

グループホームふるさと重要事項説明書

(指定認知症対応型共同生活介護事業)

(指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業)

<令和元年 10月 1日現在>

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 ふるさと
代表者名	理事長 北 島 淳 朗
所在地・連絡先	(住所) 〒851-3502 長崎県西海市西海町川内郷1484番地 (電話) 0959-32-0785 (FAX) 0959-32-2031

2 事業所の概要

事業所の名称	グループホーム ふるさと
事業所番号	4271101893
管理者の氏名	谷上拓弥 松本憲和
所在地・連絡先	(住所) 〒851-3502 長崎県西海市西海町川内郷1680番地 (電話) 0959-32-2323 (FAX) 0959-32-2333
サービスを提供する地域	西海市

3 共同生活介護の目的及び運営方針

(1) 目的

社会福祉法人ふるさとが開設する「グループホームふるさと」(以下「事業所」という)が行う指定認知症対応型共同生活介護及び、指定介護予防認知症対応型共同生活介護の事業(以下「事業」という)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護従業者が、認知症状を伴う要介護または要支援状態の高齢者に対し、適正な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を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

①指定居宅サービスに該当する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の事業は、認知症を伴う要介護または要支援状態等となっ

た場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その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、入浴、排せつ、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、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。

②事業の実施に当たっては、関係市町村、地域保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3) その他

事 項	内 容
(介護予防) 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、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、介護従業者と協議の上、認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防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）に記載してお客様に説明のうえ交付します。

4 設備の概要

(1) 構造等

敷 地		2, 5 1 2 . 5 2 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート1階建
	述べ床面積	8 2 6 . 1 0 m ²
	利 用 定 員	1 8 名

(2) 居室

居室の種類	室 数	面積（一人あたりの面積）	備 考
1 人 部 屋	1 8	2 4 4 . 3 4 m ² （1 3 . 5 7 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/台所	2	7 9 . 6 4 m ² （4 . 4 2 m ² ）	
事務室	1	6 0 . 6 3 m ²	
トイレ	1 4		
浴 室	2		

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)	備 考
		常 勤 (人)		非常勤 (人)			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
管 理 者	2		2			0 . 8	
計画作成担当	2		2			0 . 4	
介 護 職 員	1 5	1 0	3	2		1 3	
看護師	1			1		0 . 1	

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制
管 理 者	B (9 : 00 ~ 18 : 00)
介 護 職	A (6 : 30 ~ 15 : 30) D (13:00 ~ 22:00) B (8 : 00 ~ 17 : 00) 夜勤 (22:00 ~ 7:00) C (10 : 00 ~ 19 : 00)

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、介護従業者がお客様のお手伝いをします。

種 類	内 容
介護計画の立案	利用者に応じた介護計画を立案いたします。
日常生活の援助	食事、掃除などの家事や入浴、排泄のお手伝いを行います。
レクリエーション等	手芸クラブ・書道クラブ・ドライブ・小旅行
相談及び援助	入所者とその家族からのご相談に応じます。

イ 費用

原則として自己負担割合に相当する額が利用者の負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が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。

