

重要事項説明書

(認知症対応型共同生活介護)

(介護予防認知症対応型共同生活介護)

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

事業者の名称	社会福祉法人 市比野福祉会
事業者の所在地	鹿児島県薩摩川内市樋脇町市比野 3 2 0 0 - 1 1 8
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 銚之原律子
電話番号	0 9 9 6 - 3 8 - 1 5 1 5

2 ご利用施設

施設の名称	グループホーム きままの郷
施設の所在地	鹿児島県薩摩川内市樋脇町市比野 3 2 4 4 - 1
介護保険指定番号	4 6 7 3 6 0 0 1 0 4
介護保険指定年月日	平成 1 6 年 1 月 9 日
管理者名	宝満 めぐみ
電話番号	0 9 9 6 - 3 8 - 2 7 0 0
ファクシミリ番号	0 9 9 6 - 3 8 - 1 7 7 5

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	鹿児島県知事の事業者指定事業の種類	利用定数	基準該当サービス
	指定年月日	指定番号	
該当なし	該当なし	該当なし	

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、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と地域住民との交流のもとで入浴・排泄・食事等の日常生活の世話及び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て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します。
-------	---

施設運営の方針	<ol style="list-style-type: none"> この事業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労働省令、告示の主旨及び内容に沿ったものとします。 ご利用者様の人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ったサービス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ご利用者様の必要とする適正なサービスをご提供いたします。 ご利用者様、そのご家族様に対して、サービス内容及び提供方法について分かりやすくご説明いたします。 適切な介護技術を持ってサービスを提供いたします。 常に、ご提供したサービスの質の管理、評価を行います。
権利と義務	<ol style="list-style-type: none"> 認知症によって自立した生活が困難になったご利用者様、一人一人の状況と希望にあわせた適切な介護サービスを受ける権利があります。本事業は、これらを尊重し、守ることを誓います。 ご利用者様が主体的な決定を行えるよう支援するとともに、個人として尊重しながら、プライバシーを守り、安心と尊厳のある生活を実現するように努めます。

5 施設の概要

(1) 敷地および建物

	敷地	1738.51㎡
建物	構造	木造平屋
	延べ床面積	674.81㎡
	利用定員	18名

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積	
食堂・居間・厨房	2室	149.56㎡	
浴室	2室	9.36㎡	
居室	18室 (定員1名)	238.5㎡	平均 13.25㎡
押入	18室	28.73㎡	

(注1) 居室等の指定基準は、1人あたり7.43㎡です。

6 職員体制(主たる職員) 2ユニット

従業者の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
管理者 計画作成担当者	1 3		1 2			2.3	1以上	介護支援専門員 看護師・介護福祉士
介護職員	18	9	2	7		13.9	利用者数が3 又はその端数 を増すごとに 1以上	介護福祉士 ホームヘルパー2級

7 職務内容

(1) 管理者

管理者は、職員を指揮監督し、事業実施の管理及び運営にあたる。管理者は、業務の管理及び職員等の管理を一元的に行う。

(2) 計画作成担当者

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、連携する介護老人保健施設、介護老人福祉施設、病院等との連絡・調整を行う。介護計画の作成にあたる。

(3) 介護職員

介護職員は、利用者の介護、介助にあたる。

8 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	正規の勤務時間帯（ 8：30～17：30）常勤で勤務（原則）
計画作成担当者	正規の勤務時間帯（ 8：30～17：30）常勤で勤務（原則）
介護職員	日勤（ 8：30～17：30） 早番（ 7：00～16：00） 遅番（10：00～19：00） 夜勤（16：30～ 9：00） 半日（ 8：30～12：30、13：30～17：30）

