

指定（介護予防）
認知症対応型共同生活介護
重要事項説明書

— 必ずお読みください —

医療法人財団 友朋会
グループホーム 千寿荘

令和7年5月 改訂版

<認知症対応型共同生活介護事業内容のご説明>

あなたに対する認知症対応型共同生活介護サービス提供開始にあたり、厚生省第37号第173条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次の通りです。

1. 事業者

事業者の名称	医療法人財団 友朋会
事業者の所在地	佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿乙1919番地
法人種別	医療法人財団
代表者名	理事長 中川 龍治
電話番号	0954-43-0157

2. ご利用の事業所

事業所の種類	認知症対応型共同生活介護
事業所の名称	グループホーム 千寿荘
事業所の所在地	佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿乙1919番地
管理者の氏名	大川内 悦子
電話番号 FAX番号	0954-43-0157 0954-43-3440
開設年月日 事業所番号	平成10年1月19日 4171700083

3. 事業の目的

事業の目的	認知症高齢者グループホーム（以下「グループホーム」という）は、家庭的な環境の中で生活援助員による生活上の指導・援助を行うことで認知症の進行を穏やかにし問題行動を改善させ、認知症高齢者が精神的に安定して健康で明るい生活を送れるように支援し、認知症高齢者の福祉の増進を図ることを目的としています。
-------	--

4. 事業の運営方針

事業運営の方針	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事業の提供を行います。
---------	---

5. ご利用に当たっての条件

1)要支援2 或いは、要介護認定を受け、認知症の状態にある方で、少人数による共同生活を営むことに支障のない方とします。 2)入居の期間は原則として定めない。但し入所期間中において、家庭生活が十分に可能と医師により診断され、家庭の受け入れ態勢が整ったものについては、速やかに退所していただきます。
--

6. 施設概要

1) 施設及び建物

建物名称（敷地）		千寿荘（1104.17㎡）
建物	構造	木造平屋建て
	延床面積	345.87㎡
	利用定員	9名

2) 主な設備

建物の名称	千寿荘	
設備の種類	部屋数	面積
食堂兼居間	1室	85.05㎡
浴室	1室	12.96㎡
便所	11ヶ所	
居室（個室）	10室	9.72㎡

7. 職員体制および職務内容

職種	員数	内容
管理者	常勤 1名	従業者の管理及び利用申し込みの調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行うとともに、従業者に運営基準を順守させるために必要な指揮命令を行います。
介護支援専門員	1名以上	介護支援専門員でない他の計画作成担当者の業務を監督します。介護計画実践の評価について介護支援専門員経過記録に残します。
計画作成担当者	1名以上	利用者毎の認知症対応型共同生活介護及び、介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成し、その実施状況を把握し必要に応じて変更します。
介護従事者	3名以上	介護計画に沿って適切な介護サービスの提供を行います。

8. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制		休 暇
管 理 者 看 護 職 員 介 護 職 員	日 勤	日勤勤務： 8：30 ～ 17：00 ※日勤の時間帯 8：30 ～ 17：00 ※入所者 3 名に対し、職員 1 名以上の割合で勤務します。	4 週 7 休
	夜 勤	準夜勤務： 16：30 ～ 1：00 深夜勤務： 0：30 ～ 9：00 ※夜間及び深夜の時間帯 19：00 ～ 翌7：30 ※準夜勤務・深夜勤務 各 1 名配置で勤務します。	
計画作成担当者	3～4 名配置		

9. 営業日

営 業 日	年中無休
-------	------

10. 施設サービスの概要

1)介護保険給付サービス

種 類	内 容
食事の自立に向けての援助	(1)栄養と利用者の身体的状況に配慮したバラエティに富んだ食事を、利用者と共に調理し提供します（食材料費は給付対象外）。 (2)食事は利用者全員で食卓を囲み、楽しい食事ができるように配慮します。 (食事時間) 朝食 8 : 0 0 ~ 8 : 3 0 昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0 夕食 1 7 : 4 5 ~ 1 8 : 4 5
排泄・入浴の介 助	(1)利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行なうとともに、排泄の自立について適切な援助を行ないます。 (2)おむつを使用する方に対しては、定期的な交換を行なうとともに、必要な場合は随時交換を行ないます。 (3)毎日入浴を行ないます。入浴ができない時は清拭を行ないます。
着 替 え 等 の 介 助	(1)生活リズムを考えて、毎朝夕の着替えを行ないます。 (2)個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。 (3)シーツ交換は基本 2 週間に 1 回行ないます。寝具は必要の都度、清潔な物と交換します。