【料金表】令和元年 10 月 1 日厚生労働省告示

要介護度	負担料（１割の場合）					
	基本単価 （１日）	医療連携体制 加算（１日）	サービス提供 体制強化加算	処遇改善加 算	特定処 遇改善	３０日換算
要支援 2	745 円		18 円	85 円	24 円	26, 141 円
要介護 1	749 円	39 円	18 円	89 円	25 円	27, 614 円
要介護 2	784 円	39 円	18 円	93 円	26 円	28, 813 円
要介護 3	808 円	39 円	18 円	96 円	27 円	29, 634 円
要介護 4	824 円	39 円	18 円	98 円	27 円	30, 183 円
要介護 5	840 円	39 円	18 円	100 円	28 円	30, 731 円
< 備 考 > ※ 入居から 30 日間は 1 日当り 30 円が初期加算として加算されます。 ※ 医療機関へ 1 ヶ月以上入院した後、退院し再入居される場合は 1 日当たり 30 円が初期加算として加算されます。 ※ 医療機関へ入院し退院後も当施設への入居を望まれる場合、1 ヶ月に 6 日を限度とし 1 日 246 円が算定されます。 ※ 医療連携体制加算（Ⅰ）として 1 日当たり 39 円が加算されます。 ※ サービス体制強化加算（Ⅰ）イ・・・1 日当たり 18 円 （介護職員にうち、介護福祉士が 60％以上であること） ※ 処遇改善加算（基本単価＋医療連携体制加算＋サービス提供体制加算）×11.1％ ※ 特定処遇改善加算（基本単価＋医療連携体制加算＋サービス提供体制加算）×3.1％ ※ 認知症専門ケア加算・・・1 日当たり 3 円 （医師より認知症老人日常生活自立度がⅢ～Ⅳと判定された方） ※ 若年性認知症利用者受け入れ加算・・・1 日当たり 120 円 （認知症と診断された 65 歳未満の方） ※ 栄養スクリーニング加算・・・1 回 5 円 （栄養スクリーニングを行い計画作成担当者と情報を文書で共有した場合） ※ その他、ご利用者の状況によって、看取り介護加算（死亡日以前 30 日を上限として死亡月に加算：1 日当たり 144 円）や退居時相談援助加算（グループホームを退居し、居宅サービスや他の地域密着型サービスを利用する場合の相談支援：1 回 400 円）が生じる場合があります。						

※短期利用（ショートステイ）の場合

一つの共同生活住居（ユニット）につき定員の枠内で 1 名を限度として、あらかじめ 30 日以内の期間定めてサービス提供を行なった場合に算定する。

要介護度	負担料（１割の場合）					
	基本単価 （１日）	医療連携体制 加算（１日）	サービス提供 体制強化加算	処遇改善加 算	特定処 遇改善	３０日換算
要支援 2	773 円		18 円	88 円	24 円	27, 100 円
要介護 1	777 円	39 円	18 円	93 円	26 円	28, 573 円
要介護 2	813 円	39 円	18 円	97 円	27 円	29, 806 円

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

【料金表】令和元年 1 0 月 1 日厚生労働省告示

要介護度	負担料（2割の場合）					
	基本単価 (1日)	医療連携体制 加算(1日)	サービス提供 体制強化加算	処遇改善加 算	特定処 遇改善	30日換算
要支援 2	1,490円		36円	169円	47円	52,281円
要介護 1	1,498円	78円	36円	179円	50円	55,227円
要介護 2	1,568円	78円	36円	187円	52円	57,625円
要介護 3	1,616円	78円	36円	192円	54円	59,270円
要介護 4	1,648円	78円	36円	196円	55円	60,366円
要介護 5	1,680円	78円	36円	199円	56円	61,462円

＜備 考＞

- ※ 入居から30日間は1日当たり60円が初期加算として加算されます。
- ※ 医療機関へ1ヶ月以上入院した後、退院し再入居される場合は1日当たり60円が初期加算として加算されます。
- ※ 医療機関へ入院し退院後も当施設への入居を望まれる場合、1ヶ月に6日を限度とし1日492円が算定されます。
- ※ 医療連携体制加算（Ⅰ）として1日当たり78円が加算されます。
- ※ サービス体制強化加算（Ⅰ）イ…1日当たり36円
(介護職員にうち、介護福祉士が60%以上であること)
- ※ 処遇改善加算(基本単価+医療連携体制加算+サービス提供体制加算)×11.1%
- ※ 特定処遇改善加算(基本単価+医療連携体制加算+サービス提供体制加算)×3.1%
- ※ 認知症専門ケア加算…1日当たり6円
(医師より認知症老人日常生活自立度がⅢ～Ⅳと判定された方)
- ※ 若年性認知症利用者受け入れ加算…1日当たり240円
(認知症と診断された65歳未満の方)
- ※ 栄養スクリーニング加算…1回10円
(栄養スクリーニングを行い計画作成担当者と情報を文書で共有した場合)

