

グループホーム みどりの風  
重要事項説明書兼サービス提供開始同意書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

霧島市指定 第 4691200077 号

当事業所は介護保険法に基づく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します。事業の概要や提供されるサービスの内容等利用上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

☆ ☆ ☆ 目次 ☆ ☆ ☆

1.	事業所運営法人	2
2.	ご利用事業	2
3.	居室の概要	2
4.	職員の配置状況	2
5.	当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6.	利用の終了について	6
7.	個人情報の提供	8
8.	身元引受人	9
9.	苦情の受付について	9
10.	非常災害対策	10
11.	身体拘束及び権利擁護	10
12.	虐待防止等	11
13.	ハラスメント防止	11
14.	入居者の安全及びサービス質の向上と業務効率化	11
15.	緊急時の対応	11
16.	損害賠償	12
17.	その他	12
※	サービス提供開始の同意	13
※	ご利用にあたって	14

## **1. 事業所経営法人**

(1) 法人名	社会福祉法人 希望ヶ丘福祉会
(2) 法人所在地	鹿児島県霧島市横川町中ノ 5645-1
(3) 電話番号	0995-72-1010
(4) 代表者氏名	大久保 明子
(5) 設立年月日	昭和 53 年 10 月 26 日

## **2. ご利用事業**

(1) 事業の種類	指定認知症対応型共同生活介護、指定介護予防認知症対応型共同生活介護
(2) 事業の目的	認知症対応型共同介護事業、介護予防認知症対応型共同生活介護は、要介護者、要支援 2 であって認知症の状態にあるもの（当該認知症に伴って著しい精神状態を呈する者及び当該認知症に伴って著しい行動異常がある者並びにその者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）について、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴・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、ご利用者が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援助いたします。
(3) 事業所の名称	グループホーム みどりの風
(4) 事業所の所在地	鹿児島県霧島市横川町中ノ 5645-1
(5) 電話番号	0995-72-9054
(6) 管理者名	久木田 敬
(7) 開設年月日	平成 19 年 4 月 25 日

## **3. 居室の概要**

### 居室等の概要

居室は個室 9 名部屋をご用意しております。その他、食堂・談話室・浴室等共用のスペースを確保しております。

### ※ 居室の変更について

心身の状況やその他の事由により、入所後居室の変更をする場合がございます。予め、ご了承ください。

## **4. 職員の配置及び職務内容について**

当事業所では、ご利用者に対して指定認知症対応型共同生活介護サービス、指定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職員として、以下の職種

の職員を配置しています。

#### 主な職員の配置状況及び職務内容

##### (1) 管理者 1名

管理者はその職務を兼務し、事業所の職員等の管理及び業務の管理を一元的に行なう。

##### (2) 計画作成担当者 1名

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こととともに、連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院、居宅介護サービス事業所、居宅介護支援事業所等との連絡、調整を行う。

##### (3) 介護職員 入居者 3名又はその端数を増すごとに 1名以上とする。(常勤換算法) 介護職員は、利用者に対し必要な介護及び支援を行う。

## 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対し、以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

##### (1) 利用料金が介護保険から給付される場合

##### (2) 利用料金の全額を利用される方に負担いただく場合

があります。

##### (1) 介護保険の給付の対象とされるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（食費に係る給食材料費及び居室利用料及び管理費等を除き通常9割）が介護保険から給付されます。

##### 《 サービスの概要 》

###### ① 食事

- 当事業所では併設施設の栄養士の立てる献立を参考にして、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- 食事時間については特別に時間を設けず、ご利用者の総意に沿った時間帯といたします。

###### ② 入浴

- 入浴または清拭を週2回以上はいたします。

###### ③ 排泄

- 排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

###### ④ 機能訓練

- ご利用者の心身の状態に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練、レクリエーション、行事、

体操等を日常生活を通して行います。

⑤ 健康管理

- 毎日のバイタルチェック等を実施することによりご利用者の健康状態を把握するとともに健康保持のための援助を行います。

⑥ その他の支援

- 介護等に関する相談助言を行います。

※ 当該事業所においては上記サービスを提供するにあたり、原則として身体拘束は行いません。但し、ご利用者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急または一時的に部分的身体拘束を行う際には、前もってご協議させていただきますのでご了承ください。

《 サービス利用料金 》

下記の料金表によって、ご利用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）と居室利用料及び給食材料費及び管理費（光熱水費）の合計をお支払いください。（サービスの料金は、ご利用者の要介護度によって異なります。）

