円
初期加算	最初の 1 ヶ月間は 1 日 90 円が加算料金となります。	
介護職員等処遇改善加算 II	介護保険自己負担額 × 17.8%	

介護保険給付外費用

	1 日当たり	1 ヶ月 (30 日) の利用料
食事代	1,050 円	31,500 円
水道光熱費	600 円	18,000 円
部屋代	1000 円	30,000 円
リネン代	110 円	3,300 円

※部屋代は入院期間や外泊時等にも徴収致します。

その他

預かり金管理費	1 ヶ月あたり	5 0 0 円
通院費用等	金ヶ崎町内	3, 0 0 0 円
	金ヶ崎町外	4, 0 0 0 円
電化製品使用料	1 日当あたり	5 0 円

* 理美容代、おむつ代、行事などは上記とは別に実費負担となります。

(2) 利用料金の支払い方法

サービス利用月の翌月 15 日に請求書を送付し、毎月 27 日に口座自動引き落としとなります。(金融機関が休業日の場合、お引き落とし日は翌営業日になります。)

9. サービス内容

(1) 食 事

身体状況に配慮しながら嗜好を尊重した食事を提供します。

食事時間	朝食	7：30～	9：00
	昼食	12：00～	13：30
	夕食	17：00～	18：30

(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。おむつ交換は、個々の状況に応じ随時交換します。

(3) 入 浴

原則毎日利用できます。

10. 協力医療機関及び提携施設

名 称	国保金ケ崎診療所
住 所	岩手県胆沢郡金ケ崎町西根鑓水98
電 話	0197-44-2121

名 称	あべ歯科クリニック
住 所	岩手県胆沢郡金ケ崎町西根荒巻25-1
電 話	0197-44-3918

名 称	特別養護老人ホーム 友愛園
住 所	岩手県胆沢郡金ケ崎町西根揚場後8-2
電 話	0197-44-4111

11. 契約の終了について

次のような事項に該当するに至った場合は、当施設との契約は終了し、利用者に退去していただくこととなります。

- ① 要介護の認定更新において、利用者が自立と認定された場合
- ② 利用者が死亡した場合
- ③ 利用者が入院し、1ヶ月以上退院できる見通しがない場合又は入院後1ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合
- ④ 利用者又は利用者代理人が契約の解除を通告し、予告期間満了した日
- ⑤ 事業者が契約の解除を通告し、予告期間が満了した日

- ⑥ 利用者が病気の治療等その他のため長期にグループホームを離れることが決まり、かつその移転先の受け入れが可能となった場合
- ⑦ 利用者が他の介護保険施設への入所が決まり、その施設側で受け入れ可能となった場合
- ⑧ 利用者からの退去の申し出があった場合
その場合退去を希望する日の7日前までに退去届書を提出してください。
ただし、次の場合には即時に契約を解除し施設を退去することができます。

- ア 介護保険給付対象サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- イ 事業者若しくはサービス従業者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを提供しない場合
- ウ 事業者若しくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合
- エ 事業者若しくはサービス従業者が故意又は過失により利用者の身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- オ 他の利用者が身体、財物、信用等を傷つけた場合若しくは傷つける恐れがある場合において事業者が適切な対応を取らない場合

- ⑨ 事業者から退去の申し出を行う場合
次の事項に該当する場合には、当施設から退去していただくことがあります。

- ア ご契約者によるサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- イ 伝染性疾患により他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがある
と医師が認めた場合
- ウ 故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者若しくは他の利用者の生命、身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

12. 施設利用の留意事項

当施設のご利用に当たって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するための事項となります。

- ① 面会時間は、9時から20時までとなっております。インフルエンザの流行時などは面会時間・方法にご配慮頂く場合があります。
- ② 外出・外泊する際は、必ず行き先と帰荘時間、食事の有無など必要なことを事前に職員にお伝え下さい。
- ③ 居室及び共用施設はその本来の用途に従ってご利用下さい。

- ④ 故意に施設、設備を破損したり汚したりした場合はご契約者に自己負担により原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。
- ⑤ 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の必要があると認められる場合には、利用者の居室に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。ただし、その場合ご本人のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。
- ⑥ 施設内では喫煙はできません。

1 3. 身体拘束の禁止について

当施設では、当該利用者又は他の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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。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及び期間を明記の上ご家族の同意を得ることとします。

1 4. 金銭管理について

原則、金銭・貴重品の持ち込みはご遠慮願います（紛失した場合の責任は負えません）金銭管理は、利用者・ご家族が希望する場合、当施設においてお預かりすることも可能です。その際は、出納簿及び証憑書類を定期的に利用者・ご家族に報告致します。

1 5. 守秘義務について

当施設は、サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族、利用者代理人等に関する秘密、個人情報について契約中及び契約終了後も第三者に漏らすことはありません。

1 6. 個人情報の保護について

当施設は、利用者又は家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めます。また、事業者が得た利用者又は家族の個人情報については、事業者での介護サービス提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者又は家族の同意をあらかじめ書面により得る事とします。

17. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償いたします。ただし、その損害発生について、利用者に故意又は過失が認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

18. 非常災害の対策

当施設は、非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画（BCP）を策定し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。また、訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

19. 苦情等の受付について

- (1) 認知症対応型共同生活介護に関する相談、要望、苦情等は施設管理者又は部署担当者が下記窓口で受け付けます。

☆苦情受付窓口☆

電話番号 0197-43-2340 部署担当：森谷 奈奈子
(受付時間 月～金曜日 8:30～17:30)

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

金ケ崎町 介護保険担当課 TEL：0197-44-4560

岩手県国民健康保険団体連合会

苦情処理窓口 TEL：019-604-6700

20. 衛生管理

当施設は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

当施設において感染症の発生防止、又はまん延しないように必要な措置を講じるとともに、感染症対策の指針を整備し、従業者に対して感染症の予防及びまん延防止のための研修や訓練を定期的に行います。

21. 虐待防止

当施設は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、委員会の開催、指針の整備、定期的な研修の実施等、虐待防止に関する措置を講じます。また、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、速やかに市町村に通報します。

2 2. 地域との連携

当施設は、その運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される運営推進会議を設置し、おおむね2ヶ月に1回以上、運営推進会議に対し提供している本事業所のサービス内容及び活動状況等を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けています。

2 3. 緊急時の対応方法

利用者の様態の変化等があった場合は、医師や救急車両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。

<緊急連絡先>

① 氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____ 携 帯 _____

続 柄 _____

② 氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____ 携帯 _____

続 柄 _____

令和 年 月 日

指定認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始にあたり、入所者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

〈事業者〉

所在地 岩手県胆沢郡金ヶ崎町西根和光544番地2

名称 介護予防施設 西光荘

電話 0197-43-2340

氏名 代表取締役 高橋 信 印

〈説明者〉

所属 認知症対応型共同生活介護施設

職名 施設長

氏名 森谷 奈奈子 印

私は、契約書および本書面により、事業者から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

<代理人>

住所 _____

氏名 _____ 印

(続柄) _____

同意書

認知症対応型共同生活介護サービス計画作成及び認知症対応型共同生活介護サービスを提供するため、サービス担当者会議に情報提供する必要がある場合は、介護認定にかかる調査内容・介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書、課題分析、認知症対応型共同生活介護サービス経過の内容を居宅支援事業所又は介護保険事業所の関係人に提示することに同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名 印

代理人氏名 印