

認知症対応型共同生活介護重要事項説明書  
介護予防認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

# グループホーム福岡天神南さくらそう

## 1. 事業所の目的及び運営方針

### (1) 事業の目的

【グループホーム福岡天神さくらそう】(以下「事業所」という。)が行う事業は、認知症の状態にあるものについて、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、利用者がその有する能力に応じた自立した生活を営む事ができるように支援することを目的とします。

### (2) 運営方針

- ① 事業所において提供する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は、介護保険法及び関係する厚生労働省令、告示の趣旨および内容に沿ったものとします。
- ② 事業所の従事者は、利用者の意思及び人格を尊重し、常にその立場に立脚したサービスの提供に努めるとともに、認知症の方の心身特性を踏まえたくえで、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように、認知症対応型共同生活介護計画・介護予防認知症対応型共同生活介護計画及び短期利用共同生活介護計画(以下「介護計画」という。)に基づき生活全般にわたる援助を行います。
- ③ 事業所は、利用者若しくはその家族、又は利用者の代理人に対して、提供するサービスの内容・提供方法について、理解しやすいように説明を行います。
- ④ 事業実施にあたり、利用者と地域や家族との結び付きを重視し、関係区・市町村、介護支援者、介護保険関連施設等の地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図りながら総合的なサービスの提供に努めます。
- ⑤ 事業所自ら、その提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所名 :グループホーム福岡天神南さくらそう
- (2) 住 所 :福岡市中央区春吉 2-15-18
- (3) 電話番号 :092-738-6066 FAX番号 :092-762-5600
- (4) 事業所番号:4091000119
- (5) 設備概要:建物構造:鉄骨造5階建て 敷地面積:555.66㎡ 建築面積:336.21㎡  
延べ床面積: 1,837.20㎡ うちグループホーム専有面積 4階336.81㎡ 5階336.81㎡

## 3. 職員の職種、人数・勤務体制

- (1) 管理者:1名
- (2) 計画作成担当者:1名
- (3) 介護職員:16名
- (4) 勤務体制
  - 昼間の体制:1ユニット利用者9名に対し最低配置人員3名
  - 夜間の体制:1ユニット利用者9名に対し最低配置人員1名

## 4. 協力医療機関

梶山医院  
御所ヶ谷ホームクリニック  
デンタルクリニック別府  
箱崎ふ頭歯科  
ユウアイ薬局

## 5. 利用料金

- 居室利用料 :58,000円
  - 共益費 :12,000円
  - 水道光熱費 :13,500円
  - 食費 :38,400円(朝食250円、昼食465円、おやつ100円、夕食465円)
- 共益費:利用者が共同で使用するもの及び建物設備の維持管理に係る費用に充当します。
- その他:おむつ代、理美容費、嗜好品の購入にかかる費用、電話使用料等は実費をご負担いただきます。
- 上記の共益費・水道光熱費は実費精算とし、食費の余剰分はイベント食材費として使用させていただきます。イベント食材費として使用しても残額がある場合、退居時に返金致します。

・介護保険一部負担金(小数点以下切り捨て)

| 介護度  | 1割負担の方 | 2割負担の方   | 3割負担の方   |
|------|--------|----------|----------|
| 要支援2 | 782円／日 | 1,564円／日 | 2,346円／日 |
| 要介護1 | 786円／日 | 1,572円／日 | 2,358円／日 |
| 要介護2 | 823円／日 | 1,646円／日 | 2,469円／日 |
| 要介護3 | 848円／日 | 1,696円／日 | 2,544円／日 |
| 要介護4 | 865円／日 | 1,730円／日 | 2,595円／日 |
| 要介護5 | 883円／日 | 1,766円／日 | 2,649円／日 |

| 加算名                                                   | 1割負担の方              | 2割負担の方 | 3割負担の方 |
|-------------------------------------------------------|---------------------|--------|--------|
| 初期加算<br>(入居から30日間)<br>(3か月以上の入院後に戻られた場合は<br>再加算となります) | 31円／日               | 62円／日  | 93円／日  |
| 医療連携体制加算                                              | 38円／日               | 76円／日  | 114円／日 |
| サービス提供体制加算                                            | 6円／日                | 12円／日  | 18円／日  |
| 口腔衛生管理体制加算                                            | 31円／日               | 62円／日  | 93円／日  |
| 科学的介護推進体制加算                                           | 41円／月               | 82円／月  | 123円／月 |
| 入院時費用加算<br>(入院後3か月以内に戻られた場合)                          | 1,610円              |        |        |
| 処遇改善加算                                                | 総額の11.1％            |        |        |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算                                      | 処遇改善加算を除く総介護報酬の2.3％ |        |        |