健 康 管 理	(1)医師による月2回の診察を設けて健康管理に努めます。また、緊急など必要な場合には、主治医域いは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。 (2)入所者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 <u>(当施設の委託医師)</u> 氏 名 嬉野温泉病院 常勤医師 診療科 精神科、児童思春期精神科、老年精神科、心療内科、内科、リハビリテーション科、泌尿器科、眼科、皮膚科、整形外科 <u>(嬉野町内の委託医師)</u> 氏 名 船津歯科医院 (3)健康管理については、健康維持のため定期的健康診断を実施いたします。また、同様に感染予防対策にも努めます。 (4)毎朝、血圧・脈拍体温測定を行い、月2回は体重測定を行います。
相 談 及 び 援 助	(1)当施設は、入所者及びその家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行なうよう努めます。 (相談窓口) 千寿荘管理者 及び 嬉野温泉病院 医療福祉課

2)介護保険給付外サービス

種 類	内 容	利用料
お む つ 使 用 料	必要に応じて使用させていただきます。	実 費
行政手続の代行	市・区役所での書類の申請交付、申請手続き等のご家族で行ってもらい、やむを得ない場合はケースワーカーが代わって行います。	(郵送料) 実 費
食 材 の 提 供	毎日バランスのとれた良質の食材を提供します。また、希望があれば利用者也同伴してもらい、直接町内の商店から新鮮な食材を仕入れています。	(日額合計) 1,150 円 朝食 250 円 昼食 450 円 夕食 450 円
理美容サービス	行き付けの理美容室へご家族での対応をお願いしています。	実 費
買 い 物	私物・日用品の買い物足しについてはご家族での対応をお願いしています。	実 費
教 養 ・ 娯 楽	美術館、陶器陳列館の見学、保育園行事、運動会への参加、文化祭等町内催し物の見学等を案内します。	
レクリエーション行事	別途パンフレット記載の施設行事計画に沿ってレクリエーション行事を企画・運営します。	施設外レクリエーションに伴う実費 (入場、入園料等)

1 1. 施設利用料金

当事業所では、利用者に対して介護保険給付の対象となるサービスと給付対象とならないサービスの2つのサービスを提供します。

1) 利用料金が介護保険から給付される場合（介護保険給付の対象となるサービス）

(1)利用料 …… 原則として基本料金の1割、2割、3割のいずれかでの自己負担（1日当たり）となります。

※自己負担額については、「介護保険被保険者証」及び「介護負担割合証」で確認させていただきます。

但し、介護保険給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

①認知症対応型共同生活介護の場合（介護予防）

要介護度の別	(要支援2)	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
一日当たり利用料	7,610 円	7,650 円	8,010 円	8,240 円	8,410 円	8,590 円

②認知症対応型共同生活介護（ショートステイ）の場合（介護予防）

要介護度の別	(要支援2)	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
一日当たり利用料	7,890 円	7,930 円	8,290 円	8,540 円	8,700 円	8,870 円

(2)その他に必要な料金（加算） ※1

加 算 の 別	利用料に加算される額
初期加算 (利用開始に行う取り組みを評価)	1日につき 300 円 *入居日より30日以内
サービス提供体制強化加算Ⅰ（介護福祉士の手厚い配置）	1日につき 220 円
医療連携体制加算（Ⅰ）イ（要介護 1～5の方） (病院等との連携により、看護師を1名以上配置) ※別紙の指針を用いて説明致します。	1日につき 570 円
協力医療機関連携加算 (利用者の健康状態を日々記録し、協力医療機関 または主治医に対して、月1回以上情報を提供)	1月につき 1,000 円
加 算 の 別	利用料に加算される額
口腔・栄養スクリーニング加算 (口腔・栄養状態を確認し、介護支援専門員へ情報提供)	6月に1回 200 円
科学的介護推進体制加算 (介護サービスの質の評価)	1月につき 400 円

