

# 「認知症対応型共同生活介護事業所」重要事項説明書

社会福祉法人 正栄会

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(鹿児島県指定 第 4673200079 号)

当事業所はご契約者に対して認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

## ◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人.....	1
2. ご利用施設.....	1
3. 居室の概要.....	2
4. 職員の配置状況.....	2
5. 当施設が提供するサービスと利用料金.....	4
6. 苦情の受付について.....	8

## 1. 施設経営法人

- |           |                   |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 正栄会        |
| (2) 法人所在地 | 鹿児島県鹿児島市川田町1090番地 |
| (3) 電話番号  | 099-298-8153      |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 上片平栄昭         |
| (5) 設立年月  | 昭和54年10月4日        |

## 2. ご利用施設

- |            |   |
|------------|---|
| (1) 施設の種類  | 認知症対応型共同生活介護・平成15年11月6日指定                         |
| (2) 施設の目的  | 認知症の緩和を行い、利用者がその有する残存機能に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう援助する |
| (3) 施設の名称  | ふるさとの家 郡山   |
| (4) 施設の所在地 | 鹿児島県鹿児島市東俣町3853番地                                 |
| (5) 電話番号   | 099-298-8118                                      |
| (6) 管理者 氏名 | 有馬慎一  |

(7) 当施設の運営理念 ゆっくりとした時が流れ、一人ひとりの心に寄り添い「できること」を発見しながら、その人らしい生活、その人らしい毎を送れるグループホームを目指します。また、地域住民の一員として、地域の中でその人らしい生活が送れるように支えていきます。

(8) 開設年月 平成15年11月6日

(9) 入所定員 18人

### 3. 居室の概要

#### (1) 居室等の概要

当施設では以下の居室をご用意しています。(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	18室	
合計	18室	
談話室(和室)	2室	
食堂	2室	
台所	2室	
浴室(脱衣室)	2室	

※上記の施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

### 4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して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>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤換算	指定基準
1. 管理者・計画作成担当者・介護職員(兼)	1名	1名
2. 計画作成担当者・介護職員(兼)	2名	2名
3. 介護職員	13.4名	名

### 〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 介護職員 (1ユニット単位)	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝：07：00～16：30 1名 日中：09：00～18：30 1名 日中(遅)：09：30～19：00 1名 夜勤 18：00～9：00 1名

## 5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設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<br>(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第 4 条参照）\*

以下のサービスについては、利用料金の大部分（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入浴

- ・入浴又は清拭を週 2 回以上行います。

##### ②排泄

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

##### ③その他自立への支援

- ・契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。
- ・シーツの交換は週 1 回実施します。

<サービス利用料金(1日あたり)> (契約書第 7 条参照)

## 1 割負担の方

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。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
	7 4 9 0 円	7 8 4 0 円	8 0 8 0 円	8 2 4 0 円	8 4 0 0 円
2. うち、介護保険から給付される金額	6 7 4 1 円	7 0 5 6 円	7 2 5 4 円	7 3 9 8 円	7 5 6 0 円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	7 4 9 円	7 8 4 円	8 0 8 円	8 2 4 円	8 4 0 円

@初期加算

1、サービス利用料金（1日あたり）	3 0 0 円
2、うち、介護保険から給付される金額	2 7 0 円
3、自己負担額（1－2）	3 0 円

ご契約者が指定認知症対応型共同生活介護へ入居した当初は、施設での生活に慣れる為様々な支援を必要とすることから、入居日から30日間また医療機関に1か月以上入院したのち、退院して再入所した場合。

@サービス提供強化加算 I

1、サービス利用料金（1日あたり）	1 8 0 円
2、うち、介護保険から給付される金額	1 6 2 円
3、自己負担額（1－2）	1 8 円

又は

@サービス提供強化加算 II

1、サービス利用料金（1日あたり）	1 2 0 円
2、うち、介護保険から給付される金額	1 0 8 円
3、自己負担額（1－2）	1 2 円

☆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。

@介護職員処遇改善加算（I）11.1%

30日当り（目安です）

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
2 5 5 0	2 6 7 0	2 7 6 0	2 7 9 0	2 8 5 0

@特定処遇改善加算（I）3.1%

30日当たり（目安です）

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
6 9 0	7 5 0	7 8 0	7 8 0	8 1 0

入院時加算

退院後の再入居の受け入れ態勢を整えている場合、ひと月に6日を限度として算定できる  
246 単位/日

## 2 割負担の方

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。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
	7 4 9 0 円	7 8 4 0 円	8 0 8 0 円	8 2 4 0 円	8 4 0 0 円
2. うち、介護保険から給付される金額	5 9 9 2 円	6 2 7 2 円	6 4 6 4 円	6 5 9 2 円	6 7 2 0 円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	1 4 9 8 円	1 5 6 8 円	1 6 1 6 円	1 6 4 8 円	1 6 8 0 円

### @初期加算

1、サービス利用料金（1日当たり）	3 0 0 円
2、うち、介護保険から給付される金額	2 4 0 円
3、自己負担額（1－2）	6 0 円

ご契約者が指定認知症対応型共同生活介護へ入居した当初は、施設での生活に慣れる為に様々な支援を必要とすることから、入居日から30日間また医療機関に1か月以上入院したのち、退院して再入所した場合。