月額(30日)【        152,676        円   】となります。  
入所時に、居室利用料、共益費、水道光熱費をお支払いいただきます。  
月額設定されている居室利用料、共益費、水道光熱費につきましては、月の途中の入退居の場合、日割りにてお支払いいただきます。

退居時に発生する原状回復費用およびルームクリーニング(汚損の有無及び程度を問わずに実施するものです)費用(50,000円税別)の負担は、利用者及び利用者代理人の負担をご依頼する場合があります。但し以下の場合は原状回復費およびルームクリーニング費用を減額する場合があります。

- ・自然破損、経年による汚れ、劣化等の場合
- ・事業所が取得した原状回復費用およびルームクリーニング費用の見積り金額が上記の提示額より低い場合

6. 請求支払い方法

- ・事業者は、利用者又は利用者代理人に対し、毎月15日までに、前月の利用料(食材料費、介護費用等)及び次月の居室利用料、共益費、水道光熱費等の請求書を送付します。請求書には、請求する金額を介護保険給付対象と対象外に分けた明細書を添付します。利用者又は利用者代理人は事業者に対し、前項の利用料等を当月26日までに、事業者の指定する方法により支払います。利用料の支払いを確認した後、事業者は利用者又は利用者代理人に対し、領収書の発行をします。
- ・お支払い方法は、指定の口座より振り替えさせていただきます。

※引き落とし日:毎月26日(ただし、26日が休日の場合は、その翌営業日とします。)

7. 入所対象者

利用者が次の各号に適合する場合、事業所の利用ができます。

- ① 要支援2、要介護1～5の被認定者であり、かつ認知症の状態(日常生活自立度Ⅱ以上)であると医師からの診断があること。
- ② 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。
- ③ 自傷他害のおそれがないこと。
- ④ 常時医療機関において治療をする必要がないこと。
- ⑤ 重要事項説明書に記載する事業所の運営方針に賛同した上で、認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護契約条項を承認できること。

8. サービスの内容

介護計画の立案

- ・適切なアセスメントを行い、本人・家族・代理人等が望む生活が実現できるような介護計画作成を行います。

食事

- ・食事時間 朝食:午前 8時  
                  昼食:午後12時  
                  夕食:午後 6時
- ・本人の希望、体調にあわせて、自由に時間を変更し場所を選べます。
- ・利用者と職員が、できる限りの範囲で食事の準備・後片付けを行ない、役割や生きがい、充実感や達成感を持って生活していくことができるよう支援していきます。

排泄

- ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。

入浴

- ・原則、2回／週の入浴または清拭を行い、清潔の保持と整容を行います。体調不良や拒否があり、予定した時に入浴頂けない場合は、日時を変更する等、柔軟に対応していきます。

生活介護

- ・一人一人の生活リズムに合わせた支援をします。
- ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行なわれるよう援助します。
- ・清潔な寝具を提供します。

生活相談

- ・利用者若しくはその家族又は利用者の代理人からの相談について、誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

行政手続き代行

- ・行政機関への手続きが必要な場合は、利用者や利用者の代理人の状況によっては代行します。

機能訓練

- ・離床援助・屋外散歩同行・家事共同等により生活機能の維持・改善に努めます。

金銭の管理

- ・原則、金銭・貴重品のお持ち込みはご遠慮願います(紛失した場合の責任は負えません)。
- ・やむを得ず持ち込まれる場合は、本人で管理をお願いします。

記録の保存・開示

- ・サービス提供に関する記録を作成することとし、これを契約終了後5年間保管いたします。
- ・利用者若しくはその家族又は利用者の代理人からの文書又は口頭による申し出によりサービス提供に関する記録の閲覧及び複写の提供を致します。

9. 入所の手続き(必要な書類など)

- ① 介護保険被保険者証
- ② 健康保険被保険者証
- ③ 老人医療受給者証
- ④ 介護保険負担割合証
- ⑤ 身体障害者手帳(障害のある方)
- <注意> 更新毎に必ず施設までお届けください

10. 退所の手続き

- (1) 利用者からの退所の申し出(中途解約)  
退所を希望する日の30日前までに申し出てください。

ただし以下の場合(契約及び取引上の社会通念に照らして軽微であるときは除く)には即時に契約を解約・解除し、事業所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 利用者が入院された場合。
- ③ 事業所又はサービス従事者が正当な理由なく契約に定めるサービスを実施しない場合。
- ④ 事業所又はサービス従事者が守秘義務に違反した場合。
- ⑤ 事業所又はサービス従事者が故意又は過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他サービスを継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ⑥ 他の利用者が利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合又は傷つける恐れがある場合において、事業所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(契約解除)

以下の場合には、契約及び取引上の社会通念に照らして軽微であっても、適切な予告期間をおいて退所していただくことがあります。ただし、退所通告をするに当たっては次の第3号を除き利用者及び利用者代理人に十分な弁明の機会を設けるものとします。