(3)状態により必要となる料金（加算） ※ 1

加 算 の 別	利用料に加算される額
認知症行動・心理症状緊急対応加算 (入居予定外の方を医師の判断で緊急的に受け入れた場合)	1 日につき 2,000 円 * 入居日より 7 日間
若年性認知症利用者受入加算 (個別ニーズに応じたサービス提供を評価)	1 日につき 1,200 円
退去時相談援助加算 (入居期間 1 ヶ月以上の利用者が退去時、退去後に 利用するサービスについて本人及び家族の相談に対応)	利用期間 1 月以上の方が 退去の場合 4,000 円

※ 1 当事業所において、認知症対応型共同生活介護に定める加算の内、上記 (2) (3) 以外の加算については算定いたしません。

(4)上記 (1) ～ (3) により算定した料金に係る加算 ※ 1

加 算 の 別	利用料に加算される額
介護職員等処遇改善加算	1 月につき 上記 (1) ～ (3) により算定した 料金の 1000 分の 125 に相当する 金額

※ 1 (3) に掲げる「認知症行動・心理症状緊急対応加算」及び「若年性認知症利用者受入加算」は除く。

2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合（介護保険の給付対象とならないサービス）

(1)生活費

科 目	徴収金額	備 考
食 費	一人 日額 1,150 円	朝食 250 円 昼食・夕食 各 450 円
家 賃	一人 月額 42,000 円	
光 熱 水 費	一人 日額 105 円	
寝 具 洗 濯 料	一人 日額 50 円	
行 事 費 用	一人 月額 300 円	

(2)その他

科 目	徴収金額	備 考
T V 視聴料金	一人 日額 55 円	ケーブルチャンネル 利用料金

1 2. 利用料金のお支払い方法

前記 1)～2)の料金・費用は 1 ヵ月毎に計算し、次の方法により翌月末日にお支払い下さい。

【現金支払い】

医療法人財団 友朋会 嬉野温泉病院 西外来受付

【指定口座振込み】

(振込先) 佐賀銀行 嬉野支店

(口座) 普通預金 1 0 0 0 1 2 3

(口座名義) 医療法人財団 友朋会 理事長 中川 龍治

リョウホウジンザイダン ユウホウカイ リジチョウ ナカガワリュウジ

※当事業所でのお支払いはできませんのでご了承下さい。

1 3. 守秘義務及び個人情報保護

- 1)施設の職員は正当な理由がない限り、利用者に対する介護サービスの提供に際して知り得た利用者又はその家族の秘密を他に漏らしません。
- 2)施設の職員が退職後においても、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく他に漏らすことがないように指導を徹底します。

以上、個人情報については秘密保持を原則としますが、利用者へのより良いサービスの提供並びにサービス計画作成のため、サービス担当者会議等の中で利用者又はその会議の情報を提供する必要がある場合は、必要最小限の情報提供を行う場合がございますのであらかじめご了承ください。

- (情報提供先)
- (1)医療法人財団 友朋会 嬉野温泉病院
 - (2)杵藤地区広域市町村圏組合 介護保険事務所
 - (3)佐賀県 社会福祉協議会

(写 真 の 掲 載)

日常生活状況や年間行事などの様子をご家族や運営推進委員等にお知らせするため、撮った写真を以下の内容・場所に掲示します。

- (1)グループホーム千寿荘新聞「鶴亀たより」
- (2)事業所内
- (3)その他

(作品の出品・展示)

芸術療法にて製作した作品を以下の内容・場所に出品・展示します。

- (1)開催期日 不定期（随時お知らせします）
- (2)展示内容 グループホーム千寿荘で企画する行事（敬老会等）
- (3)展示場所 嬉野温泉病院内外（随時お知らせします）