9 営業日

サービス提供日／時間	365日／24時間
------------	-----------

10 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
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> ご利用者様を主体とした献立を作成し、栄養、バランスを考え、バラエティに富んだお食事を提供いたします。 ご利用者様とスタッフが共に楽しくお食事を摂っていただく場を提供します。 (食事時間) 朝食 6:30～ 7:30 昼食 12:00～13:00 夕食 18:00～19:00 	介護報酬の告示上の額 (ただし、法定代理受領のサービスであるときは、介護報酬告示上の額に介護保険負担割合証の割合を乗じた額とします。)
排泄の介助	<ul style="list-style-type: none"> 個別性ある適切な排泄の介助を行うと共に排泄への自立支援を行います。 	別紙 利用料金表
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> 個別性ある適切な入浴の介助を行うと共に入浴への自立支援を行います。 	
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> 生活のメリハリととらえ、残存機能を生かした個別性ある介助を提供いたします。 	
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 個別性ある身体状況の情報をとらえ、常に予防介護(例:口腔ケア、手洗いうがい、足浴、適度な運動等)を提供いたします。 	
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ご利用者様及びご家族様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努めます。 (相談窓口) 管理者 	

(2) 介護保険給付外サービス

別紙 利用料金表

(3) その他の実費料金

別紙 利用料金表

11 施設を退所していただく場合(契約の終了について)

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めてはいません。従いまして、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することはできますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご利用者様に退所していただくこととなります。

- ① 要介護の認定更新において、自立もしくは要支援1と認定された場合。

- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない自由により事業所を閉鎖した場合
 - ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
 - ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
 - ⑤ ご利用者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
 - ⑥ 施設から退所の申し出があり予告期間が満了した場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- 2 ご利用者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）
- 契約の有効期間であっても、ご利用者から当事業所からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前迄に解約届出書をご提出ください。
- ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し施設を退所することができます。
- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
 - ② ご利用者が入院された場合
 - ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
 - ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
 - ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
 - ⑥ 他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合
- 3 事業者からの申し出により退所していただく場合
- 事業者はご利用者に対し、次の各号に該当する場合には、1週間の予告期間をおいて、当施設から退所していただくことがあります。
- ① ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
 - ② サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催促にもかかわらずこれが支払われない場合。
 - ③ 伝染病・感染症等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恐れがあり、且つ、その必要があるとき。
 - ④ ご利用者の行動が他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、且つ、ご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き。
 - ⑤ ご利用者が故意に法令違反、その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき。
 - ⑥ 介護の負担が大きくなり、グループホームでの対応が難しくなったとき。

4 円滑な退所のための援助

ご利用者が当施設を退所する場合には、ご利用者の希望により事業者はご利用の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために以下の援助を行います。

- ① 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- ② 居宅介護支援事業者の紹介
- ③ その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

12 残置物引取人

入所契約が終了した後、当施設に残されたご利用者の所持品（残置物）をご利用者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。

当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

また、引渡しに係る費用については、ご利用者又は残置物引取人にご負担いただきます。

13 苦情等の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

相談・苦情窓口責任者	管理者 : 宝満 めぐみ 電話 (0996) 38-2700
相談・苦情窓口担当者	計画作成担当者: 石塚 広明
ご利用時間	毎日 午前9時～午後5時
ご利用方法	電話 (0996) 38-2700

(2) 第三者委員

上川路 長生	公認会計士	(099) 252-7070
津曲 義人	監事	090-4176-4066

(3) 行政機関その他苦情受付機関

薩摩川内市役所 高齢・介護福祉課	所在地 薩摩川内市神田町3番22号 電話番号 (0996) 23-5111 受付時間 8:30～17:15
県国民健康保険団体連合会	所在地 鹿児島市鴨池新町6番6号 電話番号 (099) 213-5122 受付時間 9:00～17:00
鹿児島県社会福祉協議会 (福祉サービス利用支援室)	所在地 鹿児島市鴨池新町1番7号 電話番号 (099) 286-2200 受付時間 9:00～16:00

* 詳細につきましては、添付してある「相談・苦情申出窓口」設置についてに記載したとおりです。

14 協力医療機関

【1】

医療機関の名称	社会医療法人卓翔会 卓翔会記念病院
理事長名	黒田 篤
所在地	鹿児島県薩摩川内市天辰町1512番地1
電話番号	(0996) 29-5900
診療科	内科、循環器内科、呼吸器内科、老年内科、外科、消化器外科、脳神経外科、整形外科、リハビリテーション科、放射線科
入院設備	ベッド数199床
契約の概要	当施設と卓翔会記念病院とは、ご利用者様希望の診断、急変に関して全面的に協力する旨の契約をしております。