- ① 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、若しくは不実の告知を行い、又は虚偽の申請その他不正な方法により入居し、その結果契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ② 利用者が正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を2ヶ月分以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれを支払われない場合。
- ③ 伝染性疾患により他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあると医師が認め、かつ利用者の退去の必要があるとき。
- ④ 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おそれがあり、かつ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事業者が判断したとき。
- ⑤ 利用者が、故意又は重大な過失により事業所又はサービス従事者若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等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。
- ⑥ 利用者が病院に入院し、2ヶ月以上経過した場合、又は明らかに2ヶ月以内に退院できる見込みがない場合。
- ⑦ 利用者が、通知なく契約開始日より30日以上当該事業所に入居しないとき。
- ⑧ 極端な視力の低下、又は恒常的な医療行為を必要とする等、本物件での介護対応が困難となったとき。
- ⑨ 利用者が介護老人福祉施設や介護老人保健施設に入居した場合、又は介護療養型医療施設に入院した場合。
- ⑩ 利用者又は利用者代理人が、暴力団・暴走族・反社会的組織等の構成員又はその関係者であるとき(出入りさせた場合を含む)。
- ⑪ その他、本契約に違反したとき。

(3) 自動終了

以下の場合には、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します。

- ① 介護認定により利用者の心身の状況が、自立又は要支援1と判定された場合。
- ② 事業所が解散・破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
- ③ 事業所の滅失や重大な毀損により、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 事業所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。

11. 施設利用にあたっての留意点

面会

・面会時間午前9:00～午後7:00

それ以外の時間帯についてはご相談下さい。

・インフルエンザの流行時など、面会時間・方法にご配慮頂く場合があります。

外出・外泊

・必ず行き先と帰所時間、食事の必要の有無など必要なことを所定の用紙で職員にお届け下さい。

喫煙・飲酒

・決められた場所をお願いします。

所持品の持ちこみ

・家具・衣類の持ち込みは、居室内に収まりきる範囲内でお持ち下さい。(備え付けの収納有り)

・季節毎の衣類の入れ替えはご家族・代理人等にてお願い致します。

宗教・政治活動

・施設内での宗教活動・政治活動はご遠慮下さい。

ペット

・ペットの飼育はお断りします。

食べ物の持ち込み

・衛生管理上、1回で食べきれる量でお願いします。

12. サービス内容に関する苦情

事業所は、提供されたサービスに関する苦情の申し立てや相談・意見・要望等があった場合は、速やかに対応を行います。

『サービスについての苦情や相談がある場合は、以下までご連絡ください。』

(1) 【グループホーム福岡天神南さくらそう】の苦情相談窓口

電話:092-738-6066

FAX:092-762-5600

担当者:ホーム長 小川 和也

(2) 【セントスタッフ株式会社】総合ご利用者苦情相談窓口

電話:03-6803-5621

FAX:03-6803-5627

担当者:柴 伸之介

※相談を受けた後、事業所は速やかに事実関係を調査し、その結果並びに改善の有無並びに改善の方法について、問合せ者又は申立者に文書で報告します。

※事業所は疑問、問合せ及び苦情申立てがなされたことをもって、利用者に対しいかなる不利益、差別的取扱いもいたしません。

(3) 公共機関による介護保険の苦情や相談に関しては他に下記の相談窓口があります。

福岡市役所

介護保険課

ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時30分

ご利用方法 電話 092-711-4257

中央区保健福祉センター 福祉・介護保険課

ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時30分

ご利用方法 電話 092-718-1145

13. 退所時の援助

契約の終了により利用者が退所する際には、利用者及び利用者代理人の希望、利用者が退所後に生活されることとなる環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を行います。

14. 秘密保持の厳守

事業所及びすべての従業者は、サービス提供する上で知り得た利用者及び利用者代理人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様といたします。

15. 個人情報の保護

- ① 事業所は、自らが作成または取得し、保存している利用者等の個人情報について、個人情報の保護に関する法律その他関連法令及び、事業所の諸規則に則り、適正な取扱いを行います。
- ② 事業所は、法令規則により公的機関あて報告が義務付けられているもの、及び緊急の場合の医療機関等への利用者の心身等に関する情報提供、その他、利用者が『個人情報の使用に係る同意書』にて予め同意しているもの以外に、利用者又は利用者代理人の同意なく第三者に個人情報の提供を行いません。
- ③ 事業所で作成し、保存している利用者の個人情報、記録については、利用者及び利用者代理人はいつでも閲覧できます。また、実費にて複写することもできます。