### @サービス提供強化加算 I

1、サービス利用料金（1日当たり）	1 8 0 円
2、うち、介護保険から給付される金額	1 4 4 円
3、自己負担額（1－2）	3 6 円

又は

### @サービス提供強化加算 II

1、サービス利用料金（1日当たり）	1 2 0 円
2、うち、介護保険から給付される金額	9 6 円
3、自己負担額（1－2）	2 4 円

☆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。

### @介護職員処遇改善加算

30日当り（目安です）

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
2 5 5 0	2 6 7 0	2 7 6 0	2 7 9 0	2 8 5 0

### @特定処遇改善加算（I）3.1%

30日当り（目安です）

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
6 9 0	7 5 0	7 8 0	7 8 0	8 1 0

### 入院時加算

退院後の再入居の受け入れ態勢を整えている場合、ひと月に6日を限度として算定できる  
246 単位/日

### 3 割負担の方

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。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
	7 4 9 0 円	7 8 4 0 円	8 0 8 0 円	8 2 4 0 円	8 4 0 0 円
2. うち、介護保険から給付される金額	5 2 4 3 円	5 4 8 8 円	5 6 5 6 円	5 7 6 8 円	5 8 8 0 円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	2 2 4 7 円	2 3 5 2 円	2 4 2 4 円	2 4 7 2 円	2 5 2 0 円

#### @初期加算

1、サービス利用料金（1日当たり）	3 0 0 円
2、うち、介護保険から給付される金額	2 4 0 円
3、自己負担額（1－2）	6 0 円

ご契約者が指定認知症対応型共同生活介護へ入居した当初は、施設での生活に慣れる為様々な支援を必要とすることから、入居日から30日間また医療機関に1か月以上入院したのち、退院して再入所した場合。

#### @サービス提供強化加算Ⅰ

1、サービス利用料金（1日当たり）	1 8 0 円
2、うち、介護保険から給付される金額	1 4 4 円
3、自己負担額（1－2）	3 6 円

又は

#### @サービス提供強化加算Ⅱ

1、サービス利用料金（1日当たり）	1 2 0 円
2、うち、介護保険から給付される金額	9 6 円
3、自己負担額（1－2）	2 4 円

☆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。

#### @介護職員処遇改善加算

30日当たり（目安です）

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
2 5 5 0	2 6 7 0	2 7 6 0	2 7 9 0	2 8 5 0

#### @特定処遇改善加算（Ⅰ）3.1%

30日当たり（目安です）

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
6 9 0	7 5 0	7 8 0	7 8 0	8 1 0

#### 入院時加算

退院後の再入居の受け入れ態勢を整えている場合、ひと月に6日を限度として算定できる

246 単位/日

#### @特定処遇改善加算（Ⅰ）3.1%

30日当たり（目安です）

- (2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第 4 条参照）＊  
以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 食事サービス費（1日当たり800円）

朝食	昼食	夕食	計
200円	300円	300円	800円

②家賃（1日当たり800円）

居室のご利用料です。但し、持ち込みの家具や電化製品等は原則自由ですが、運営上問題もございますので職員に必ずお尋ね下さい。また、入院及び外出中もご負担いただきます。

③水道光熱水費（1日当たり400円）

光熱費等その他の必要経費についての費用です

④理容サービス（実費）

実費相当を頂きます。

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約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負担いただきます。

おむつ代：実費

⑥ご家族の宿泊代

ご家族の方の宿泊は可能ですが一日あたり一人 1,000 円頂きます

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か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。)

ア. 窓口での現金支払
イ. 下記指定口座への振り込み
鹿児島銀行 郡山支店 普通預金 177084
社会福祉法人 正栄会
ふるさとの家 郡山
理事長 上片平栄昭
カミカタヒランゲアキ
ウ. 口座引き落とし

#### (4) 介護の場所

ご契約者にとって適切なサービスを提供するために必要な場合には、契約者に対して、その居室の他、介護専用居室又は一時介護室において、サービスを提供します。

その必要性の判断は、契約者の意思を確認し、契約者の主治医もしくは協力医療機関の医師の意見を聞いて行うこととします。

#### (5) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、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、下記医療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療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

##### ①協力医療機関

医療機関の名称	上片平医院
所在地	鹿児島市伊敷町5091-1
診療科	産婦人科・内科

##### ②協力歯科医療機関

医療機関の名称	みらい歯科医院
所在地	鹿児島市川田町1394-1
診療科	歯科

### 6. 苦情の受付について（契約書第14条参照）

#### (1) 当施設における苦情の受付

当施設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（担当者） 石下谷夕子

[職名] 計画作成担当者

○受付時間 9:00～18:30

また、苦情受付ボックスを事務所に設置しています。

#### (2) 行政機関その他苦情受付機関

鹿児島市役所 介護保険担当係	所在地 鹿児島県鹿児島市山下11-1 電話番号099-216-1277 受付時間 8:30～17:00
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099-206-1029 受付時間 8:30～17:00
鹿児島県社会福祉協議会 「福祉サービス運営適正 化委員会」	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 8:30～17:00