<1割負担の場合> 31日の利用料金

グループホームみどりの風 利用料金表												
1割負担												
2024/6/1現在												
基本料金 ・施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なる場合があります）	施設サービス費	サービス提供体制強化加算Ⅰ	認知症対応型料金の介護報酬加算Ⅰ（18.6%）	介護職員等処遇改善加算Ⅰ（10単位/月）	生産性向上推進体制加算Ⅱ（10単位/月）	生活機能向上連携加算（200単位/月）	介護費 1日あたり合計	介護費1ヶ月あたり合計	食費	居室費	管理費	1ヶ月（31日）の利用料
自己負担分（施設サービス費（1割負担）+食費+居住費+管理費）											合計	
要支援2	761円	22円	40円	155円	10円	200円	988円	30,827円				111,427円
要介護1	765円	22円	40円	156円	10円	200円	993円	30,974円				111,574円
要介護2	801円	22円	40円	162円	10円	200円	1,035円	32,297円	1日につき 1,350円	1日につき 700円	1日につき 550円	112,897円
要介護3	824円	22円	40円	167円	10円	200円	1,053円	32,833円	1ヶ月 (31日) 4,1850円	1ヶ月 (31日) 21,700円	1ヶ月 (31日) 17,050円	113,433円
要介護4	841円	22円	40円	170円	10円	200円	1,083円	33,768円				114,368円
要介護5	859円	22円	40円	173円	10円	200円	1,104円	34,430円				115,030円

※初期加算 施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから、入所後30日に限って1日30円が加算されます。(900円/30日)

<2割負担の場合> 31日の利用料金

グループホームみどりの風 利用料金表												
2割負担												
自己負担分(施設サービス費(1割負担)+食費+居住費+管理費)												
金額 (1日あたり)  要介護度	施設サー ビス費	サービス 提供 体制強 化加算 I	認知症対 応型科学 的介護推 進加算	介護職員 処遇改善 加算(18.6%)	生活機能 向上達成 加算(200 単位/月)	生産性向 上推進体 制加算 II (10単位/ 月)	介護費 1日あたり合 計	介護費1ヶ月 あたり合計	食費	居室費		
要支援2	1522 円	44 円	80 円	306 円	400円	20 円	1,972 円	61,537 円	1日につき 1,350円	1日につき 700円	1ヶ月(31日) 17,050円	1ヶ月(31日) 142,137円
要介護1	1530 円	44 円	80 円	308 円	400円	20 円	1,982 円	61,831 円	1日につき 1,350円	1日につき 700円	1ヶ月(31日) 17,050円	1ヶ月(31日) 142,431円
要介護2	1602 円	44 円	80 円	321 円	400円	20 円	2,067 円	64,479 円	1ヶ月 (31日) 4,1850円	1ヶ月 (31日) 21,700円	1ヶ月(31日) 17,050円	1ヶ月(31日) 145,079円
要介護3	1648 円	44 円	80 円	330 円	400円	20 円	2,122 円	66,170 円	1ヶ月 (31日) 4,1850円	1ヶ月 (31日) 21,700円	1ヶ月(31日) 17,050円	1ヶ月(31日) 146,770円
要介護4	1682 円	44 円	80 円	336 円	400円	20 円	2,162 円	67,420 円	1ヶ月 (31日) 4,1850円	1ヶ月 (31日) 21,700円	1ヶ月(31日) 17,050円	1ヶ月(31日) 148,020円
要介護5	1718 円	44 円	80 円	343 円	400円	20 円	2,205 円	68,743 円	1ヶ月 (31日) 4,1850円	1ヶ月 (31日) 21,700円	1ヶ月(31日) 17,050円	1ヶ月(31日) 149,343円

※初期加算 施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから、入所後30日に限って1日30円が加算されます。(900円/30日)