医療機関の名称	社会医療法人卓翔会 市比野記念クリニック
院長名	濱畑 弘記
所在地	鹿児島県薩摩川内市樋脇町市比野3079番地
電話番号	(0996) 38-1200
診療科	内科、外科
入院設備	無
契約の概要	当施設と市比野記念クリニックとは、ご利用者様希望の診断、急変に関して全面的に協力する旨の契約をしております。

【2】

医療機関の名称	しげなが歯科医院
院長名等	重永 誠之
所在地	鹿児島県薩摩川内市平佐町1丁目135番地
電話番号	(0996) 25-3193
診療科	歯科
入院設備	無
契約の概要	当施設としげなが歯科医院とは、ご利用者様希望の診断、急変に関して全面的に協力する旨の契約をしております。

15 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「グループホームきままの郷消防計画」にのっとり対応を行います。
平常時の訓練等	別途定める「グループホームきままの郷消防計画」にのっとり、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、入所者も参加して実施します。

16 事故発生時の対応

- 1 利用者の心身の状況に異変その他、緊急事態が生じた時は、速やかに主治医或いは、協力医療機関へ連絡をし、適切な措置を講じます。
- 2 ご利用者に対し共同生活介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 3 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- 4 ご利用者に対するサービスの提供により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。

17 秘密の保持

- 1 事業者及び当施設の職員は、正当な理由がない限り、ご利用者に対する介護サービスの提供に際して知り得たご利用者本人及びご利用者の家族、身元引受人の秘密を漏らしません。
- 2 事業者は、施設の職員が退職後、就業中に業務上知り得たご利用者本人及びご利用者の家族、身元引受人の秘密を正当な理由なく、漏らすことがないように配慮します。

18 個人情報提供の同意について

サービス担当者会議等において、円滑な退所のための援助を行う等正当な理由がある場合、居宅介護支援事業者等に対してご利用者及びご利用者の家族等に関する個人情報を提供することができるものとします。

19 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。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したがってご利用下さい。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	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、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

所持品の管理	入所時にご確認いたします。貴重品等は持込をご遠慮願います。
現金等の管理	グループホーム「きままの郷預かり金規程」により管理いたします。ご利用者様の財産の管理等は行いません。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

20 利用料金のお支払い方法

ご利用料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日迄に以下の方法でお支払い下さい。(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。)

(1) 窓口での現金支払い

窓口 グループホーム きままの郷

(2) 金融機関への振込先

銀行名	鹿児島相互信用金庫 大小路支店
口座番号	普通口座 0163820
受取人	社会福祉法人 市比野福祉会 理事長 銚之原律子
受取人住所	鹿児島県薩摩川内市樋脇町市比野3200番地118
電話番号	0996-38-1515

振込み人名はご利用（ご入居）者様名でお振込下さいますようお願いいたします。

(3) 口座振替

Kネット

21 第三者による評価の実施状況

評価の実施状況	外部評価を令和7年2月4日 福祉サービス評価機構
結果の公表	WAM NET にて公表

令和7年4月1日更新

ここに、事業内容を説明したる者と説明を受けたご利用者様又は身元引受人若しくは署名代行者は双方内容確認と共に、ご利用者又は身元引受人若しくは署名代行者はサービス提供開始に同意いたします。

令和_____年_____月_____日

認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム きままの郷

【説明者】 職 名 _____

氏 名 _____

【ご利用者】 住所 _____

氏名 _____ 印

電話（携帯）番号 _____

【ご署名代行者】 住所 _____

氏名 _____ 印

電話（携帯）番号 _____

続柄 _____

【身元引受人】 住所 _____

氏名 _____ 印

電話（携帯）番号 _____

続柄 _____

【介護保険から給付されるサービス】

1、要介護度別利用料金

要介護区分	日額	月額(30日換算時)		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援 2	749 単位	22,470 円	44,940 円	67,410 円
要介護 1	753 単位	22,590 円	45,180 円	67,770 円
要介護 2	788 単位	23,640 円	47,280 円	70,920 円
要介護 3	812 単位	24,360 円	48,720 円	73,080 円
要介護 4	828 単位	24,840 円	49,680 円	74,520 円
要介護 5	845 単位	25,350 円	50,700 円	76,050 円