*展示する際は、施設名・作品名のみを記載し、本人の氏名は掲載しません。

1 4. 相談・苦情対応

1) 体制及び手順について

苦情、または相談があった場合には、利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ、状況の聞き取りのため訪問を実施し、事情の確認を行い、苦情に関する問題点を把握した上で検討を行い、再発防止の対策を決めていきます。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

2) 申し立て先

(1) 当事業所及び当法人における受付窓口

窓口及び担当者	グループホーム 千寿荘 大川内 悦子（管理者） （電話番号）0 9 5 4－4 3－0 1 5 7（内線：2 6 0）
	医療法人財団 友朋会 苦情相談窓口（地域連携室） （電話番号）0 9 5 4－4 3－0 2 5 5

(2) 行政機関、その他の苦情受付機関

嬉野市役所塩田庁舎・子育て支援課	（電話番号）0 9 5 4－6 6－9 1 2 1
嬉野市役所嬉野庁舎・福祉課	（電話番号）0 9 5 4－4 2－3 3 0 6
佐賀県国民健康保険連合会 介護保険係	（電話番号）0 9 5 2－2 6－1 4 7 7
杵藤地区広域市町村圏組合 介護保険事務所総務管理課	（電話番号）0 9 5 4－6 9－8 2 2 2
佐賀県長寿社会課	（電話番号）0 9 5 2－2 5－7 0 5 4

1 5. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人財団友朋会 嬉野温泉病院
院 長 名	中川 龍治
所 在 地	佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿 1 9 1 9 番地
電 話 番 号	0 9 5 4－4 3－0 1 5 7
診 療 科	精神科、児童思春期精神科、老年精神科、心療内科、内科、 リハビリテーション科、泌尿器科、眼科、皮膚科、整形外科
入 院 設 備	ベッド数 6 8 7 床（精神科 5 3 2 床、一般 5 3 床、療養 1 0 2 床）
救急指定の有無	無（但し、佐賀県精神科救急医療システム体制の病院）

1 6. 事故発生時の対応

グループホーム内で万一事故が発生した場合、介護保険事業所、ご家族、その他関係機関に対して、友朋会の事故発生対応マニュアルに沿って速やかに連絡致します。また、賠償すべき事故が生じた場合は、事実確認の上で当方の過失による場合は速やかに賠償致します。

17. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める「防火・防災管理規定」に則り対応を行います。	
近隣との協力関係	友朋会自衛消防隊	
平常時の訓練など	別途に定める「防火・防火管理規定」にのっとり、年2回以上夜間および昼間を想定した避難訓練を実施します。	
防火設備	消火器	防火、消火等の安全設備については、建築基準法・消防法の規定に則り、必要設備と必要数を整えています。
	誘導灯	
	ガス漏れ報知器	
	自動火災報知機	
	火災通報装置	
	スプリンクラー	

18. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

面会	夜間の面会はなるべくご遠慮下さい。家族等が宿泊される場合には、その都度職員に届け出て下さい。
外出・外泊	必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出て下さい。
他の医療機関への受診	緊急性を伴わない医療機関及び歯科医療機関への受診付き添いは、原則としてご家族でお願い致します。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備・器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、実費を弁償していただくことがあります。
迷惑行為	物忘れが進行し、共同生活を続けることが困難な状況になった場合は、主治医の指示によって専門的な治療をお受けいただくことになります。
所持品の管理	貴重品の持ち込みはご遠慮願います。他の私物については氏名を明記し、問題が起こらないように配慮します。
現金等の管理	現金及び預金について、下記の場合を除き当施設では管理しません。 1)日常生活に必要な金銭の保管・管理 2)利用者から特に依頼された場合
宗教・政治活動	施設内で宗教及び政治活動はご遠慮下さい。

