

認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 真奉会
代表者名	大村 貢
所在地・連絡先	(住所) 鹿児島県霧島市隼人町内 2068 番地 (電話) 0995-44-7111 (FAX) 0995-44-7112

2 事業所の概要

事業所の名称	グループホーム あもり
所在地・連絡先	(住所) 鹿児島県霧島市隼人町内 2075 番地 2 (電話) 0995-43-8700 (FAX) 0995-43-8699
事業所番号	4 6 7 6 1 0 0 2 4 3
管理者の氏名	福元 裕子

3 共同生活介護の目的及び運営方針

(1) 目的

認知症によって自立した生活が困難になった入居者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、安心と尊厳ある生活を、入居者がその有する能力に応じ、可能な限り自立して営むことが出来るよう支援することを目的とする。

(2) 運営方針

- ・ 本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省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。
- ・ 入居者の人権を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの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、入居者が必要とする適切なサービスを提供する。
- ・ 入居者及びその家族に対し、サービス内容及び提供方法について分かりやすく説明する。
- ・ 適切な介護技術を持ったサービスを提供する。
- ・ 常に提供したサービスの「質の管理」、「質の評価」を行う。

(3) その他

- ・ 認知症対応型共同生活介護計画の作成及び事後評価

計画作成担当者が、入居者の直面している課題等を評価し、入居者の希望を踏まえて、介護従業者と協議の上、認知症対応型共同生活介護計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載して入居者に説明のうえ交付します。

4 設備の概要

(1) 構造等

あも り I	敷 地		1450.75 m ²
	建 物	構 造	木造平屋建
		述べ床面積	257.75 m ²
		利用定員	9名
あも り II	敷 地		286.42 m ²
	建 物	構 造	木造平屋建
		述べ床面積	263.79 m ²
		利用定員	9名

(2) 居室

居室の種類	室 数	面積 (一人あたりの面積)	備 考
一人部屋	18	9.93 m ² (m ²)	1ユニット9部屋 (2ユニット)
二人部屋		m ² (m ²)	

(3) 主な設備

設 備	室 数	面積 (一人あたりの面積)	備 考
居 間・食 堂	2	89.37 m ² (9.9 m ²)	ユニット毎に1室
台 所	2	11.18 m ²	ユニット毎に1室
浴 室	2	12.42 m ²	ユニット毎に1室

5 職員の体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				常勤換算 後の人数 (人)	職 務 の 内 容
		常勤(人)		非常勤 (人)			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
管 理 者	1		1			1	当該職員の管理、業務の把握と管理を一元的に行う責務と、職員に運営基準を遵守させるための指揮命令を行う。
計画作成担当者	1		1			1	入居者に応じた援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容を記載した認知症対応型共同生活介護計画の作成、説明、交付を行う。また、作成後においても、計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて計画の変更を行う。
介護従業者	14 以上		2			14人以上	入居者に対し、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、日常生活が送れるよう必要な援助を行う。

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	
管理者 計画作成担当者 介護職員	日勤	8 : 30 ~ 17 : 30
	早出	7 : 00 ~ 16 : 00
	遅出	9 : 30 ~ 18 : 30
	夜勤	17 : 30 ~ 8 : 30

7 サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

食事、掃除、その他の家事等について、介護従業者が入居者様のお手伝いをします。

種 類	内 容
日常生活の援助	食事、掃除などの家事や入浴、排泄のお手伝いをを行います。
相談及び援助	入居者とその家族からのご相談に応じます。

イ 費用

原則として料金表の利用料金が入居者の負担額となります。入居者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者には直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

サービス提供証明書及び領収証は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

尚、ご利用料金につきましては、別途料金表をご覧ください。

※入院期間中の費用の算定について

入居者をご入院となられた際、入院後3か月以内に退院することが明らかに見込まれる場合に、入居者及びご家族の同意を得た上での入退院の手続き及び、その他の便宜を図り、また、退院後の再入居が円滑行われるように体制をとる場合に費用を算定いたします。金額につきましては、別途料金表をご覧ください。

8 利用料等のお支払方法

毎月、10日までに「7 サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、20日までに下記口座に振り込み送金してお支払いください。なお、口座振替もごございますのでご利用ください。

鹿児島相互信用金庫 隼人支店

普通預金口座（口座番号0134787）

口座名義 社会福祉法人 真奉会

理事長 大村 貢

※入金確認後、領収証を発行します。

9 運営推進会議等への参加

法令により、認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）においては、年6回の運営推進会議を開催することが義務付けられています。