2、加算料金等

(加算は利用者毎に提供するサービス内容や職員配置等により異なります。
どの加算を適用するかについては個別に説明させていただきます。)

	加算項目	介護	介護 予防	単位数	1割負担	2割負担	3割負担
○	認知症行動・心理症状緊急対応加算 <small>7日 限度</small>	○	○	200 単位	200 円	400 円	600 円
○	若年性認知症利用者受入加算 (日)	○	○	120 単位	120 円	240 円	360 円
○	利用者の入院期間中の体制 <small>6日 限度</small>	○	○	246 単位	246 円	492 円	738 円
○	看取り介護加算 31日以上45日以下 (日)	○	○	72 単位	72 円	144 円	216 円
○	看取り介護加算 4日以上30日以下 (日)	○	○	144 単位	144 円	288 円	432 円
○	看取り介護加算 前日及び前々日 (日)	○	○	680 単位	680 円	1360 円	2040 円
○	看取り介護加算 当日 (日)	○	○	1280 単位	1280 円	2560 円	3840 円
○	初期加算 (日)	○	○	30 単位	30 円	60 円	90 円
◎	協力医療機関連携加算(1) (月)	○	×	100 単位	100 円	200 円	300 円
◎	医療連携体制加算(Ⅰ)ハ (日)	○	×	37 単位	37 円	74 円	111 円
○	医療連携体制加算(Ⅱ) (日)	○	×	5 単位	5 円	10 円	15 円
○	退居時情報提供加算 (1回)	○	○	250 単位	250 円	500 円	750 円
○	退居時相談援助加算 (1回)	○	○	400 単位	400 円	800 円	1200 円
○	栄養管理体制加算 (月)	○	○	30 単位	30 円	60 円	90 円
○	口腔衛生管理体制加算 (月)	○	○	30 単位	30 円	60 円	90 円
○	口腔・栄養スクリーニング加算 (月)	○	○	20 単位	20 円	40 円	60 円
◎	科学的介護推進体制加算 (月)	○	○	40 単位	40 円	80 円	120 円
◎	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) (月)	○	○	10 単位	10 円	20 円	30 円
◎	生産性向上推進体制加算(Ⅱ) (月)	○	○	10 単位	10 円	20 円	30 円
◎	サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (日)	○	○	6 単位	6 円	12 円	18 円
◎	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) (日)	○	○	178/1000 単位	178/1000 円	356/1000 円	534/1000 円

※ ◎ 原則として利用者全員に加算 ○ 対象者のみ加算

※ 介護職員等処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算は、1ヶ月間利用した基本サービスと加算サービスの単位数の合計に乗じた額が加算されます。

【介護保険から給付されない 食費・宿泊費・日常生活用品費】

	種 類	日 額	月額(30日換算)	内 容
◎	食材費	900 円	27,000 円	ご利用者様及び職員による食材の検収により、新鮮で季節感のある食材を提供します。(食事提供日のみ)
◎	住居費	1,100 円	33,000 円	個室により個々人の空間を提供いたします。 (外泊・入院等で部屋を空けておられる場合も必要となります。)
◎	水道光熱費	400 円	12,000 円	日常的な生活の中で使用する電気、ガス、水道等の使用料金となります。
○	電気代	100 円	3,000 円	個人的な電化製品も使用できます。(3品目まで)
○	日用品費	実費	実費	日常的な生活をする共同使用日用品の使用料金となります。
○	理美容代	実費	実費	出張による理美容サービスをご利用いただけます。 また、普段からお使いの理美容店を利用されてもかまいません。
○	おむつ代	実費	実費	日常におむつが必要な場合、使用量に応じていただきます。
○	その他	実費相当額	実費相当額	日常生活に係る費用の徴収が必要となった場合は、その都度ご利用者様又は、ご家族にご説明申し上げ、ご了承を得たものに限り別途お預かり、又は請求させていただきます。