

# 重要事項説明書

ご契約者に対し、認知症対応型共同生活介護サービス・介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供するに先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

## 1. 実施主体

名 称 株式会社 ウエスト  
所在地 福岡県八女郡広川町大字広川1263番3  
代表者名 代表取締役 西 祐 司  
連絡先 TEL 0942-42-1165  
FAX 0942-42-1170

## 2. 事業の目的及び運営方針

### (1) 事業の目的

グループホームかすりの里（以下「事業所」という）が行なう事業は、要支援2以上且つ認知症の状態にある者（以下「利用者」という）を、共同生活住居において家庭的環境の下、食事、入浴、排泄等の介護や日常生活上のお世話及び機能訓練を行なうことにより、利用者がその有する能力に応じた自立した生活を営むことができるように支援することを目的とする。

### (2) 運営方針

- ① 利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることが出来るよう、利用者の心身の状況を踏まえ、適切な援助・支援を行なう。
- ② 利用者がそれぞれの役割を持って、家庭的な環境の下で日常生活を送ることが出来るよう配慮し、援助・支援を行なう。
- ③ 介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮し、援助・支援を行なう。
- ④ 介護従事者はサービスの提供に当たって親切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの方法について理解しやすいように説明を行なう。
- ⑤ 介護従事者は自らその提供する介護の質の評価を行い、常にその改善を図るよう努力する。

## 3. 事業所

名 称 グループホームかすりの里  
施設区分 II型（2ユニット以上のグループホーム）  
指定番号 4098400023  
所在地 福岡県八女郡広川町大字広川字熊ノ前1263番3  
管理者 （長寿の棟）西 康 子・（天寿の棟）加納 由起子  
保有資格 介護福祉士  
連絡先 TEL 0942-42-1165 / FAX 0942-42-1170  
建 物 ・構造 木造平屋建て  
・敷地面積 1,983㎡ ・延床面積 499.57㎡  
・居室数 18室（1部屋 8.24㎡）  
・共用設備 台所2ヶ所・リビング兼食堂2ヶ所・洗面所2ヶ所  
トイレ6ヶ所・一般浴2ヶ所

#### 4. 職員体制

	常 勤		非常勤	
	専 従	兼 務	専 従	兼 務
施 設 長	1 名			
管 理 者		2 名		
計画作成担当者		1 名	1 名	
介 護 職 員	8 名以上	3 名以上	3 名以上	
看 護 師			1 名	
事 務 員			2 名	

#### 5. サービスの内容

##### (1) 食事

- ・利用者の身体状況、嗜好、栄養バランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。
- ・食材料費は給付対象外です。
- ・食事時間 朝食 8：00 昼食 12：00 夕食 18：00

##### (2) 日常生活

- ・離 床 寝たきり防止のため離床に配慮します。
- ・着 替 え 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 週に1回交換を行ないます。
- ・健康管理 毎日のバイタルチェックを行ないます。
- ・洗 濯 必要に応じて洗濯のお手伝いをします。
- ・居室内清掃 定期的に行ないます。

##### (3) 入浴

- ・利用者の状況に応じ、適切な入浴の介助と入浴の自立の援助を行ないます。
- ・希望される場合は、毎日入浴が可能です。

##### (4) 排泄

- ・利用者の状況に応じ、適切な排泄の介助と排泄の自立の援助を行ないます。
- ・おむつ交換が必要な方は、状況に応じて交換を行ないます。

##### (5) 機能訓練

- ・離床援助
- ・屋外散歩や買い物の同行
- ・共同作業等により、生活機能の維持・改善に努めます。

##### (6) 健康管理

- ・利用者の状況に応じ、医療機関への受診のお手伝いをします。  
※通院は、原則家族でお願いします。
- ・感染症の発生及び蔓延を防ぐ為に必要な措置を実施します。

