

## (介護予防) 認知症対応型共同生活介護

### 重 要 事 項 説 明 書

#### 1. 事業主体の概要

|                 |                                                                                                                                                                                        |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業主体名           | 社会福祉法人 いわみ福祉会                                                                                                                                                                          |
| 法人の種類           | 社会福祉法人                                                                                                                                                                                 |
| 代表者名            | 理事長 室 崎 富 恵                                                                                                                                                                            |
| 所在地             | 島根県浜田市金城町七条ハ5 5 9 番地 2                                                                                                                                                                 |
| 法人の理念           | ごくごく当たり前の生活を奪うことなく人としての尊厳にふさわしいサービスの実現のために<br>・人として重んじられる施設づくりを行います。<br>・福祉や人についての誤った考え方を変えていきたいと考えます。<br>・利用者のもつ可能性を追い求め続けたいと考えます。<br>・地域の必要性に応じて生きたいと考えます。<br>・地域とのつながりを大切にしたいと考えます。 |
| グループホーム モモの基本理念 | 私たちは、本人・家族とのつながりを大切に、笑顔のあふれる居場所を作ります。                                                                                                                                                  |
| 他の介護保険関連の事業     | 特定施設入居者生活介護事業「ミレ青山」<br>通所介護事業「青山デイサービスセンター」<br>訪問介護事業「青山ヘルパーステーション」<br>居宅介護支援事業所「青山介護支援事業所」<br>小規模多機能居宅介護事業所「モモ」併設                                                                     |

#### 2. ホームの概要

|          |                                                                                                                                    |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ホーム名     | グループホーム モモ                                                                                                                         |
| ホームの目的   | 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、家庭的な環境のもとで日常生活の世話及び日常生活の中で心身の機能訓練を繰り返すことにより、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して生活を営むこと、能力の維持向上ができるよう支援することを目的とします。 |
| ホームの運営方針 | 介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとします。                                                                                            |

|                    |                                                                    |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------|
| ホームの責任者            | 管理者 田中 恵子                                                          |
| 開設年月日              | 平成20年 7月 1日                                                        |
| 保険事業者指定番号          | 3290600034                                                         |
| 所在地、電話・FAX 番号      | 〒699-3162 島根県江津市敬川町1230番地1<br>(電話) 0855-53-5002 (FAX) 0855-53-5055 |
| 定 員                | 9名                                                                 |
| 交通の便               | J R山陰本線 敬川駅より徒歩5分                                                  |
| 敷地概要（権利関係）         | 法人所有地                                                              |
| 建物概要（権利関係）         | 法人所有 構造：木造瓦葺平屋建 延床面積：262.5㎡                                        |
| 居室の概要              | 全個室の床面積 12.15㎡(9室)                                                 |
| 共用施設の概要            | 玄関・ホール・事務室・・・小規模多機能型居宅介護事業所と共用                                     |
| 緊急対応方法             | 花田クリニック・済生会江津総合病院・多田歯科と医療の連携をとる                                    |
| 防犯防災設備<br>避難設備等の概要 | 非常灯・誘導灯の設置<br>火災警報装置 消火器の設置 スプリンクラーの設置                             |
| 損害賠償責任保険加入先        | 社会福祉法人全国社会福祉協議会 しせつの共済（㈱損害保険ジャパン）                                  |

### 3. 職員体制（主たる職員）

| 職員の職種   | 員数  | 常勤 |    | 非常勤 |    | 職務内容                              | 保有資格・研修会受講等<br>内 容                                  |
|---------|-----|----|----|-----|----|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|
|         |     | 専従 | 兼務 | 専従  | 兼務 |                                   |                                                     |
| 管理者     | 1人  |    | 1  |     |    | 事業内容の調整                           | ・介護福祉士<br>・認知症介護実践者研修受講済み<br>・認知症対応型サービス事業管理者研修受講済み |
| 計画作成担当者 | 1人  |    |    |     | 1  | サービスの調整・相談業務                      | ・介護支援専門員<br>・認知症介護実践者研修受講<br>・認知症介護実践リーダー研修受講済み     |
| 介護従業者   | 16人 | 3  | 8  | 4   | 1  | 日常生活の介護・相談業務                      | ・介護福祉士・ヘルパー2級<br>・認知症介護実践者研修受講<br>・認知症介護基礎研修受講      |
| 看護師     | 1人  | 1  |    |     |    | 日常の健康管理オンコール体制による相談<br>(併設事業所と兼務) | ・看護師<br>・主任介護支援専門員                                  |