この会議には、地域の代表者、行政関係者等の他、ご家族様等の参加をしていただくようにうたわれておりますことから、利用者様のご家族にもご参加をいただきますようお願い致します。

内容や開催日程、案内方法等は別途ご連絡いたします。

※別紙「グループホームあもりの運営推進会議について」をご参照ください。

10 身体拘束について

グループホームあもりは、介護保険法制度に基づき、原則として身体拘束を行いません。

※別紙「身体拘束の指針」をご参照ください。

1.1 重度化及び終末期、看取りにおける指針

※別紙「重度化した場合及び、看取りにおける指針」をご参照ください。

1.2 高齢者虐待防止について

当施設では、利用者の人権の擁護、虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な処置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止に関する責任者 米永 美優

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 研修を通じて従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

(4) 個別支援計画の作成等、適切な支援の実施に努めます。

(5) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

【料金表】 ※利用料金の変更についてはその都度別紙にて送付します。

基本利用料及び加算利用料は、保険給付の1割～3割負担分となっております。負担割合については、市町村より発行される介護保険負担割合証に記載されてます。

○基本利用料（1日あたり）

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担分	749円	753円	788円	812円	828円	845円

加算利用料（保険給付の1割負担／1日あたり）

項目	金額	単位	内容の説明
① 初期加算	30円	1日	入所された日より30日に限り加算されます。
② 医療連携加算	47円	1日	看護職員を常勤加算で1名以上配置している
③ 介護職員等処遇改善加算Ⅱ	介護職員の賃金の改善などを実施しているものとして都道府県知事に届け出た認知症対応型共同生活介護事業所が入所者に対し認知症対応型共同生活介護サービスを行った場合に基本料と①②を単位数の17.8%にて算定。		

家賃（日額）	（ 1,000 ）円	
保証金の有無（入居時一時金）	<input type="checkbox"/> 有（ ）円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
有の場合償却の有無	<input type="checkbox"/> 有（期間： ）円	<input checked="" type="checkbox"/> 無
食費	朝食（ 300 ）円 昼食（ 500 ）円 夕食（ 500 ）円 おやつ（ 100 ）円 1日（ 1,400 ）円	
※その他の費用と一括請求		
名目	徴収方法	金額（円）
① おむつ代	利用料として一括請求	実費
② 理美容代	利用料として一括請求	実費
③ 医療費	必要時に個別に支払い	実費
④ 水道光熱費	利用料として一括請求	430円/1日
⑤ 生活・介護用品	※別途請求	実費

※ご本人が使用する生活用品などで歯ブラシや入れ歯洗浄剤、入れ歯安定剤、石鹸（ご本人希望の品）等及び嗜好品などです。ご持参いただくのが難しい場合など、事業所で立て替え購入など行った場合は別途実費分をご請求致します。

毎月、10日までに、上記料金表に記載された金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、20日までに下記口座に振り込み送金してお支払いください。なお、口座振替もごございますのでご利用ください。

鹿児島相互信用金庫 隼人支店
 普通預金口座（口座番号0134787）
 口座名義 社会福祉法人 真奉会
 理事長 大村 貢
 ※入金確認後、領収証を発行します。