## <重要事項説明書付属文書>

### 1. 施設の概要

- (1) 建物の構造 木造平屋造り
- (2) 建物の延べ床面積 498.13 m<sup>2</sup>
- (3) 併設事業

当施設が運営している法人では、次の事業を併設して実施しています。

- 指定介護老人福祉施設 平成12年4月1日指定 鹿児島県 4673200020号 定員70名
- 指定短期入所生活介護 平成12年4月1日指定 鹿児島県 4673200020号 定員12名
- 指定通所介護 平成12年4月1日指定 鹿児島県 4673200038号
- 指定居宅介護支援事業 平成12年4月1日指定 鹿児島県 4673200012号
- 指定認知症対応型通所介護事業 平成19年3月12日指定 4690100187号

### 2. 職員の配置状況

#### <配置職員の職種>

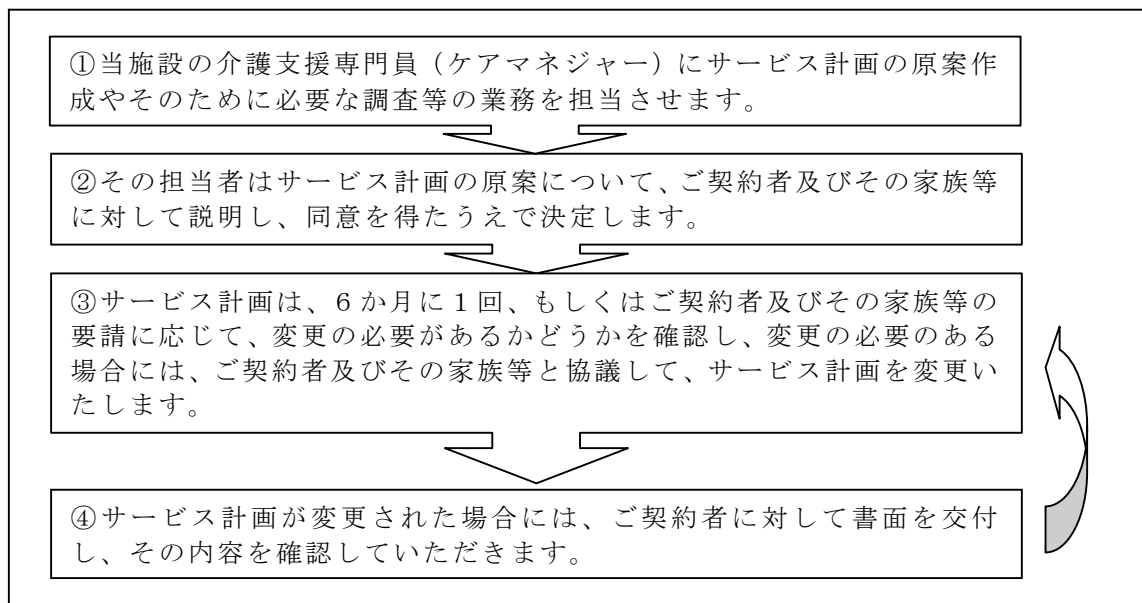
**介護職員**…ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

3名の利用者に対して1名の介護職員を配置しています。

### 3. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「認知症対応型共同生活介護サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「認知症対応型共同生活介護サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。（契約書第3条参照）



#### 4. サービス提供における事業者の義務

当施設では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。  
(1枚10円)
- ⑤ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。  
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)  
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合、監督官庁への届出等には医療機関、所轄官庁等に個人情報を用いる場合は必要な範囲内で用いることがあります。

#### 5. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

#### 6. サービス利用をやめる場合

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、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。

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立・要支援と判定された場合
- ③施設への入居契約が終了した場合
- ④事業者が破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ⑤施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑥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
- ⑦ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照下さい。)
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご参照下さい。)

##### (1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から入所契約を解約することができます。その

場合には、契約終了を希望する日の7日前まで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・解除することができます。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>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</li><li>②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指定認知症対応型生活介護サービスを実施しない場合</li><li>③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</li><li>④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契約者の身体・財物・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</li><li>⑤他の利用者がご契約者の身体・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</li></ul> |
|--|

## (2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>①ご契約者が、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</li><li>②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが2か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合</li><li>③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合</li></ul> |
|---|

## (3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

## 7、非常災害対策

非常災害時において、実効性の高い対策をとることができるよう、周辺地域において想定される、火災・震災・風水害その他非常災害に関する計画を策定し、計画の概要を施設に掲示するとともに、地域との連携に努めます。

- ・防災設備自動通報装置・スプリンクラー・消火器・消火栓等・避難器具
- ・防災訓練年2回以上

令和 年 月 日

指定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。

グループホーム ふるさとの家 郡山

説明者職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から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の提供開始に同意し、交付を受けました。また、居宅介護支援事業所等に対する情報提供の承諾を致します。

利用者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者代理人 氏名 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人（家族）氏名 \_\_\_\_\_ 印