### 4. 勤務体制

|       |                                                                    |
|-------|--------------------------------------------------------------------|
| 昼間の体制 | 3～4人（うち早出 6:00～ 15:00 1人、 日勤 8:00～19:00 1～2人<br>遅出 12:00～21:00 1人） |
| 夜間の体制 | 1人 宿直・夜勤の別：夜勤                                                      |

### 5. 入居に当たっての留意事項

|                 |                                                                                                                |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 面 会             | 来訪者は、面会の都度職員に届け出て下さい。宿泊される方は、必ず許可を受けてください。来訪者名簿への記入もお願いいたします。                                                  |
| 外 出             | 外出・外泊前に必ず行き先と帰省予定日時、食事の有無を届けてください。                                                                             |
| 居住・居室の利用        | この共同生活住居の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は賠償して頂くことがあります。                                        |
| 迷惑行為            | 騒音発生等の他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。承諾無しに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。                                                          |
| 所持金（現金）<br>貴重品等 | 金銭管理は1万円を限度とした預かり金とします。貴重品については、ご家族のいない方で本人が管理できない場合のみお預かりし、管理します。<br>＊ 利用者預かり金管理規約参照<br>所持品にはすべて名前を書いていただきます。 |
| 宗教活動・政治活動       | 事業所内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。                                                                              |

|      |                                                                                       |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 動物飼育 | 事業所内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。                                                           |
| 食事時間 | 朝食：7：00～8：30<br>昼食：12：00～13：30<br>夕食：17：30～19：00<br>食事時間は個人個人の身体状況、希望等に合わせ柔軟な対応を致します。 |

## 6. サービスおよび利用料等

### (1) サービスの内容

- ア 入浴、排泄、食事、着替え等の介護
- イ 日常生活上の世話
- ウ 日常生活の中での機能訓練
- エ 相談・援助
- オ その他利用者に対する便宜の提供

### (2) 介護保険対象サービスの利用料

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度、利用者負担割合に応じて異なります。また、介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。）

ア 認知症対応型共同生活介護利用料※利用者負担の割合が1割～3割の場合の金額をご提示しています。

|       | 1日当たりの<br>利用料金 | 介護保険適用時の<br>1日あたりの自己負担額 |        |        |
|-------|----------------|-------------------------|--------|--------|
|       |                | 1割の場合                   | 2割の場合  | 3割の場合  |
| 要支援2  | 7,610円         | 761円                    | 1,522円 | 2,283円 |
| 要介護度1 | 7,650円         | 765円                    | 1,530円 | 2,295円 |
| 要介護度2 | 8,010円         | 801円                    | 1,402円 | 2,403円 |
| 要介護度3 | 8,240円         | 824円                    | 1,648円 | 2,472円 |
| 要介護度4 | 8,410円         | 841円                    | 1,682円 | 2,523円 |
| 要介護度5 | 8,590円         | 859円                    | 1,718円 | 2,577円 |

### イ 初期加算

初期加算は、入所した日から起算して30日以内の期間について、入院・外泊期間を除き加算します。また、30日を超える入院ののちに再入所された場合についても同様となります。

| 1日当たりの利用料金 | 介護保険適用時の<br>1日あたりの自己負担額 |       |       |
|------------|-------------------------|-------|-------|
|            | 1割の場合                   | 2割の場合 | 3割の場合 |
| 300 円      | 30 円                    | 60 円  | 90 円  |

ウ 退去時相談援助加算

グループホームを退居される場合、自宅や地域での生活を継続できるよう相談援助を行います。

| 1回当たりの利用料金 | 介護保険適用時の<br>1回あたりの自己負担額 |       |        |
|------------|-------------------------|-------|--------|
|            | 1割の場合                   | 2割の場合 | 3割の場合  |
| 4,000 円    | 400 円                   | 800 円 | 1200 円 |

エ 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ（要介護1～5の利用者のみ対象）

看護師を24時間連絡可能な体制とし、「重度化対応・終末期ケア対応指針」に基づき対応いたします。

| 1日当たりの利用料金 | 介護保険適用時の<br>1日あたりの自己負担額 |       |       |
|------------|-------------------------|-------|-------|
|            | 1割の場合                   | 2割の場合 | 3割の場合 |
| 370 円      | 37 円                    | 74 円  | 111 円 |