その他、ご利用者の状況によって、看取り介護加算（死亡日以前30日を上限として死亡月に加算：1日当たり288円）や退居時相談援助加算（グループホームを退居し、居宅サービスや他の地域密着型サービスを利用する場合の相談支援：1回800円）が生じる場合があります。

※短期利用（ショートステイ）の場合

一つの共同生活住居（ユニット）につき定員の枠内で1名を限度として、あらかじめ30日以内の期間定めてサービス提供を行なった場合に算定する。

要介護度	負担料（2割の場合）					
	基本単価 (1日)	医療連携体制 加算(1日)	サービス提供 体制強化加算	処遇改善加 算	特定処 遇改善	30日換算
要支援 2	1,546円		36円	176円	49円	54,199円
要介護 1	1,554円	78円	36円	185円	52円	57,145円

要介護 2	1,626円	78円	36円	193円	54円	59,612円
要介護 3	1,674円	78円	36円	198円	55円	61,257円
要介護 4	1,706円	78円	36円	202円	56円	62,354円
要介護 5	1,738円	78円	36円	206円	57円	63,449円

【料金表】令和元年10月1日厚生労働省告示

要介護度	負担料（3割の場合）					
	基本単価 （1日）	医療連携体制 加算（1日）	サービス提供 体制強化加算	処遇改善加算	特定処遇 改善	30日換算
要支援 2	2,235円		54円	254円	71円	78,421円
要介護 1	2,247円	117円	54円	268円	75円	82,841円
要介護 2	2,352円	117円	54円	280円	78円	86,438円
要介護 3	2,424円	117円	54円	288円	80円	88,904円
要介護 4	2,472円	117円	54円	293円	82円	90,549円
要介護 5	2,520円	117円	54円	299円	83円	92,194円

＜備 考＞

※ 入居から30日間は1日当たり90円が初期加算として加算されます。

※ 医療機関へ1ヶ月以上入院した後、退院し再入居される場合は1日当たり90円が初期加算として加算されます。

※ 医療機関へ入院し退院後も当施設への入居を望まれる場合、1ヶ月に6日を限度とし1日738円が算定されます。

※ 医療連携体制加算（Ⅰ）として1日当たり117円が加算されます。

※ サービス体制強化加算（Ⅰ）イ…1日当たり54円

（介護職員にうち、介護福祉士が60%以上であること）

※ 処遇改善加算（基本単価＋医療連携体制加算＋サービス提供体制加算）×11.1%

※ 特定処遇改善加算（基本単価＋医療連携体制加算＋サービス提供体制加算）×3.1%

※ 認知症専門ケア加算…1日当たり9円

（医師より認知症老人日常生活自立度がⅢ～Mと判定された方）

※ 若年性認知症利用者受け入れ加算…1日当たり360円

（認知症と診断された65歳未満の方）

※ 栄養スクリーニング加算…1回15円

（栄養スクリーニングを行い計画作成担当者と情報を文書で共有した場合）

※その他、ご利用者の状況によって、看取り介護加算（死亡日以前30日を上限として死亡月に加算：1日当たり432円）や退居時相談援助加算（グループホームを退居し、居宅サービスや他の地域密着型サービスを利用する場合の相談支援：1回1,200円）が生じる場合があります。

※短期利用（ショートステイ）の場合 一つの共同生活住居（ユニット）につき定員の枠内で1名を限度として、あらかじめ30日以内の期間定めてサービス提供を行なった場合に算定する。

要介護度	負担料（3割の場合）					
	基本単価 （1日）	医療連携体制 加算（1日）	サービス提供 体制強化加算	処遇改善加算	特定処遇 改善	30日換算
要支援 2	2,319円		54円	263円	74円	81,299円
要介護 1	2,331円	117円	54円	278円	78円	85,719円