重度化した場合 の対応	1) 1 名以上の看護師を配置すると共に、事業所の介護配置に対し医療的側面からの指導援助を行います。医療ニーズが必要な場合のために協力医療機関の嬉野温泉病院と 24 時間連絡可能な体制を取っています。 2) 日常的な健康管理を行い、入所時より利用者様の身体的、精神的状況の把握に努めます。異常と判断した場合や症状が重くなられた時は、主治医・ご家族へ連絡すると共に、医療行為や生命に危険性を及ぼす場合には、協力医療機関である嬉野温泉病院にて入院治療を受けていただけるように連絡調整を致します。 3) 看取りの指針 基本的に設備の整った医療機関への入院を前提とし、状況に応じご家族と相談の上、対応を行います。 4) 入院治療のため千寿荘の利用を中止するが在籍を希望される場合は、入院期間中の家賃を頂き、食事費等は頂きません。
在 籍 取 扱 い	(期 間) 1 ヶ月間（翌月の同一日まで） (対 象 事 由) 検査並びに病状の悪化等で、一時的に千寿荘の利用を中止するが、指定する在籍取扱の期間内に再利用が見込める方。 (期間中の負担金) 規程に定める家賃のみ所定額の徴収をさせていただきます。 (取 扱 の 許 可) 別に定める書式（在籍取扱の申告書）に必要事項を記載の上、友朋会理事長の許可を得ることになります。 (取 扱 の 中 止) 指定期間内に再利用の見込みが立たなくなった場合、その時点で在籍取扱いの処置を中断し、除籍の処置を講じることとなります。

19. 虐待防止のための措置

サービス提供中に当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）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、速やかに市町へ通報します。

利用者の人権擁護・虐待等の未然防止・早期発見のため、次の措置を講じます。

- （1）虐待防止体制として専任の担当者の選出、対策を検討する委員会の実施
- （2）指針の整備、虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- （3）利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- （4）その他、虐待防止のために必要な措置

20. 契約の終了

次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約は終了します。

- 1) 要支援2・要介護認定を受けられた方がその認定更新において、自立もしくは要支援1と認定された場合。
- 2) 利用者が死亡した場合。
- 3) 利用者が病気の検査・治療等のため1ヵ月以上の長期にわたり施設を離れ、再利用の見込みが立たない場合。
- 4) 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。

21. 退所後の対応

- 1) 退所に際しては利用者様やご家族の希望を聞いて必要な介護を継続できるように、ご家族へ指導を行います。
- 2) 退所後の生活環境が変わることによって予想される機能低下を予防する為に、利用者様のかかりつけ医や居宅介護支援事業所など関係機関と十分な情報交換・話し合いを行います。
- 3) 退所後に体調の変化や家庭生活が難しくなられた場合は気軽に相談して下さい。

22. 第三者評価公表

毎年又は隔年で第三者評価の受審を受けることで、より質の高いケアを目指しております。千寿荘においては、運営推進会議における外部評価を毎年実施し、その結果は千寿荘玄関に設置しておりますので、ご自由にご覧ください。また、インターネットの「グループホーム千寿荘」から「自己評価・運営推進会議における外部評価」を閲覧できます。

重要事項説明書への同意及び

「グループホーム千寿荘」との利用契約書

私は、事業者より重要事項説明書についての説明を受け、同意しました。
その上で、以下の利用者について認知症対応型共同生活介護サービスについての
利用契約を致します。

令和 年 月 日

利 用 者	氏 名	フリガナ		性 別		
		⑩		男 ・ 女		
	生年月日		明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)			
住 所	〒 □ □ □ - □ □ □ □					
申 請 者	氏 名	フリガナ		性 別		利用者との続柄
		⑩		男 ・ 女		
	住 所	〒 □ □ □ - □ □ □ □				
緊 急 連 絡 先	①	氏 名 :		続柄 ()		
		携帯番号 :		固定電話 :		
	②	氏 名 :		続柄 ()		
		携帯番号 :		固定電話 :		

利用者の申し込みを受諾し、サービスの提供を誠実かつ責任をもって実施して参ります。

事 業 者 所 在 地 佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿乙 1919 番地
事業者(法人)名 医療法人財団 友 朋 会
代表者職・氏名 理事長 中 川 龍 治 印

重要事項説明書の内容を説明したうえで、契約に立ち会いました。

立 会 人 氏 名 _____ 印