

# 重要事項説明書

(認知症対応型共同生活介護サービス)

あなたに対する介護サービス提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1 事業者

|         |                               |
|---------|-------------------------------|
| 事業者の名称  | 有限会社アットホーム                    |
| 事業者の所在地 | 蒲郡市三谷北通4-117-1 (地域区分7級地:別紙参照) |
| 法人種別    | 有限会社                          |
| 代表者名    | 代表取締役 鈴木幸子                    |
| 電話番号    | 0533-67-3990                  |

## 2 ご利用施設

|         |                |
|---------|----------------|
| 事業者の名称  | アットホーム三谷       |
| 事業者の所在地 | 蒲郡市三谷北通4-117-1 |
| 管理者     | 秋田よし子          |
| 電話番号    | 0533-67-3990   |
| FAX番号   | 0533-66-0031   |

## 3 ご利用施設であわせて実施する事業

|        |               |            |      |
|--------|---------------|------------|------|
| 事業者の種類 | 東三河広域連合の事業者指定 |            |      |
|        | 指定年月日         | 指定番号       | 利用定数 |
| 通所介護   | 平成17年4月1日     | 2373300678 | 35人  |

## 4 事業の目的と運営の方針

|         |                                             |
|---------|---------------------------------------------|
| 事業者の目的  | この事業は要介護状態にある高齢者が自立した生活を営むことのできるように生活介護をする。 |
| 施設運営の方針 | 生活介護を通じて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。     |

## 5 施設の概要

### (1) 敷地および建物

|    |         |                            |
|----|---------|----------------------------|
| 敷地 | 382.14㎡ |                            |
| 建物 | 構造      | 鉄筋コンクリート造3階建（耐火建築） 2, 3階部分 |
|    | 延べ床面積   | 594.36㎡                    |
|    | 利用定員    | 18名                        |

## (2) 主な設備

| 設備の種類 | 数   | 面積      | 1人当りの面積 |
|-------|-----|---------|---------|
| 食堂    | 2室  | 72.9㎡   | 4.05㎡   |
| 浴室    | 2室  | 9.72㎡   | 0.54㎡   |
| 便所    | 4箇所 | 8.53㎡   |         |
| 居室    | 18室 | 201.63㎡ | 11.2㎡   |
| 居間    | 2室  | 27.58㎡  | 1.53㎡   |

## 6 職員体制（主たる職員）

| 従業者の種類  | 員数 | 区分 |    |     |    |
|---------|----|----|----|-----|----|
|         |    | 常勤 |    | 非常勤 |    |
|         |    | 専従 | 兼務 | 専従  | 兼務 |
| 管理者     | 1  |    | 1  |     |    |
| 介護職員    | 18 | 2  |    | 16  |    |
| 計画作成担当者 | 1  |    | 1  |     |    |
| 看護職員    | 1  |    |    |     | 1  |

## 7 職員の勤務体制

| 従業者の種類 | 勤務体制                                                                                                                                | 休暇   |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 管理者    | 正規の勤務時間帯 9時～18時 常勤で勤務                                                                                                               | 4週8休 |
| 介護職員   | <p>日勤 7時30分～19時30分<br/> 夜勤 19時30分～7時30分は原則として1ユニット（最大入所者9名）あたり職員1でお世話をします。</p> <p>入所者9名あたり24時間勤務（例8時間労働×3名）<br/> 以上の体制でお世話をします。</p> |      |

## 8 営業日

|     |      |
|-----|------|
| 営業日 | 年中無休 |
|-----|------|

## 9 施設サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

| 種類                                        | 内 容                                                                                                                                                                      | 利用料        |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 食事の介助<br><br>・利用者の状態に応じた最大限の協力をさせていただきます。 | ・栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。<br>・食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるように配慮します。<br>・食堂への誘導や配膳等は可能な方は協力させていただきます。<br>・(食事時間)<br>朝食 7:30～8:30<br>昼食 12:00～13:00<br>夕食 17:00～18:00 | 介護報酬の告示上の額 |
| 排泄の介助<br><br>・利用者の状態に応じた最大限の協力をさせていただきます。 | ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。<br>・おむつを使用する方に対しては、1日5回の交換を行うとともに、必要な場合はこれを超えて交換を行います。                                                                   |            |
| 入浴の介助<br>・利用者の状態に応じた最大限の協力をさせていただきます。     | ・週6回の入浴または清拭を行います。<br>・寝たきり等で座位のとれない方は機械を用いての入浴も可能です。                                                                                                                    |            |
| 着替え等の介助                                   | ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。<br>・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行っていただくよう配慮します。<br>・毎朝夕の着替えは利用者本人が行うことを原則とし無理な方に対しては介助をいたします。<br>・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。                       |            |
| 機能訓練                                      | 入所者の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。<br>(当施設の保有するリハビリ器具)                                                                                                                  |            |
| 相談および援助                                   | ・当施設は、入所者およびそのご家族から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うよう努めます。                                                                                                              |            |

※介護保険法に基づく基本単位及び加算(別紙にて)

