

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、厚生省令第37号第173条8条に基づいて、当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	蒲郡市鹿島町大迫22-53
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	0533-66-2122

2 ご利用施設

事業者の名称	アットホーム平田		
事業者の所在地	蒲郡市平田町上六反田1-1		
管理者	近藤 美保		
電話番号	0533-56-7523	0533-56-7534	
FAX番号	0533-56-7523	0533-56-7538	

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業者の種類	愛知県知事の事業者指定		
	指定年月日	指定番号	利用定数
通所介護	平成28年9月1日	愛知県 2373301197	43人

4 事業の目的と運営の方針及び利用対象者

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。
利用対象者	1) 要支援2以上の方で、認知症であると医師より診断された方 2) 自傷他害の恐れがなく、共同生活を営むのに支障がない方 3) 日常的に医療的管理が必要でない方

5 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地	2773.63㎡	
建物	構造	鉄骨造り2階建(準耐火建築物)

延べ床面積	1495.24 m ² (専有部 414.28 m ²)
利用定員	1F 9名 2F 9名 計18名

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積	1人当りの面積
食堂・居間	2室	124.2 m ²	6.9 m ²
浴室	2室	17.46 m ²	0.96 m ²
便所	6箇所	19.89 m ²	
居室	18室	165.6 m ²	9.2 m ²

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	4		14	
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 1F：6時00分～19時 2F：7時00分～19時</p> <p>夜間 原則として職員1名あたり 入所者9名をお世話します。 *夜勤職員2人態勢</p> <p>入所者9名あたり24時間勤務（例8時間労働×3名） 以上の体制でお世話します。</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
日常生活の介助 ・利用者の状態に応じ	・利用者の身体状況に配慮した生活援助を行ないます。	介護報酬の告示上の額

て最大限の協力をさせていただきます。		
排泄の介助 ・利用者の状態に応じて最大限の協力をさせていただきます。	<ul style="list-style-type: none"> ・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、必要に応じて交換を行います。 	
入浴の介助 ・利用者の状態に応じて最大限の協力をさせていただきます。	<ul style="list-style-type: none"> ・週5回の入浴または清拭を行います。 ・座位のとれない方は機械を用いての入浴も可能です。機械浴の場合は原則として週2回の入浴となります。 	
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・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。 ・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。 ・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。	
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。	

(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"> ・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。 ・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。 ・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。 	1日1,450円

	<ul style="list-style-type: none"> ・(食事時間) おおむね 朝食 7:30~8:30 昼食 12:10~13:10 夕食 17:30~18:30 といたします。 朝食 400円 昼食 550円 夕食 500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 42,000円
建物管理・設備管理及び電気、水道、冷暖房の提供	・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、冷暖房を提供します。	共益費 1ヶ月 30,000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 1時間ごと 2,000円
理容サービス	・毎月1回出張理髪店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 実費
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。	・介護ベッド 1ヶ月2,000円 ・一般ベッド 1ヶ月1,000円
日常生活費	日常生活に必要な消耗品等を提供します	1ヶ月6,000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。

(3) 介護保険給サービス

介護保険法に基づく基本単位及び加算(別紙にて)

10 苦情等申立先

当施設ご利用相談室	窓口担当者 管理者 近藤 美保 ご利用時間 毎日午前9時~午後6時 ご利用方法 電話 0533-56-7523 (当施設) 面接場所 当施設
蒲州市介護保険相談窓口	電話:(0533) 66-1105
東三河広域連合介護保険課	電話:(0532) 26-8471
愛知県国民健康保険団体連合会	電話:(052) 971-4165

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 19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	有・無	設備名称	有・無
	非常階段	有	防火扉・シャッター	有
	自動火災報知器	有	屋内消火栓	有
	誘導灯	有	非常通報装置	有
	ガス漏れ報知機	有	漏電火災報知機	有
	非常用電源	有	スプリンクラー	有
消防計画等	消防署への届出日：平成28年4月25日 防火管理者：内藤豊			

13 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	いつでも面会出来ます。但し19:00以降の面会時はご一報下さい。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。
嘱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	基本的には管理致しません。
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	施設内への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状況

実施の有無	有
実施した直近の年月日	令和 6年 2月 13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・急変発生時は、日中・夜間の非常災害時マニュアル、緊急マニュアルを基に、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 _____