

# 指定認知症対応型（予防）共同生活介護事業所

## やすらぎホーム富田 重要事項説明書

令和 8 年 7 月 1 日現在

### 1. 当事業所が提供する認知症対応型共同生活介護についての相談窓口

医療法人 仙台医療福祉会「やすらぎホーム富田」

電話 022-397-6553（受付時間 午前 8 時 30 分 ～午後 5 時 30 分）

### 2. 医療法人 仙台医療福祉会「やすらぎホーム富田」の概要

#### （1）事業の目的

本事業は、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、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活のなかでの心身の機能訓練を行うことにより、安心と、尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とする。

#### （2）運営の方針

- ① 事業所において提供する認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。
- ② 利用者の意思及び人格を尊重し、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、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
- ③ 利用者及び家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。
- ④ 当事業所に置ける基本理念のもと、利用者・家族と医師の診断（医学的に回復の見込みがないと判断したとき）の看取りを希望される場合は、医療機関の連携をはかり、ケアに携わる他職種協力体制のもとで、利用者・家族の支援を最期の時点まで行う。看取りに関するグループホームサービス計画書を作成し、適宜利用者・家族への説明を行い、サービスを提供する。

※（予防）適切な介護技術をもってサービスを提供する。

- ⑤ 適切な介護技術をもってサービスを提供する。
- ⑥ 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。

#### （3）提供できるサービスの種類

- ① 食事・排泄・入浴等の介助
- ② 洗濯・居室の整備等の生活介護
- ③ 健康管理・服薬管理
- ④ レクリエーション
- ⑤ 相談・援助

#### (4) サービスの内容

- ① 居室 全室個室
- ② 食事 朝食 午前7時30分～午前8時30分  
昼食 正午～午後1時  
夕食 午後6時～午後7時
- ③ 入浴 最低でも2回/週（体調による）
- ④ 健康管理 バイタルチェックを行い、異常がある場合には主治医もしくは協力医療機関にて診察し対処します。
- ⑤ レクリエーション 毎月予定を立てて実施します。大きな行事などは、ユニット合同で行います。

#### (5) サービスの対象

要介護者で認知症の状態にあり、共同生活住居での共同生活ができる方。

#### (6) 事業所の職員体制・職務内容

##### 【壱番館ユニット】

| 区分      | 資格                  | 人員   | 兼務    |
|---------|---------------------|------|-------|
| 管理者     | 介護支援専門員・介護福祉士       | 1名   | 1名 ※1 |
| 計画作成担当者 | 介護支援専門員             | 1名   | 1名 ※3 |
| 看護責任者   | 看護師                 | 1名   | 1名 ※2 |
| 介護職員    | 介護福祉士・介護職員初任者研修修了者他 | 6名以上 | 1名    |
| 計       |                     | 9名以上 |       |

##### 【式番館ユニット】

| 区分      | 資格                  | 人員   | 兼務    |
|---------|---------------------|------|-------|
| 管理者     | 介護支援専門員・介護福祉士       | 1名   | 1名 ※1 |
| 計画作成担当者 | 介護支援専門員             | 1名   | 1名 ※3 |
| 看護責任者   | 看護師                 | 1名   | 1名 ※2 |
| 介護職員    | 介護福祉士・介護職員初任者研修修了者他 | 6名以上 | 1名    |
| 計       |                     | 9名以上 |       |

※1 壱番館・式番館の管理者を兼務。

※2 壱番館・式番館の看護責任者を兼務。

※3 計画作成担当者は管理者と兼務。

上記に定める当事業所従業員の職務内容は次の通りとする。

- ① 管理者は、業務の管理及び従業者等の管理を一元的に行う。
- ② 計画作成担当者は、適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成するとともに、連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院との連携調整を行う。
- ③ 看護責任者は、利用者の健康管理及び服薬管理と関係医療機関との連携を図る。
- ④ 介護職員は、利用者に対し必要な介護及び支援を行う。

(7) 職員の勤務体制

| 勤務体制 | 勤務時間                  | 人数    |
|------|-----------------------|-------|
| 早番   | 7 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0   | 各 1 名 |
| 日勤   | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0   | 各 1 名 |
| 遅番   | 1 1 : 0 0 ~ 2 0 : 0 0 | 各 1 名 |
| 当直   | 1 6 : 3 0 ~ 翌 9 : 3 0 | 各 1 名 |

(8) 事業所設備の概要

【壺番館】

|     |        |     |     |
|-----|--------|-----|-----|
| 定 員 | 9 名    | 居 間 | 1 室 |
| 居 室 | 個室 9 室 | 台 所 | 1 室 |
| 浴 室 | 1 室    | 脱衣所 | 1 室 |
| 食 堂 | 1 室    | 事務所 | 1 室 |

【式番館】

|     |        |     |     |
|-----|--------|-----|-----|
| 定 員 | 9 名    | 居 間 | 1 室 |
| 居 室 | 個室 9 室 | 台 所 | 1 室 |
| 浴 室 | 1 室    | 脱衣所 | 1 室 |
| 食 堂 | 1 室    | 事務所 | 1 室 |

