

## 【認知症対応型共同生活介護】重要事項説明書

(株) ベストビジネスコミュニケーション

認知症対応型グループホーム 結の郷

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(沖縄県指定 第 4792400030号)

当事業所はご利用者に対して認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。  
事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

### 1. 事業主体概要

事業者の名所	株式会社 ベストビジネスコミュニケーション
所在地	沖縄県中頭郡北谷町桑江580-15 2F
代表者名	與儀 政作
電話番号	098-989-8439

事業所の理念

利用者一人一人の尊厳を守る結の郷

笑顔の絶えない結の郷

利用者が安らげる結の郷

家族と同じように真心で接する結の郷

ご家族が安心できる結の郷

地域に信頼され貢献できる結の郷

結の郷は、職員一人一人が理念を共有し、研鑽し良質な介護サービスの提供に努める施設です。

### 2. 事業所の概要

事業所の種類	認知症対応型共同生活介護
事業所の目的	認知症対応型共同生活介護サービス
管理者氏名	崎原 栄子
事業所の所在	沖縄県北谷町吉原1180-1
電話番号	098-923-1627
開設年月日	平成25年05月01日

### 3. 事業所の基本方針と目的

基本方針	本事業の社会的意義と責任を深く認識し、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るとともに、利用者に対してその権利を尊重し、礼節と尊厳をもって接するように努めます。
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、家庭的な環境の下で日常生活の介助と通じて、安心と安らぎと尊厳のある生活を営むことを支援します。

### 4. 施設の概要

#### (1)敷地・建物

敷地	380. 76㎡
構造	3階建て(RC造り)
述べ面積	449. 47㎡(13.9 坪)
利用定員	9名

#### (2)主な設備

台所・食堂	1ヶ所	1階
多目的ホール	1ヶ所	1階1ヶ所(24畳)2階1ヶ所
トイレ	3ヶ所	1階 2ヶ所 2階1ヶ所
浴室	2ヶ所	1階1ヶ所 2階1ヶ所
居室(2F)	9 室	2階9室
事務室	1ヶ所	1階
Web カメラ	1ヶ所	1階1ヶ所(24畳)

### 5. 職員の体制内容等

#### (1)管理者 1名

職員と業務の管理、基準遵守のための指揮命令、利用申込みの調整、サービス実施状況の把握

#### (2)計画作成担当者 1名

介護サービス計画の作成

#### (3)介護従事者 8名

日常生活全般にわたる介護サービスの提供

## 6. 勤務体制

- (1) 昼間の体制      3名    (内訳): 早出 07:00～16:00  
  日勤 08:30～17:30  
  遅出 13:00～22:00
- (2) 夜間の体制      1名      夜勤 17:00～09:00

## 7. 利用定員

定員 : 9名 ( 1 ユニット 9名)

## 8.介護保険給付対象サービスの費用に関すること

- (1) 保険給付サービス(施設サービス)

食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中で機能訓練、健康管理、相談、援助等。

上記については包括に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額(省令)により変動あり、自己負担となります。

- ## (2) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
日常生活の 援助	・認知症による生活の不便や障害を考慮し、できる限り有する能力を生かした日常生活が営めるよう必要な援助を行います。
排泄の介助	・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。 ・おむつを使用する方に対しては適宜交換を行います。
入浴の介助	・入浴は、基本的に週 3 回としますが、本人の心身の状況によって入浴回数を増やし、清潔保持に努めます。
着替え介助	・生活リズムを整え、毎朝夕の着替えを行うように配慮します。
食事の介助	・食事は原則として利用者と介護従事者が共同で調理します。 朝食 08時00分      昼食 12時30分      夕食 18時00分 ※利用者と介護従事者で調理するため時間が遅れる場合があります。
整容の介助	・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。 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・シーツ交換及び寝具の天日干しは、適宜、実施します。
移動・外出等	・移動時の転倒予防のため、身体状態に合わせて介助や福祉用具の活用を行い、転倒予防に努めます。