##### (7) 相談・援助

- ・利用者とそのご家族からのご相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行ないます。

## 6. 料金

### (1) 介護保険給付分（令和6年6月1日現在）

#### □認知症対応型共同生活介護（Ⅱ）

1日あたりの自己負担額（1割）	749円	753円	788円	812円	828円	845円
1日あたりの自己負担額（2割）	1,498円	1,506円	1,576円	1,624円	1,656円	1,690円
1日あたりの自己負担額（3割）	2,247円	2,259円	2,364円	2,436円	2,484円	2,535円

#### \*基本料金（自己負担額）に追加する介護保険加算分

##### ①初期加算 30円/日

〔加算要件〕

- ア 入居してから30日以内の期間について算定
- イ 医療機関に1ヶ月以上入院した後、退院して再入院した場合

##### ②入退院支援加算 246円/日

〔加算要件〕

- ・入院後3ヶ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日を限度として算定

##### ③看取り介護加算（要介護1～5のみ）

死亡日以前31～45日以下	72単位/日
死亡日以前4～30日以下	144単位/日
死亡日以前2日又は3日	680単位/日
死亡日	1,280単位/日

〔加算要件〕

- ・医師が医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した場合  
利用者又は家族の同意を得て、利用者の介護に係る計画が作成されている場合
- ・医師、看護師、介護職員等が共同して利用者の状態や家族の求めに応じて、随時介護が行われている場合

##### ④医療連携体制加算Ⅰ（ハ）（要介護1～5のみ） 37円/日

〔加算要件〕

当事業所において「看取りに関する指針（重度化した場合における対応に係る指針）」を整備し、看護師を配置した場合、もしくは契約により訪問看護ステーション等（医療機関）の看護師により利用者の日常的な健康管理や医療機関（主治医）との連絡調整を行なえる体制が整った場合となります。

##### ⑤介護職員処遇改善加算Ⅳ 所定単位数に加算率(12.5%)を乗じた単位数で算定

〔加算要件〕

- ・キャリアパス要件 月額賃金改善要件 職場環境等要件を満たしていること。

##### ①キャリアパス要件

介護職員について、職位、職責、職務内容等に応じた任用等の要件を定め、それらに応じた賃金体系を整備している。

介護職員の資質向上の目標や以下のいずれかに関する具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保している。

- a 研修機会の提供又は技術指導等の実施、介護職員の能力評価
- b 資格取得のための支援（勤務シフトの調整、休暇の付与、費用の援助等）

②月額賃金改善要件

新加算Ⅳ相当の加算額の2分の1以上を月給（基本給又は決まって支払われる手当）の改善に充てる。

③職場環境等要件

6の区分ごとにそれぞれ1つ以上（生産性向上は2つ以上）取り組む。

(2) 介護保険給付外費用（令和4年6月1日現在）

以下の費用は、介護保険給付の対象外ですので実費をお支払い下さい。

- ①食材料費 1, 200円/日  
(朝食230円、昼食450円、夕食450円、おやつ70円)
- ②光熱水費（共用分・居室分） 550円/日
- ③家賃 1, 400円/日
- ④理美容代（希望者） 1, 500円/1回
- ⑤リネン代 1, 500円/月
- ⑥おむつ代 事業所で購入されたものを使用される場合につき、利用料として1月分をまとめて請求させていただきます。（該当者のみ）
- ⑦その他の費用 日常生活上において必要となるものに係る費用（日用品や嗜好品等）は、実費をお支払い下さい。ご家族より少額の現金をお預かりすることは可能ですので、お預かりした現金からお支払いさせていただきます。
- ⑧入居一時金 入居時に一時金として80, 000円をお支払いいただきます。契約終了時に居室の原状回復費及び延滞料金等がある場合に清算し、残金は無利息で返還いたしますが、不足が生じた場合は追加徴収をさせていただきます。

7. 入居にあたっての留意事項

(1) 面会

- ・来訪者は面会の都度、面会カードを記載して下さい。

(2) 外出・外泊

- ・外出・外泊をされる場合は、所定の様式（外出・外泊届）を提出して下さい。
- ・宿泊されるときには、必ず管理者の許可を得て下さい。（原則として、ご家族等の宿泊は禁止しております。）