オ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）

認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者割合が50%以上となり、認知症介護に係る専門的な認知症ケアを実施する体制が整っています。

| 1日当たりの利用料金 | 介護保険適用時の<br>1日あたりの自己負担額 |       |       |
|------------|-------------------------|-------|-------|
|            | 1割の場合                   | 2割の場合 | 3割の場合 |
| 30 円       | 3 円                     | 6 円   | 9 円   |

カ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

当事業所の介護従事者の総数のうち、介護福祉士占める割合が50%以上配置され、厚生労働省の定める人員基準に適合している体制が整っています。

| 1日当たりの利用料金 | 介護保険適用時の<br>1日あたりの自己負担額 |       |       |
|------------|-------------------------|-------|-------|
|            | 1割の場合                   | 2割の場合 | 3割の場合 |
| 60 円       | 6 円                     | 12 円  | 18 円  |

キ 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）

利用料及び（イ）から（カ）該当加算の合算の17.8%を加算致します。

ク 入院期間中の体制について

入院の必要が生じ、入院後三月以内に退院することが明らかに見込まれる場合であって、利用者、ご家族の希望等により再入所できる体制を確保した場合入院中であっても一月あたり 6 日を限度として利用料をご負担いただくこととなります。

| 1 日当たりの利用料金 | 介護保険適用時の<br>1 日あたりの自己負担額 |        |        |
|-------------|--------------------------|--------|--------|
|             | 1 割の場合                   | 2 割の場合 | 3 割の場合 |
| 2,460 円     | 246 円                    | 492 円  | 738 円  |

#### ケ 協力医療機関連携加算

急変時に備え、平常時より協力医療機関との間で利用者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に行います。

| 1 月当たりの利用料金 | 介護保険適用時の<br>1 日あたりの自己負担額 |        |        |
|-------------|--------------------------|--------|--------|
|             | 1 割の場合                   | 2 割の場合 | 3 割の場合 |
| 1,000 円     | 100 円                    | 200 円  | 300 円  |

#### コ 退居時情報提供加算

医療機関へ退所した際、医療機関に対して利用者等の同意を得て入所者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供します。（1 人につき 1 回限り）

| 1 回当たりの利用料金 | 介護保険適用時の<br>1 回あたりの自己負担額 |        |        |
|-------------|--------------------------|--------|--------|
|             | 1 割の場合                   | 2 割の場合 | 3 割の場合 |
| 2,500 円     | 250 円                    | 500 円  | 750 円  |

#### サ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）

新興感染症の発生時等の体制を確保し、その他の一般的な感染症発生時等の対応を協力医療機関と連携し適切に対応致します。

| 1 月当たりの利用料金 | 介護保険適用時の<br>1 回あたりの自己負担額 |        |        |
|-------------|--------------------------|--------|--------|
|             | 1 割の場合                   | 2 割の場合 | 3 割の場合 |
| 100 円       | 10 円                     | 20 円   | 30 円   |

#### シ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）

感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から定期的に施設内での感染者が発生した場合の感染制御等に係る指導を受け適切な感染対策を行います。

| 1 月当たりの利用料金 | 介護保険適用時の<br>1 回あたりの自己負担額 |        |        |
|-------------|--------------------------|--------|--------|
|             | 1 割の場合                   | 2 割の場合 | 3 割の場合 |
| 50 円        | 5 円                      | 10 円   | 15 円   |

ス 新興感染症等施設療養費（１回/月、連続５日まで）

新興感染症のパンデミック発生時等において、施設内で感染した場合に相談対応、診療、入院調整を行う医療機関を確保し且つ感染した利用者等に適切な感染対策を行います。

| １日当たりの利用料金 | 介護保険適用時の<br>１回あたりの自己負担額 |       |       |
|------------|-------------------------|-------|-------|
|            | １割の場合                   | ２割の場合 | ３割の場合 |
| 2,400 円    | 240 円                   | 480 円 | 720 円 |

（３）介護保険対象外の利用料

|           |                            |         |
|-----------|----------------------------|---------|
| 居住費       | １日につき                      | 1,500 円 |
| 水道光熱費     | １日につき                      | 800 円   |
| オムツ代・理美容代 | 実費相当                       |         |
| 食材料費      | 朝食：320 円 昼食：540 円 夕食：540 円 |         |

\*入院・外泊時も利用居室料をご負担いただきます。

\*生活保護受給者については、居住費：１月につき37,000 円とする。

（但し、月の中途で入退所の場合は日割りとします。）

\*退去時にかかる費用（居室クリーニング・修繕は実費）

\*その他の諸費用実費負担について

・個別の電気製品持込み使用の場合は別途電気料をご負担いただきます。

ひと月あたり：冷蔵庫（コンパクト型）400 円

テレビ、電気毛布、扇風機等 300 円

（中途契約、解約の場合も日割りはいたしません。）

・ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動及び日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を実費精算で自己負担いただきます。また、医療費も自己負担となります。