健康管理	・定期受診の継続や協力医療機関の医師により、定期的に日常の健康管理に努めます。また、体調の変化や緊急時等、必要な場合には速やかに主治医又は当該協力医療機関等に連絡調整を行い、必要な措置を講じます。
相 談	・当施設では、利用者およびその家族等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うように努めます。 (相談窓口)管理者

### (3) 介護保険給付対象サービスと利用料金(介護保険一割負担金)

当施設における要介護別のサービス利用料金は以下のとおりです。(例介護保険 1 割負担金)

要 介 護 度	1日あたり 月額(30日)
要 支 援 2	$761 \times 30 \text{日} = 22,830 \text{円}$
要 介 護 1	$765 \times 30 \text{日} = 22,950 \text{円}$
要 介 護 2	$801 \times 30 \text{日} = 24,030 \text{円}$
要 介 護 3	$824 \times 30 \text{日} = 24,720 \text{円}$
要 介 護 4	$841 \times 30 \text{日} = 25,230 \text{円}$
要 介 護 5	$859 \times 30 \text{日} = 25,770 \text{円}$
初期加算(入居から30日以内の期間)	$30 \text{円} \times 30 \text{日} = 900 \text{円}$
医療連携加算(Ⅰ)(ハ)	$37 \text{円} \times 30 \text{日} = 1,110 \text{円}$
若年性認知受け入れ加算(若年性の方)	$120 \text{円} \times 30 \text{日} = 3,600 \text{円}$
看取り加算(看取り介護を行った方)	死亡日以前 31 日以上 45 日以下・・・72 単位/日 死亡日以前 4 日以上 30 日以下・・・144 単位/日 死亡日以前 2～3 日・・・680 単位/日 死亡日・・・1,280 単位/日
認知症専門ケア加算(Ⅰ) (認知症自立度Ⅲ以上の方)	$3 \text{円} \times 30 \text{日} = 90 \text{円}$
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	$6 \text{円} \times 30 \text{日} = 180 \text{円}$
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数 $\times$ 15.5%/月

※利用者様が、要介護認定を受けていない方がサービスを受けた場合には、サービス利用料金の金額を全額お支払いしていただきます。要介護認定を受けた後に、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。上記のように償還払いになる場合には、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手続きしたうえで、記載した「サービス提供証明書」を交付します。

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

## 9. 介護保険給付対象外のサービス

☆入居契約時に保証金として10万円お預かり致します(相談に応じる)

項 目	利 用 料
家 賃	30,900円(月額)
管理費	40,000円(月額) ※水道光熱費等
食 費	朝食400円/日 昼食500円/日 夕食500円/日 おやつ260円/日

下記については、ご利用ごとに料金をお支払いしていただきます。

- ・理容、美容費
- ・おむつ代
- ・医療費(定期受診や訪問診療等)
- ・本人の嗜好品(タバコ等)

◎上記の介護保険対象外サービスは月末に集計し翌月に支払いして頂きます。

## 10. 協力医療機関

### (1) 協力医療機関名

医療法人 翔南会 翔南病院	沖縄市山内 3-14-28 電話 098-930-3020	利用者に病状の急変があった 場合に診療を依頼
マリン在宅クリニック	沖縄市泡瀬 2 丁目 3-17 電話 098-989-9155	※家族希望(個人契約) ・24 時間 365 日体制 ・月 2 回の訪問診療

### (2) 協力介護施設

介護老人福祉施設 陽明園	北谷町字吉原 265 電話 098-936-3565	サービス提供体制の確保
介護老人保健施設 白川園	北谷町字吉原 265 電話 098-936-5051	サービス提供体制の確保

### (3) 協力歯科医院

サザン歯科まえた	浦添市前田 1-10-7 電話 098-875-4618	訪問診療での 口腔内の健康管理全般
----------	---------------------------------	----------------------