(3) 居室の利用・迷惑行為等

- ・設備、備品等は本来の方法に従って大切にご利用下さい。  
これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただく事があります。
- ・騒音・雑音等の他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
- ・承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。

(4) 所持金等

- ・原則として現金等の所持はお控え下さい。
- ・日常生活上、必要となる物品等に関しましては、現金をお預かりした場合その中からお支払いさせていただきます。

8. 衛生管理等

- ・介護を提供するために必要な設備、備品等の清潔を保持し、常に衛生管理に留意するとともに、衛生上必要な措置を講じます。

## 8. 協力医療機関

名 称 姫野病院  
所 在 地 八女郡広川町大字新代2316  
電話番号 0943-32-3611  
診療科目 整形外科・内科・リウマチ科・神経内科・リハビリテーション科・小児科  
入院設備 有  
救急指定 有  
協力関係 休日夜間を含め病状の急変等に伴う処置・治療及び入所者の入院等の対応

名 称 大石歯科  
所 在 地 八女市大字室岡156-1  
電話番号 0943-24-1111  
診療科目 歯科  
協力関係 不定期の受診等

## 9. 非常災害時の対策

### (1) 消防計画

- ・別に定めます。
- ・消防計画 平成25年 6月 1日八女消防署へ届出
- ・防火管理者 西 祐 司

### (2) 避難訓練

- ・年2回火災を想定した訓練を行いません。

### (3) 防災設備

- ・自動火災報知設備・煙感知器・誘導灯・消火器・スプリンクラー設備
- ・火災自動通報装置
- ・消防署との連動設備（平成30年2月設置）

### (4) 業務継続計画

感染症や非常災害時の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するために、非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、計画に従って必要な措置を講じます。

- ・研修・訓練 自然災害 研修年2回以上 訓練年2回以上  
感染症 研修年2回以上 訓練年2回以上

## 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに関係機関、家族等へ連絡を行なうとともに、適切かつ必要な措置を講ずるものし、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なうものとします。

但し、事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

## 11. サービス内容に関する苦情相談窓口

### (1) 事業内苦情受付窓口

担 当 者	【管理者】西 康 子・加納 由起子
利 用 時 間	毎日 9:00～18:00
電 話 番 号	0942-42-1165
FAX番号	0942-42-1170
E-mail	kasuri@hirokawa-west.co.jp

## (2) 行政機関その他苦情受付機関

機 関 名 所 在 地 電 話 番 号	広川町福祉課 〒834-0115 福岡県八女郡広川町大字新代1804-1 0943-32-1111
機 関 名 所 在 地 電 話 番 号	介護保険広域連合 柳川・大木・広川支部 〒832-8555 福岡県柳川市三橋町正行431 0944-75-6301
機 関 名 所 在 地 電 話 番 号	福岡県国民健康保険団体連合会 〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町13-47 092-642-7859

### 1 2. 個人情報保護

利用者又は家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドンス」を遵守し適切な取り扱いに努めます。

利用者又は家族の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者又は家族の同意をあらかじめ書面により得るものとします。

### 1 3. 虐待防止

利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずるものとします。

- ① 虐待防止のための指針の整備
- ② 虐待を防止するための定期的な研修の実施
- ③ 前2号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

2. 事業所は、サービス提供中に当該事業所の職員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、速やかにこれを関係機関へ通報します。

### 1 4. 身体的拘束等

介護の提供に当たり、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、身体的拘束等を行いません。

2. 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に当該利用者又はその家族に、身体的拘束等の態様等を説明し同意を得た上で、身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、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。

### 1 5. 運営推進会議

利用者及び広川町職員並びに地域住民の代表者等に対し、提供するサービスの内容等を明らかにすると共に、地域との連携を保ち、更にはその提供するサービスの質の向上を図るために運営推進会議を設置し、2ヶ月に1回程度開催いたしますのでご理解をお願いいたします。

事業者は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要な事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 福岡県八女郡広川町大字広川1263番3

事業所名 グループホームかすりの里 ⑩

説明者 管理者 ⑩

私は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要な事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 ⑩

代理人（選任した場合）

住所

氏名 ⑩（続柄 ）