

### (3) 重要事項説明書（認知症対応型共同生活介護サービス）

あなたに対する認知症対応型生活介護サービス提供にあたり、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. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人社団洗心
主たる事務所の所在地	千葉県松戸市新田21-2
法人種別	医療法人社団
代表者の氏名	理事長 島村 善行
電話番号	047-308-5546

#### 2. ご利用ホーム

ホームの名称	和名ヶ谷 ほたるの里
ホームの所在地	千葉県松戸市和名ヶ谷664-1
市町村指定番号	1291200598
ホーム長の氏名	田中 忠義
電話番号	047-712-1012
ファクシミリ番号	047-712-1013

#### 3. ホームの目的と運営の方針

ホームの目的	認知症である利用者が可能な限り共同生活住宅において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、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、利用者の心身機能の維持向上を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上できるように支援することを目的とします。
運営の方針	<p>①ホームが提供するサービスは介護保険法令及び厚生労働省通知などの内容に従ったものとし、サービスの実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。</p> <p>②スタッフは、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、家庭的な事業所において地域住民との交流の下、入浴、排泄、食事の介助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援助を行うものとする。</p> <p>③ホームは、身体拘束その他利用者の行動を制限するようなことは行わないものとする。ただし、利用者または他の利用者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合は、この限りではないものとする。しかし、その場合には速やかに介助に努めると共に理由を利用者に説明し、理由及び一連の経過を利用者の代理人等へ報告するとともに記録するものとする。</p> <p>④事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保険、医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p>

4. ホームの概要  
共同生活介護

敷地	2048.19㎡	
建物	構造	準耐火構造
	延床面積	712.16㎡
	利用定員	18名

(1)居室

居室の種類	室数	面積	1人あたり面積
個室	18	178.74㎡	9.93㎡

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積	特色
食堂	2	130.82	
機能訓練室			
一般浴室	2		リフト装置2基設置
機械浴室			
洗面所	1階4箇所		
便所	1階6箇所 (ウオシュレット設備有)		

5. 職員体制

従業者の職種	員数	区分			
		常勤		非常勤	
		専従	兼務	専従	兼務
ホーム長	1		1		
介護職員	8	8		8	
介護支援専門員	1		1		

6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
ホーム長	常勤兼務	4週8休
介護職員	常勤又は非常勤	4週8休又はシフトによる
介護支援専門員	常勤兼務	4週8休

7. ホームサービスの概要と利用料 (法定代理受領を前提としています。)

(1) 介護保険給付によるサービス

サービスの種別	内 容	自己負担額
排せつ	自立排せつか、時間排せつか、おむつ使用について利用者の状況にあわせて具体的に記載。	
入浴・清拭	入浴日 入浴時間 適時 清拭は入浴日以外は毎日、入浴日でも入浴しない方はタオルで体をおふきします。	
離床	寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。	
着替え	毎朝夕の着替えのお手伝いをします。	
整容	身の回りのお手伝いをします。	
シーツ交換	シーツ交換は適時行います。	
寝具の消毒	寝具の消毒は適時行います。	

洗濯	必要に応じて衣類の洗濯を行います。	介護報酬の1～3割をお支払いただきます。
機能訓練	機能訓練指導員による機能訓練をあなたの状況にあわせて行います。	
健康管理	外部の医療機関に通院する場合はできる限り介添えにご協力します。	
娯楽等		
介護相談	入所者とその家族からのご相談に応じます。	

### (2) 食事 (食費)

食事	<p>食事時間  朝食7時～8時まで  昼食12時～13時まで  夕食17時～18時まで  食事場所 共用リビング  できるだけ離床して食堂でお食ください。  食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談ください。</p>	負担限度額 (1日あたり) 金 1450円
----	--	--------------------------

#### (入居者の入退院支援の取組)

<ア>入院後3カ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、1月に6日を限度として一定単位の基本報酬の算定を認める。

246単位/日 (新設)

<イ>医療機関に1カ月以上入院した後、退院して再入居する場合も初期加算の算定を認める。

初期加算30単位/日 (変更なし)

算定要件等

<ア>

○入居者が、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後三月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保していること。

○上記の体制を確保している場合には、入居者が病院又は診療所への入院を要した場合に、1月に6日を限度として算定を認める。

<イ>

○初期加算の算定要件として以下の要件を加える。

「30日を超える病院又は診療所への入院の後に指定認知症対応型共同生活事業所に再び入居した場合も、同様とする」

### (3) 居室 (居住費)

当施設には下記の種類の居室があります

居室の種類	内 容
個室	介護ベッド設置済み

(4) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容	自己負担額
理髪・美容	頻度、内容を具体的に記載。	掲示の料金表のとおりです。
喫茶室等		掲示の料金表のとおりです。
レクリエーション行事	当ホームでは、レクリエーション行事として、つぎの行事を行っております。参加されるか否かは任意です。	実費をご負担いただきます
日常生活品の購入代行	衣服、スリッパ、歯ブラシ等日用品の購入の代行をさせていただきます。	
特別な食事	ご希望に応じて、特別食のご用意ができます。	実費をご負担いただきます
金銭管理サービス	銀行通帳、実印等の保管サービスのほか、公共料金等の支払等代行サービスを行います。ご利用されるか否かは任意です。ご利用頂く場合には別途ご契約が必要です。	別途契約書のとおり、費用をご負担いただきます
その他	※日常生活に必要な物品(オムツも入ります。)入所者の方の全額負担となっておりますのでご了承ください。	

(5) 利用料が減額となる制度

利用料が減額となる制度として、下記のとおり制度があります。詳しくは職員が説明致します。	

8. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設ご利用相談室（窓口担当者 松原、電話 047-712-1012）までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

9. 介護保険課給付班

サービスに関する苦情等は、下記でも受け付けておりますのでご利用下さい。

名称	松戸市介護保険課給付班
所在地	松戸市役所
電話番号	047-366-7067
ファクシミリ番号	
受付時間	9:00～17:00

10. 協力医療等機関

医療機関の名称	島村トータルケアクリニック
院長名	島村善行
所在地	千葉県松戸市松戸新田21-2
電話番号	047-308-5546

11. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「グループホーム和名ヶ谷ほたるの里消防計画」に則り対応を行います。
近隣との協力関係	和名ヶ谷町内会と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。
平常時の訓練	別途定める計画に則り年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。
防災設備	<p>                     スプリンクラー…○                      消火器…○                      自動火災報知器…○                      誘導灯…ガス漏れ報知器…○                      非常通報装置…○                      該当するものに○印を                      カーテン布団等は、防災性能のあるものを使用しております。                 </p>
消防計画等	松戸消防署への届出日 令和3年6月1日 防火管理者 田中 忠義

1 2. 当ホームご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	面会時間 6時～20時 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください、来訪者か宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください
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、弁償していただくことがあります、
喫煙・飲酒	飲酒・喫煙は決められた場所以外ではお断りします。
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、他の入所者の許可なく、その居室等に立ち入らないようにしてください
所持品の管理	貴重品のお持ち込みはご遠慮願います。
現金等の管理	
宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

私は、本書面に基づいて、乙の職員（職名 氏名 ）から上記重要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）

氏 名 印  
住 所

（署名代行者）

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

氏 名 印  
住 所

（利用者の家族等）

氏 名 印  
住 所  
続 柄