(2) 介護保険給付外サービス

| 種類                                   | 内 容                                                                                                                                              | 利用料                                                                                                  |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| おむつ・尿パッドの提供                          | ・利用者のご希望に応じて提供します。                                                                                                                               | 実費                                                                                                   |
| 行政手続の代行                              | ・市・区役所での書類の申請交付、申請手続き等を代わって行います。                                                                                                                 |                                                                                                      |
| 食材の提供                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新鮮で安価な食材を提供します。</li> <li>・ 朝食 500円</li> <li>・ 昼食 700円</li> <li>・ おやつ 100円</li> <li>・ 夕食 500円</li> </ul> | 1日1,900円                                                                                             |
| 部屋・共有施設の提供                           | ・部屋、共有スペースを提供します。                                                                                                                                | 1ヶ月<br>38,000円                                                                                       |
| 電気、水道、冷暖房の提供、洗濯・建物管理、共同生活における日常品等の提供 | ・建物管理、設備等の点検・修繕・補充を行なうとともに年間を通じて、電気、水道、冷暖房等を提供します。                                                                                               | 共益費<br>1ヶ月<br>25,000円                                                                                |
| 通院介助及び付き添い                           | ・提携医以外の受診にかかる通院介助及び付き添い等（代理受診及び相談含む）を提供します。                                                                                                      | 通院付き添い費<br>1時間毎<br>2,000円                                                                            |
| 利用サービス                               | ・毎月1回 理髪店の出張による理髪サービスをご利用いただけます。                                                                                                                 | 理髪サービス<br>1回1500円～<br>1,800円                                                                         |
| レクリエーション行事                           | ・当施設では季節にあったレクリエーション行事を企画します。                                                                                                                    | ・施設外レクリエーションは実費（入場料等）                                                                                |
| ベッドの提供                               | ・ご希望に応じ提供致します。                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護ベッド<br/>1ヶ月2,000円</li> <li>・一般ベッド<br/>1ヶ月1,000円</li> </ul> |
| 日常生活費                                | ・日常生活において必要な消耗品等を提供します。                                                                                                                          | 1ヶ月 5,000円                                                                                           |

※東三河広域連合が行うグループホーム入居者負担軽減事業対象者の認定を受けた者は、上記介護保険外サービスの料金を1日当たり500円減額する。

## 10 苦情等申立先

|                |                         |                                                              |
|----------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 当施設ご利用相談室      | 窓口担当者<br>ご利用時間<br>ご利用方法 | 管理者 秋田よし子<br>毎日午前9時～午後5時<br>電話 0533-67-3990（当施設）<br>面接場所 当施設 |
| 蒲郡市介護保険相談窓口    | 電話：(0533) 66-1105       |                                                              |
| 愛知県国民健康保険団体連合会 | 電話：(052) 971-4165       |                                                              |
| 東三河広域連合 介護保険課  | 電話 0532-26-8471         |                                                              |

## 11 協力医療機関

|         |                                           |
|---------|-------------------------------------------|
| 医療機関の名称 | とよおかクリニック                                 |
| 院長名     | 嶋田 満                                      |
| 所在地     | 蒲郡市豊岡町梶田 13-1                             |
| 電話番号    | 0533-67-1155                              |
| 診療科     | 内科                                        |
| 入院設備    | ベッド数 0 床                                  |
| 救急指定の有無 | 無し                                        |
| 契約の概要   | 当施設と とよおかクリニックは、入所者に病状の急変があった場合、迅速に対応します。 |

## 12 防災設備

| 防災設備 | 設備名称    | 個数等  | 設備名称      | 個数等  |
|------|---------|------|-----------|------|
|      | 非常階段    | 1 個所 | 防火扉・シャッター | 8 個所 |
|      | 自動火災報知器 | あり   | 屋内消火栓     | 4 個所 |
|      | 誘導灯     | 4 個所 | 非常通報装置    | あり   |
|      | ガス漏れ報知機 | あり   | 漏電火災報知機   | あり   |
|      | 非常用電源   | あり   | スプリンクラー   | あり   |

## 13 当施設ご利用の際に留意いただく事項

|                  |                                                                         |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会            | 面会者は面会時間等を指定のノートに記してください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。                      |
| 外出・外泊            | 外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。                                        |
| 囑託医師以外への医療機関への受診 | ご家族による最大限の協力をお願いいたします。                                                  |
| 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したがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。 |

|           |                                                                        |
|-----------|------------------------------------------------------------------------|
| 喫煙・飲酒     | 喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒を希望される場合は、必ず職員の許可を得てください。喫煙・飲酒は職員が管理をさせていただきます。 |
| 迷惑行為等     | 騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。             |
| 現金等の管理    | 自己管理は無理と判断した場合、職員が責任を持って管理いたします。                                       |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内で他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。            |
| 動物飼育      | 施設内へペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。                                              |

#### 14 提供するサービスの第三者評価実施状況

|             |                 |
|-------------|-----------------|
| 実施の有無       | 有               |
| 実施した直近の年月日  | 令和 7 年 1 月 20 日 |
| 実施した評価機関の名称 | 株式会社 中部評価センター   |
| 評価結果の開示状況   | 有               |

#### 15 非常災害時・事故・急変者発生時の対応

- ・非常災害時・事故・急変者発生時は、日中・夜間帯の緊急マニュアルをもとに、管理者及び現場責任者が迅速に対応いたします。
- ・利用中に事故が発生した場合は、東三河広域連合、当該利用者様のご家族に連絡を行うと共に、必要に応じた措置を講じます。
- ・賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

## 重要事項説明確認書

私は、本書面に基づいて乙の職員（氏名\_\_\_\_\_）から上記重要な事項の説明を受けたことを確認します。

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者の家族等 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 \_\_\_\_\_