<3割負担の場合> 31日の利用料金

グループホームみどりの風 利用料金表												
3割負担												
自己負担分(施設サービス費(1割負担)+食費+居住費+管理費)												
金額 (1日あたり)  要介護度	施設サー ビス費	サービス 提供 体制強 化加算 I	認知症対 応型科学 的介護推 進加算	介護職員 処遇改善 加算(18.6%)	生活機能 向上達成 加算(200 単位/月)	生産性向 上推進体 制加算 II (10単位/ 月)	介護費 1日あたり合 計	介護費1ヶ月 あたり合計	食費	居室費		
要支援2	2283 円	66 円	120 円	459 円	600円	30 円	2,958 円	92,306 円	1日につき 1,350円	1日につき 700円	1ヶ月(31日) 17,050円	1ヶ月(31日) 172,906円
要介護1	2295 円	66 円	120 円	461 円	600円	30 円	2,972 円	92,747 円	1日につき 1,350円	1日につき 700円	1ヶ月(31日) 17,050円	1ヶ月(31日) 173,347円
要介護2	2403 円	66 円	120 円	482 円	600円	30 円	3,101 円	96,718 円	1ヶ月 (31日) 4,1850円	1ヶ月 (31日) 21,700円	1ヶ月(31日) 17,050円	1ヶ月(31日) 177,318円
要介護3	2472 円	66 円	120 円	494 円	600円	30 円	3,182 円	99,255 円	1ヶ月 (31日) 4,1850円	1ヶ月 (31日) 21,700円	1ヶ月(31日) 17,050円	1ヶ月(31日) 179,855円
要介護4	2523 円	66 円	120 円	504 円	600円	30 円	3,243 円	101,130 円	1ヶ月 (31日) 4,1850円	1ヶ月 (31日) 21,700円	1ヶ月(31日) 17,050円	1ヶ月(31日) 181,730円
要介護5	2577 円	66 円	120 円	514 円	600円	30 円	3,307 円	103,115 円	1ヶ月 (31日) 4,1850円	1ヶ月 (31日) 21,700円	1ヶ月(31日) 17,050円	1ヶ月(31日) 183,715円

※初期加算 施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから、入所後30日に限って1日30円が加算されます。(900円/30日)

- ※ 利用開始にあたって当初の 30 日間に限って、1 日あたり 30 円（2 割負担は 60 円、3 割負担 90 円）の個人負担（初期加算）が加算されます。
- ※ ご利用者がまた要介護認定、要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料の金額をいったんお支払いいただきます。要介護認定、要支援認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ※ 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、ご利用者の負担額を変更します。
- ※ 理美容代、おむつ等その他個人の消耗品の費用（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）につきましては個人負担とさせていただきます。

## （2）利用料金のお支払方法

前期の利用料金は、1 ヶ月ごとに計算し請求しますので、末日までに下記の方法でお支払いください。（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 近隣金融機関からの口座振替

## （3）利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、かかりつけ医またはご利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記協力機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診察・入院治療を義務付けるものでもありません。）

### ① 協力医療機関

伊東内科クリニック

霧島市横川町上ノ 3390-16 ☎0995-72-9088

### ② 協力歯科医療機関

奥歯科医院

霧島市牧園町高千穂 3620-60 ☎0995-78-2820

## 6. 利用の終了について

当事業所の利用を終了する期日は特に定めていません。従って、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ができますが、このような事由に該当するに至った場合には、当事業所の利用は終了し、ご利用者に退所していただくことがあります。

- ① 要介護度判定によりご利用者の心身の状況が自立または要支援1と判定された場合。
- ② 事業所が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合。
- ③ 事業所の損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 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合また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。(詳細は以下をご覧ください。)
- ⑥ 事業所からの退所の申し出を行った場合。(詳細は以下をご覧ください。)

### (1) ご利用者からの退所の申し出

ご利用者から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7日前までに届け出てください。但し、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 事業所の運営規定の変更に同意できない場合。
- ③ ご利用者が入院された場合。
- ④ 事業所もしくはサービス従事者が正当な理由なく認知症対応型共同生活介護サービスを実施しない場合。
- ⑤ 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。
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意または過失によりご利用者の身体、財物、信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他重大な事情が認められる場合。
- ⑦ 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。

### (2) 事業所からの申し出により、退所していただく場合。

- ① ご利用者が、利用開始時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、また不実の告知を行い、その結果本利用を継続しがたい重要な事情を生じさせた場合。
- ② ご利用者による、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 ご利用者が故意または重大な過失により、事業者またはサービス従事者もしくは他のご利用者等の生命、身体、財物、信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ③ ご利用者が医療機関に入院した場合であって、入院の日から 1 ヶ月以内の退院が見込まれない場合。**(入院中は空床利用としてショートステイを受け入れる場合がございます)**
- ④ ご利用者が介護老人施設等に入所した場合。

### (3) 円滑の退所のための援助

ご利用者が当事業所を退所する場合には、ご利用者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、おかかれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助を速やかに行います。

- 適切な病院もしくは診療所または介護保険施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保険医療サービスまたは福祉サービスの提供者の紹介

## 7. 個人情報の提供

(1) 当事業所の職員は、正当な理由なくその事実上知り得たご利用者およびご家族に関する個人情報について内容を口外しません。但し、サービス担当者会議等でサービス提供に必要とされる最小限の内容については用いる場合がございますので、前もってご了承をお願いいたします。