・ご家族等利用者以外の方でお食事を希望される場合は実費負担をお願いします。

（朝食：400 円 昼食：700 円 夕食：700 円）

（４）利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は、１ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので翌月２０日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。尚、口座振替は利用料の翌々月の４日にご指定の預金口座より振替させていただきます。（１ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

○下記指定口座への振込み

山陰合同銀行 都野津支店 普通預金 3621898

口座名義 社会福祉法人いわみ福祉会 理事長 室崎富恵

(シャイワクホジシ イワミフクシイ リジョウ アサキトミエ)

○現金支払い

○口座振替

## 7. 身元引受人

契約締結にあたって、1名の身元引受人を指定いただきます。

契約者及び身元引受人の方には、ご利用者が治療を必要とすると施設が判断した場合に、適切な手続きをとっていただく他、入居生活を継続する為に必要な手続き等を、ご利用者に替わって行っていただきます。

入居契約が終了した後、当事業所に残されたご利用者の所持金（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合には残置物の引き取り他、契約終了時に必要な支払い債務や、引渡しにかかる費用等については、ご契約者又は身元引受人にご負担いただきます。

預かり金等がある場合、ご契約者又は身元引受人の方以外には返却できません。（ご契約者又は身元引受人の方の同意がある場合を除く）

## 8. 非常災害時の対策（火災及び風水害・地震等）

|                    |                                                                                            |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 非常災害時の対応方法         | 非常災害時には、別途定める消防計画・防災マニュアルに則して対応を行ないます。<br>災害時には、日中・夜間を問わず、近隣の高齢者福祉施設に避難していただく誘導體制を確保しています。 |
| 平常時の訓練等            | 避難訓練は年2回、利用者も参加して行ないます。                                                                    |
| 防火管理者              | 田中 恵子（併設事業所防火管理者兼務）                                                                        |
| 防犯防火設備<br>避難設備等の概要 | 非常灯・誘導灯の設置 火災警報装置、消火器の設置。<br>スプリンクラーの設置 消防機関への自動火災報知設備                                     |

## 9. 緊急時の対応方法

|                          |                                                                                                                                                      |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事故発生時や利用者の体調悪化時の緊急時の対応方法 | 利用者の体調の急変等があった場合には、かかりつけ医や関係医療機関等に連絡し、必要な処置を講ずるとともに、緊急連絡先であるご家族等に速やかに連絡をいたします。<br>利用者に対するサービス提供時に事故が発生した場合は、関係機関と協力して必要な措置を講ずるとともに、ご家族に速やかに連絡をいたします。 |
| 協力医療機関                   | 「10. 協力医療機関」参照                                                                                                                                       |

## 10. 協力医療機関

|        |              |                  |                 |
|--------|--------------|------------------|-----------------|
| 協力医療機関 | 医療法人 花田クリニック |                  |                 |
|        | 所在地          | 江津市嘉久志町イ 1668-19 | 電話 0855-52-7722 |



|          |                    |                 |
|----------|--------------------|-----------------|
| 協力歯科医療機関 | 多田歯科医院             |                 |
|          | 所在地 江津市都野津町 2283-4 | 電話 0855-53-0736 |
| 協力医療機関   | 済生会江津総合病院          |                 |
|          | 所在地 江津市江津町 1016-37 | 電話 0855-54-0101 |

### 1 1. 衛生管理

感染症対策マニュアルに基づいて対応致します。

平常時にも衛生管理を徹底し、うがい、手洗いの励行、清掃にて常に施設内を清潔な環境に保つなど感染症の予防に努めます。また、感染症に対する職員の研修を随時行い、勉強会やマニュアルの見直しなどの会議を行います。

感染症発生時には行政への報告を行い、指導を仰ぎ適切な対応を致します。

### 1 2. 秘密の保持

|                            |                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者及びその家族に関する<br>秘密の保持について | 事業者及び事業者の従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な利用なく、第三者に漏らしません。<br>この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。                                                                                                            |
| 従業者に対する<br>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うえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を保持する義務を規定しています。<br>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。                                                                                                                    |
| 個人情報の保護について                | 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。<br>事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 |