※1ユニット（定員9名）×2ユニット＝定員18名

(9) 協力医療機関

医療法人 仙台医療福祉会 仙台富沢病院

〒982-0037

仙台市太白区富沢西4丁目13-2

TEL022 (307) 3375

〒982-0801

すずめ歯科

仙台市太白区八木山本町1丁目13-6 動物公園前医療モール2階

TEL022 (305) 3033

3. 利用料金

(1) 基本料金

グループホーム利用料（1日あたり）

| 区分   | 単位数   | 1割負担の方 | 2割負担の方 | 3割負担の方 |
|------|-------|--------|--------|--------|
| 要支援2 | 749単位 | 769円   | 1,538円 | 2,308円 |
| 要介護1 | 753単位 | 773円   | 1,547円 | 2,320円 |
| 要介護2 | 788単位 | 809円   | 1,619円 | 2,428円 |

|      |        |       |         |         |
|------|--------|-------|---------|---------|
| 要介護3 | 812 単位 | 834 円 | 1,668 円 | 2,502 円 |
| 要介護4 | 828 単位 | 850 円 | 1,701 円 | 2,551 円 |
| 要介護5 | 845 単位 | 868 円 | 1,736 円 | 2,603 円 |

当施設は介護保険制度上の地域加算区分6級地に属しており、1単位あたりの単価は、10,27円となっております。

○初期加算 : 1日あたり30単位（入居後30日に限る）

○医療連携体制加算Ⅰイ : 1日あたり57単位（要介護のみ）

○生産性向上推進体制加算Ⅱ : 1月あたり10単位

○介護職員処遇改善加算Ⅱロ : 所定単位数×加算率22.0%

○利用者の入院期間中の体制 : 1日あたり246単位（1月に6日を限度とする）

※利用者が認定申請中または介護保険料滞納により償還払い（一旦、施設が10割支払う方式）となる場合があります。

●食事材料費 : 1日あたり1,236円（1食あたり412円）

●居室料 : 1日あたり1,710円

●光熱水費 : 1日あたり750円

●寝具レンタル代 : 1日あたり50円

※外泊、入院時であってもその間の居室料は発生致します。

※寝具レンタルはお申し込みがあった場合のみ発生致します。

## （2）その他

行事参加費、理美容代、オムツ代、病院の診察代、お薬代などは別途料金が掛かります。

## 4. サービスの利用方法

### （1）サービスの利用開始

相談窓口で受け付け、グループホームサービス計画書作成と同時に契約を結びサービスの提供を開始致します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

### （2）サービスの終了

#### ① 利用者のご都合で終了する場合

サービスの終了を希望する3週間前までのお申し出ください。

#### ② 事業所の都合で終了する場合

人員不足でやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は1か月前までに文書で通知致します。

#### ③ 次の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。

○ 利用者が当事業所を退居されたとき

○ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護区分が要支援1又は非該当（自立）と認定された場合

○ 利用者が亡くなられた場合

④ その他

当事業所が正当な理由なく介護サービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当法人が破産した場合、利用者は文書で通知することによって即座にサービスを終了することができます。

## 5. 緊急時の対応方法

- (1) 事業所は、利用者が病気または怪我等により検査、治療が必要となった場合は利用者の主治医または協力医療機関において必要な治療等が受けられるよう支援します。
- (2) 事業者は、利用者に健康上の急変があった場合は適切な医療機関との連絡を取り、救急治療あるいは緊急入院が受けられるように致します。
- (3) 事業者は、サービス供給体制の確保並びに夜間に置ける緊急時の対応の為に、記載の医療機関と連携を取っていきます。

## 6. サービス内容に関する苦情

(1) 利用者からの相談・苦情は

医療法人 仙台医療福祉会「やすらぎホーム富田」までお願い致します。

電話：022—397—6553

苦情受付担当者 結城 智範

苦情解決責任者 結城 智範

(2) その他

当事業所以外に相談・苦情窓口等に苦情を伝えることもできます。

- |                  |          |                  |
|------------------|----------|------------------|
| ○ 太白区役所          | 介護保険課    | 022—247—1111 (代) |
| ○ 青葉区役所          | 介護保険課    | 022—225—7211 (代) |
| ○ 宮城野区役所         | 介護保険課    | 022—291—2111 (代) |
| ○ 若林区役所          | 介護保険課    | 022—282—1111 (代) |
| ○ 泉区役所           | 介護保険課    | 022—372—3111 (代) |
| ○ 宮城県国民健康保険団体連合会 |          | 022—222—7700     |
| ○ 宮城県社会福祉協議会     | 運営適正化委員会 | 022—716—9674     |

## 7. 非常災害対策

- (1) 非常災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講ずる。また、管理者は日常的に具体的な対処法、避難経路及び協力医療機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとる。
- (2) 非常災害に備え、定期的に地域の協力機関等と連携を図り避難訓練を行う。

#### 8. 事故発生時の対応

サービス提供時に事故が発生した場合には、速やかに主治医・協力医療機関へ連絡し応急処置を行うとともに利用者の家族に連絡をします。併せて市町村・介護予防支援事業所（地域包括支援センター）に報告します。尚、事故発生時に関わる対応の流れにつきましては別紙参照願います。

#### 9. 第三者評価委員会の実施状況

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

医療法人 仙台医療福祉会「やすらぎホーム富田」サービス提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面について重要な事項を説明致しました。

令和        年        月        日

事業者

所在地            宮城県仙台市太白区富田字八幡中 1－2

名称              医療法人 仙台医療福祉会  
やすらぎホーム富田

事業所番号       0 4 9 5 4 0 0 8 6 3

説明者            氏名\_\_\_\_\_ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から医療法人 仙台医療福祉会「やすらぎホーム富田」についての重要事項の説明を受けました。

令和        年        月        日

ご利用者        住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_ 印

ご家族            住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_ 印