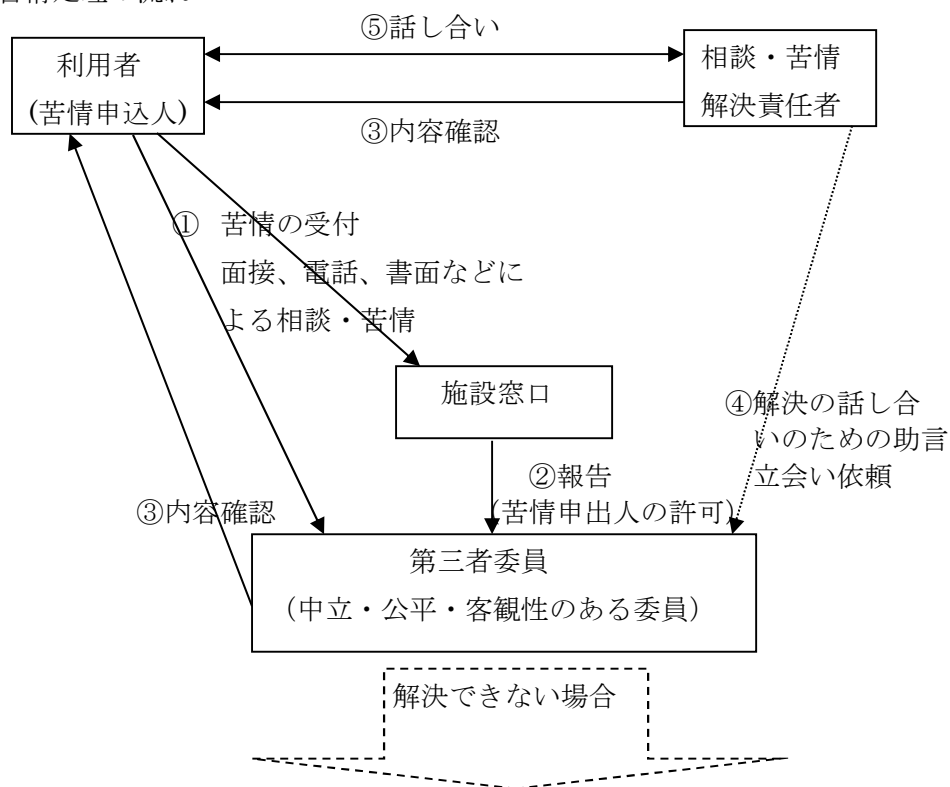
1.3 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「グループホームあもり 消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める「グループホームあもり 消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居の方も参加して行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	誘導灯	4 個所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
消防計画等	霧島消防局への届出日 令和7年 6 月 23 日 防火管理者： 福元 裕子			

1.4 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 福元 裕子 ご利用時間 9：00～17：00 ご利用方法 電話（0995-43-8700） 面接（当事業所 静養室） 苦情箱（スタッフルームカウンターに設置）
-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

苦情処理の流れ



苦情解決委員会

行政機関 その他の 相談窓口	鹿児島県保健福祉 部介護国保課	鹿児島市鴨池新町 10 番 1 号	TEL FAX	099-286-2674 099-286-5552
	霧島市役所 介護保険係	霧島市中央 3 - 4 5 - 1	TEL FAX	0995-45-5111 0995-47-2522
	国民健康保険連合会	鹿児島市鴨池新町 7 番 4 号	TEL FAX	099-206-1084 099-206-1069
	鹿児島県社会福祉協議会	鹿児島市鴨池新町 1 番 7 号	TEL FAX	099-257-3855 099-251-6779

1.5 協力医療機関等

医療機関	病院名 及び 所在地	医療法人 松城会 隼人温泉病院 鹿児島県霧島市隼人町姫城 1 丁目 264-2
	電話番号	0995-42-2151
	診療科	内科・循環器内科・脳神経内科・リハビリテーション科・外科・心療内科（毎週水曜日）・泌尿器科外来（毎週火曜日）・禁煙外来・フットケア外来・糖尿病外来・コロナウイルス感染症後遺症外来
	入院設備	有
	病院名 及び 所在地	医療法人 玉昌会 加治木温泉病院 鹿児島県始良市加治木町木田 4714
	電話番号	0995-62-0001
	診療科	内科・腎臓内科（人工透析）・リハビリテーション科・整形外科・脳神経内科、外科・消化器内科、外科・外科・肝臓内か・循環器内科・糖尿病内科・耳鼻咽喉科・頭頸部外科・皮膚科・泌尿器科・心療内科・歯科
入院設備	有	
歯科	病院名 及び 所在地	見次さくら歯科 鹿児島県霧島市隼人町見次 1074-1-2
	電話番号	0995-43-8024
	入院設備	無

夜間緊急時の対応機関

名称及び所在地	医療法人 松城会 隼人温泉病院 鹿児島県霧島市隼人町姫城 1 丁目 264-2
電話番号	0995-42-2151

1.6 住居の利用にあたっての留意事項

外出・外泊	外出・外泊の際には所定の届出書にご記入の上、行き先と帰宅日時を職員に申し出てください。
居室・設備・器具の利用	住居内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
喫煙	決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないでください。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。
宗教活動・政治活動	住居内での他の入所者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	住居内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者

住所 鹿児島県霧島市隼人町内2075-2

事業者（法人）名 社会福祉法人 真奉会
施設名 グループホーム あもり

（事業所番号） 4676100243

代表者名 理事長 大村 貢 印

管理者 福元 裕子 印

説明者 氏名 管理者 福元 裕子 印

私は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 印

代理人（選任した場合）住所

氏名 印