## 11. 入院時の対応

### (1) 医療機関に入院中の居室確保

月額の支払いのうち食費を除いた額をお支払いいただきます。

(14日以上入院の場合、15日目より水道光熱費は日割り計算とします)

入院が30日以上となる時は、基本的に退去の対象となります。

## 12. 入居・退去等

### (1) 利用者の条件

次の各号に適合する場合、グループホームの利用ができます。

- ① 北谷町に住所を有する方
- ② 医師から認知症の診断を受け、要介護認定にて要支援2から要介護5の方
- ③ 少人数による共同生活(家庭的な生活)を営むことに支障がないこと
- ④ 自傷他害及び他の利用者への迷惑行為、利用者自身に危険が生ずる状態が頻繁に発生する恐れがないこと。
- ⑤ 常時、医療機関において治療をする必要がないこと。
- ⑥ 本契約に定めることに承認し、重要事項説明書に賛同できること。

### (2) 身元引受等の条件・義務

身元引受人は1名定めさせていただきます。

身元引受人は、契約上の債務について契約者と連携して身の上監護に関する決定、利用者の引き受け、残置財産の引き取り等を行うことに責任を負います。利用者代理人と身元引受人は同じ方であっても可能です。

## 13. 契約の解除

### (1) 利用契約者による解除

文書で30日の予告期間を置いて通知することにより、いつでも契約解除ができます。

### (2) 事業所による解除

以下の場合、一定の予告期間をおいて契約を解除することがあります。

正当な理由なく利用料その他、自己の支払うべき費用を2ヶ月以上滞納した場合。

- 1) 伝染病疾患により、他の利用者の生活また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、かつ利用者の退去の必要があるとき。
- 2) 利用者の行動が他の利用者の生活、または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないと事業所が判断したとき。
- 3) 利用者が、病気の治療等1ヶ月以上施設を離れることが決まり、その移動先が受入可能となったとき。または施設を離れた期間が効果的に1ヶ月以上となったとき。
- 4) 利用者又は、利用者代理人が故意に法令その他本契約の条項に重大な違反をして、改善の見込みがないとき。

## 14. 非常災害時の対策

サービス提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業員は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は日常的に具体的に対処方法、避難経路及び協力医療機関との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。

- 1) 非常災害提供に備えて必要な設備を設け、防災、避難に関する計画を作成する。
- 2) 非常災害に備えて、少なくとも年2回は避難、救出その他必要な訓練等を行う。

近隣との協力関係	近隣住民や町内会と連携し、非常時の相合の応援を約束しています。
----------	---------------------------------

平常時の訓練等	年の2回は、避難・防災等の訓練を職員、利用者共に参加して実施します また、消防署より年2回の検査実施と施設側より年1回の報告を行います。			
防 災 設 備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	32個	屋内消化栓	5個
	煙感知器	15個	屋外消火栓	1個
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	3個	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
	施設内のカーテン等は、防煙性能のあるものを使用しております。			

## 15. 秘密保持等

### (1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業所及び事業所の従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後も継続します。

### (2) 従業者に対する秘密の保持について

就業規則にて従業者は、サービス提供をする上で、知り得た利用者及びその家族に関する秘密保持する義務を規定しています。また、その職を辞した後にも秘密の保持の義務があります。

### (3) 指定居宅介護事業者等に対して、入居者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により入居者またはその家族の同意を得る。

## 16. 衛生管理

### (1) 事業所の設備及び備品等については、消毒等の衛生的な管理に努めています。

また、空調設備により適温の確保に努めます。従業員の健康管理を徹底し、従業員の健康状態によっては、利用者との接触を制限する等の措置を講じるとともに、従業員に対して手洗い、うがいを励行する等、衛生教員の徹底を図っています。