16. 身体拘束廃止に向けての取り組み

- ① サービス提供に当たり、利用者又は他の利用者の生命または身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。
- ② 緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、その事由を利用者及び利用者代理人に、【緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書】をもって説明し、同意を得ます。
- ③ 事業所は、緊急やむを得ず行う身体拘束について、実施状況の記録を整備し、その廃止に向けて対策を検討する委員会を随時開催するなど、身体拘束廃止の取り組みをします。

17. 感染症対策

- ① 事業所は、感染症及び食中毒の予防及び蔓延の防止のための指針を整備します。
- ② 事業所は、対策を検討する委員会を2ヶ月に一回程度、定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底をはかります。また従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及び蔓延の防止のための研修を定期的の実施します。
- ③ 以上のほか、別に厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

18. 介護事故発生の防止

- ① 事業所は、事故が発生した場合の対応、次に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備します。
- ② 事業所は、事故が発生した時その他それに至る危険性がある事態が生じた時に当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備します。
- ③ 事業所は、事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行います。

19. 緊急時の対処方法

利用者に容態の変化等があった場合は、「緊急連絡先」に基づき、利用者代理人へ連絡するとともに、医師あるいは協力医療機関に連絡し、医師の指示に従います。  
緊急連絡先

|           |                                |  |
|-----------|--------------------------------|--|
| 主治医       | 主治医氏名                          |  |
|           | 連絡先                            |  |
| ご家族       | 氏名                             |  |
|           | 連絡先                            |  |
| 主治医への連絡基準 | 発熱時等の体調不良時、その他主治医の診断が必要と認めるとき。 |  |

20. 非常災害対策

- ① 防災の対応:消防計画に基づき速やかに消火活動に努めるとともに、利用者の避難・誘導にあたります。
- ② 防災設備:防火設備、非常放送設備等、必要整備を設けます。
  - ・各居室にはスプリンクラーを設置しています。
  - ・自動火災報知器連動電気錠を採用しています(各階非常口および通用口)。
  - ・消防署への自動火災通知システムを採用しています。
- ③ 防災訓練:消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、職員及び利用者が参加する消火通報、避難訓練を年間計画で実施します。
- ④ 非常災害時に食料・飲料水・その他生活必需品を確保するため、利用者及び職員用の備蓄を必要量行います。

21. 損害賠償

- (1) 事業所は、利用者に対する介護サービスの提供にあたって、万が一事故が発生し、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償します。ただし、被害発生について利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずることができます。
- (2) 事業者は、万が一の事故発生に供えて損害保険ジャパン株式会社の損害賠償責任保険に加入しています。
- (3) 利用者の故意又は重過失により、居室または備品につき通常の保守・管理の程度を越える補修等が必要となった場合には、その費用は利用者及び利用者代理人が負担します。

22. その他

- (1) 通院・入退院時の送迎  
緊急時を除き、通院・入退院時の送迎は、ご家族・代理人等のご協力をお願いします。
- (2) 入院時の対応  
入院中の対応は、ご家族・代理人等をお願いします。



(3) 居室の決定・変更等について

入居時の居室決定は利用者の身体状況及び病状を考慮し事業所で決定致します。  
また、入居後にグループホーム内の利用者の身体状況及び病状に大きな変化があった際は居室の変更をお願いする場合があります。

23. 運営推進会議

事業所が地域に密着し、開かれたものにするために、運営推進会議を設置しています。

- (1) 運営推進会議では、事業所の活動状況・サービスの実施状況の報告をし、それを評価・監視し、必要な要望・助言を行うことで、事業所による利用者の抱え込みを防止し、適正な運営の確保とサービスの質の向上および地域福祉の向上に寄与します。
- (2) 運営推進会議には、構成委員として利用者2名と利用者家族2名に参加していただきます。

24. 当法人の概要

名称:セントスタッフ株式会社  
代表者役職・氏名:代表取締役 片山 直樹  
当法人所在地:東京都中央区日本橋茅場町1-8-3 JP茅場町ビル2階  
電話:03-6803-5621

以上

契約書及び本書面の交付を受け、事業者から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についての重要な事項の説明を受けました。これを証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名の上、各自1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

【利用者】

住 所

氏 名

【利用者の署名代行者】

私は、利用者本人の契約意思を確認し署名代行しました。

利用者との関係

【身元引受人】

住 所

氏 名

【利用者の代理人】

私は、利用者本人の代理人としてこの説明内容を確認し、利用者本人に代わり、署名をしました。

利用者との関係

注意：原則として扶養者(家族)とします。

署名代行事由

住 所

氏 名

住 所

氏 名

【事業者】

東京都中央区日本橋茅場町 1-8-3

JP 茅場町ビル 2 階

セントスタッフ株式会社

代表取締役 片山 直樹



【事業者】

住 所 福岡市中央区春吉 2-15-18

事業所名 グループホーム福岡天神南さくらそう

(介護保険事業所番号:4091000119)

重要事項を説明した者

氏 名