### 1 3. 身体的拘束等について

|           |                                                                                            |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 身体的拘束等の禁止 | 事業者は、当該利用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を得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。 |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

|               |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 緊急やむを得ない場合の検討 | <p>緊急やむを得ない場合は、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、看護職員、介護職員で構成する「身体拘束検討チーム」で検討します。個人では判断しません。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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可能性が著しく高い場合。</li> <li>・身体的拘束等を行う以外に代替する介護方法がないこと。</li> <li>・身体的拘束等が一時的であること。</li> </ul> |
| 家族への説明        | <p>緊急やむを得ない場合は、あらかじめ利用者の家族に、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束等の時間帯、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ます。</p>                                                                                                                                                  |
| 身体的拘束等の記録     | <p>身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。</p>                                                                                                                                                                                           |

#### 1 4．虐待防止のための取り組み

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止のため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員への周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針の整備。
- (3) 従業員に対し、虐待防止のための定期的な研修の実施。
- (4) 前(3)号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置。
- (5) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備。

事業者はサービス提供中に当該事業所従業員または養護者（ご家族様等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

#### 1 5．運営推進委員会の設置

|           |                                                                                                                  |                                     |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 運営推進会議の目的 | <p>サービス提供に関して、提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議から評価、要望、助言を受け、サービスの質の確保及び適切な運営ができるよう設置します。会議内容は施設玄関の閲覧コーナーにていつでもご覧いただけます。</p> |                                     |
| 委員の構成     | <p>利用者代表<br/>敬川地域代表<br/>知見を有する者</p>                                                                              | <p>利用者の家族代表<br/>江津市地域包括支援センター職員</p> |
| 開催時期      | <p>おおむね2ヶ月に1回開催します。</p>                                                                                          |                                     |

#### 16. 地域密着型サービス外部評価

|             |                                                                                                                                                                              |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス外部評価の目的 | 事業所は、自らその提供する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の質の評価をおこなうとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、その結果を公表し、介護の質の改善を図ります。                                                                                     |
| 実施回数        | 年1回（ただし、5年間継続実施し要件を満たした場合は2年に1回とする事が出来る。）                                                                                                                                    |
| 外部評価結果の公表   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価機関よりインターネットにより公表</li> <li>・利用者及び利用者家族への交付又は送付</li> <li>・事業所内玄関に閲覧コーナーを設置</li> <li>・市町村への評価結果等の報告</li> <li>・運営推進会議において報告</li> </ul> |

#### 17. 苦情相談機関

苦情の受付やご相談は以下の窓口で受け付けます。

苦情は面接、電話、書面などにより、苦情受付担当者が随時受け付けます。

苦情解決責任者は苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

|               |                                                                                                                                           |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当事業所苦情相談窓口    | <p>○苦情受付窓口<br/>（担当者）グループホームモモ（職名） 管理者 田中 恵子<br/>（TEL）（0855）52-7212</p> <p>○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30<br/>（また、苦情受付ボックスを事業所受付に設置しています。）</p> |
| 苦情解決責任者       | [職名] 施設長 桑原 文寿                                                                                                                            |
| 行政機関          | ○江津市役所 高齢者障がい者福祉課 TEL (0855) 52-2501<br>江津市江津町1525番地 8：30～17：15（土・日・祝日除く）                                                                 |
|               | ○浜田地区広域行政組合 介護保険課 TEL (0855) 25-1520（代）<br>浜田市殿町1番地 浜田市役所北分庁舎内<br>8：30～17：15（土・日・祝日除く）                                                    |
| 国民健康保険団体連合会窓口 | ○島根県国民健康保険団体連合会介護サービス苦情相談窓口<br>TEL (0852) 21-2811 松江市学園町1丁目7番14号<br>9：00～17：00（土・日・祝日除く）                                                  |
| 第三者委員         | <p>氏名 佐々木 康子<br/>連絡先 0855-53-0164</p> <p>氏名 川島 幸雄<br/>連絡先 0855-52-5695</p> <p>氏名 土崎 一雄<br/>連絡先 0855-53-4625</p>                           |

18. 第三者評価実施の有無 有

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基  
づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 島根県浜田市金城町七条ハ 559 番地 2  
事業者名 社会福祉法人 いわみ福祉会  
代 表 者 理事長 室 崎 富 恵 印

説明者職名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本紙面に基づいて上記の重要事項を、事業者から説明を受けたことを確認し、  
指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に同意します。

契約者 住所 \_\_\_\_\_  
(利用者)  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代理者 住所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印