## 17. 運営推進会議の概要

### (1) 運営推進会議の目的

認知症対応型共同生活介護に関して活動状況を報告し、運営推進会議の委員から評価、要望、助言等を受け、サービスの質の確保及び適切な運営ができるように設置します。より地域に開かれた事業所を目指します。

### (2) 開催時期

おおむね2ヶ月に1回以上開催します。

## 18. 高齢者虐待防止について

### (1) 高齢者虐待防止等のための取組み

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に上げるとおり必要な措置を講じます。

- 1) 研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- 2) 個別支援計画の作成にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- 3) 従業員が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努める。

## 19. 事故発生時の対応

当施設において、利用者に対するサービスの提供により、事故が発生した場合は、迅速に必要な措置を講じるとともに、管理者に報告し、速やかに利用者の家族等、に連絡を行う。また、事故の状況及び事故に際してとった処遇について記録する。

## 20. 身体拘束等について

### (1) 身体拘束等の禁止

事業所及びサービス従業者は、契約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得ない場合を除き、身体的拘束その他契約者の行動(以下「身体的拘束」)を制限しません。

### (2) 緊急やむ得ない場合の検討

緊急やむ得ない場合に該当する、以下の要件をすべて満たす状態であるか、管理者、計画作成担当者、介護職員で構成する「身体拘束廃止委員会」で検討会議を行います。

個人では判断しません。

- 1) 当該利用者又は、他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる危険性が著しく高い場合
- 2) 身体抑制その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない。
- 3) 身体抑止、その他の行動制限が一時的である。

### (3) 家族への説明

緊急やむ得ない場合は、予め利用者の家族に身体拘束等の内容、目的、理由、拘束の時間帯、期間等を詳細に説明し、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期間内においてのみ行うものとしします。

### (4) 身体拘束の記録

身体拘束を行う場合には、上記の検討会議録、利用者の家族への説明、経過観察や再検討の結果等を記録します。

### (5) 再検討

身体的拘束等を行った場合は、日々の心身の状態等の経過観察を行い「身体拘束廃止委員会」で検討会議を行い、拘束の必要性や方法に関する再検討を行い、要件に該当しなくなった場合は、直ちに身体拘束等を解除します。また、一時的に状態を観察する等の対応も考えます。



## 21. 苦情処理の体制

- (1) 苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じて訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。対応方法に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行います。(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します)
- 苦情又は相談については、事業所として苦情相談の内容・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

### (2) 事業所苦情相談窓口

苦情受付窓口      管理者 崎原 栄子

利用時間	月～金 8時30分～17時30分
連絡先	電 話 098－923－1627
苦情ボックス	施設内に設置

### (3) 行政機関その他苦情受付機関

北谷町役場 高齢福祉課	所 在 地:沖縄県中頭郡北谷町桑江1丁目1番1号 電話番号:098－936－1234(内線 236/237) 受付時間:8:30～17:00
沖縄県介護保険 広域連合	所 在 地:沖縄県中頭郡読谷村字比謝缸55番地 比謝缸複合施設2階 電話番号:098－911－7502 受付時間:9:00～17:00(土・日・祝日除く)
国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課	所 在 地:沖縄県那覇市西3丁目14番18号 電話番号:098－860－9026 受付時間:9:00～17:00(土・日・祝日除く)

(利用者の意見を把握する為意見を把握する体制,第三者による評価の実施状況等)

第三者による評価の実施状況	1 あり      実施日 令和7年3月27日 評価期間名称 (株)沖縄タイム・エージェント 結果の開示 1 あり      2 なし  2 なし
---------------	---

重要事項説明書の説明年月日

令和      年      月      日

上記の内容について「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)第88条により準用する第9条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者名 (株)ベストビジネスコミュニケーション  
所在地 沖縄県北谷町吉原1180-1番地  
代表者 與儀 政作 印  
電話番号 098-923-1627  
事業所名 認知症対応型グループホーム 結の郷  
管理者 崎原 栄子 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定認知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

家族・代理 住 所  
氏 名 印