- ① 介護保険サービスの利用のため市町村、介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供
- ② 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

(2) 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

## 8. 身元引受人

利用開始にあたり、身元引受人をお願いいたします。

ご利用者の入所中に関わる様々なご相談や利用終了時の残置物の引き取り等をお願いいたします。

※ 季節ごとに衣替え等による衣類の入れ替えをお願いいたします。

## 9. 苦情の受付について

### (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情受付窓口 責任者（管理者） 久木田 敬  
担当者 園田 聰美  
受付時間 8時30分～17時30分（年中無休）

### (2) 行政機関その他苦情の受付機関

- ・ 霧島市役所 保健福祉部 長寿・障害福祉課 介護保険グループ  
0995-45-5111
- ・ 鹿児島県国民健康保険団体連合会  
099-206-1041
- ・ 鹿児島県社会福祉協議会運営適正委員会  
099-286-2200
- ・ 鹿児島県くらし保健福祉部高齢者生き生き推進課  
099-286-2696

## 10.

### (非常災害対策)

#### (業務継続計画の策定等)

- 1 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する事業のサービス提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
  - 2 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施するものとする。
  - 3 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。
- 
- 1 事業の提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業員は利用者の避難等適切な措置を講じる。また、管理者は日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとる。
  - 2 非常災害に備え、定期的に避難訓練を行う。

(身体拘束等)

11,

- 1 入所者又は他の入居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、身体拘束その他入居者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行わない。
- 2 事業所は、前項の身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとする。
- 3 事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じるものとする。
  - (1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
  - (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。
  - (3) 介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

12,

(利用者に対する虐待の防止等)

本事業所は、利用者に対する虐待の防止及び利用者の権利の擁護に努めるとともに、その発生を防止するための体制を整備する。

- (1) 虐待防止及び権利擁護のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果をサービス従事者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止及び権利擁護のための指針の整備を行う。
- (3) 虐待防止及び権利擁護のための定期的な研修を実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する。

13,

(ハラスメント防止)

事業者は職場におけるハラスメント防止に取り組む。

- (1) 利用者、または家族が事業者の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ、誹謗中傷の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁

止し、必要な措置を講ずる。

#### 14,

(入居者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会)

事業所は、当該施設における業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取り組みの促進を図るために、当該施設における入居者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を定期的に開催するものとする。

### 15. 緊急時の対応

#### (1) 急病の場合

- ・発熱、頭痛、腹痛等、気になるようであれば職員にて観察し、状態をみて病院へ連絡します。
- ・緊急時は、
  - ① 主治医へ連絡し医師の指示を仰ぐ
  - ② 管理者へ連絡
  - ③ 家族へ連絡
    - ・状況説明を行います。
    - ・病院に搬送する場合、どこにするか聞く。
    - ・聞けない場合やどこでもいいと言った場合は伊東内科クリニックの指示を仰ぐ。
  - ④ 搬送については、公用車か救急車に要請します。

#### (2) 利用者がいなくなった場合。

- ① 施設内の職員にて捜索
- ② 責任者・他連絡のつくみどりの風の職員すべてに連絡し捜索
- ③ 見つからない場合、法人他施設へ連絡し、指示・応援を依頼

### 16. 損害賠償

介護サービスの提供にあたって、万が一事故が発生しその責が当事業所にある場合、損害を賠償いたします。なお、事故発生に備えて当事業所は、損害賠償責任保険に加入しております。

## **17. その他**

今回の説明にあたりご不明な点につきましては、当事業所の運営規定並びに関連する法律通達等を説明いたしますのでその旨お申し出ください。

令和 年 月

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。

説明者 職名 管理者 氏名 久木田 敬

私は本書面に基づいて事業所からの重要事項の説明を受け、指定認知症対応型共同生活介護サービス、指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービス、提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住所  
氏名

身元引受人 住所  
氏名

私は、サービス担当者会議を行う際など、職員と様々な個人情報を共有することに關して同意いたします。

利用者 氏名

身元引受人 氏名

《 請求書及び明細書・領収書の発行先》

氏 名	(続柄 )
住 所	〒
電話番号	

《 緊急連絡先 》

氏 名 (身元引受人)	(続柄 )
住 所	〒
電話番号	携帯番号
氏 名 (身元引受人)	(続柄 )
住 所	〒
電話番号	携帯番号
氏 名 (身元引受人)	(続柄 )
住 所	〒
電話番号	携帯番号