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

(2) 介護保険給付対象外サービス
利用料の全額を負担していただきます。

種 類	内 容	利 用 料
管理費	部屋代・水道光熱費を含む管理として徴収いたします。	1 日につき 1, 0 0 0 円
食材料費	栄養のバランスと楽しい食事が出来るメニューにて提供します。(おやつを含みます)	朝食 2 0 0 円 昼食 4 0 0 円 夕食 4 0 0 円
理美容	理美容免許有資格者による理美容サービスを利用いただけます。	1 回につき 1, 5 0 0 円
レクリエーション 行事	主なレクリエーション行事 近隣観光地 (HTB など) 等への小旅行 ※参加されるか否かは任意です。	実費をご負担いただきます
健康管理	結核検診、インフルエンザなどの予防接種など健康管理にかかる費用です。	実費をご負担いただきます
おむつ代他	おむつやパッドを使用される方にかかる費用です。	実費をご負担いただきます

○ その他の費用

食材料費その他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サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

8 利用料等のお支払方法

毎月、20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、当月末日までに下記の方法でお支払いください。

1) 指定する口座へのお振り込み

親和銀行大串支店
普通預金 (口座番号 3 0 5 0 5 2 9)
口座名義 グループホームふるさと
※入金確認後、領収証を発行します。

2) 口座引落

3) 現金にて事務所へ支払い

＊利用料金は、暦月による利用料金の合計額を翌月に毎月お支払い下さい。尚、利用期間が 1 ヶ月に満たない期間を利用した場合は、日割り計算にて算出いたします

9 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者	施設長 永野 修
	ご利用時間	9：00～18：00
	ご利用方法	電 話（0959－32－2323）
		面 接（当事業所相談室） 苦情箱（玄関に設置）

※次の公的機関において苦情申し出ができます。

- 西海市保健福祉部長寿介護課
西海市大瀬戸町瀬戸檜浦郷 2 2 7 8－1
電 話：0959-37-0024
受付時間：午前 9 時～午後 5 時（土日・祝日を除く）
- 西海市社会福祉協議会
西海市西海町黒口郷 1477-1
電 話：0959-29-4081
受付時間：午前 9 時～午後 5 時（土日・祝日を除く）
- 長崎県福祉保健部長寿社会課
長崎市尾上町 3－1
電 話：095-895-2431
受付時間：午前 9 時～午後 5 時（土日・祝日を除く）
- 国民健康保険団体連合会
長崎市今博多町 8 番地 2
電 話：095-826-7291
受付時間：午前 9 時～午後 5 時（土日・祝日を除く）

※苦情処理第三者委員

公平中立な立場で苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

- ふるさと家族会会長 福浦 敏 電話：0959-32-0359
- 西海市長寿介護課課長 浦上友子 電話：0959-37-0024
- 西海市社会福祉協議会会長 宮崎正宏 電話：0959-29-4081

10 運営推進会議の設置

事業者は、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の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告すると共に、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置

しています。

- ・ 構成：利用者ご家族代表、民生委員、地域包括支援センター職員等
- ・ 開催：概ね年 6 回開催
- ・ 議事録：内容・評価・要望・助言等について記録作成し開示

1 1 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合などには、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

1 2 事故発生時の対応と賠償責任について

サービス事業により事故が発生した場合には、家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、損害の発生について利用者様に故意、または過失が認められた場合、利用者様の心身の状況を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

1 3 衛生管理について

事業所の設備、備品等については消毒等の衛生管理を徹底し、空調設備により適切な温度管理を行います。

また、利用者、職員ともに手洗い、うがいを励行し、感染予防の徹底に努めます。

1 4 守秘義務に関する対策

事業者及び従業員は、業務上知り得た利用者または家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業員との雇用契約の内容としています。

1 5 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し従業員教育を行います。

1 6 虐待防止に関する対策

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置

1 7 身体拘束の禁止

原則として利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及び家族へ十分な説明をし、同意を得ます。また、身体的拘束等適

正化検討委員会を開催し予防対策に努めるとともに、定期的に研修を行い、介護職員その他の職員に周知徹底を図ります。

1 8 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「グループホームふるさと消防計画」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「グループホームふるさと消防計画」にのっとり年2回以上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
	スプリンクラー	77 個所	非常通報装置	あり
	避難路	6 個所	屋内消火栓	なし
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘導灯	8 個所	熱・煙感知器	44 箇所
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	佐世保東消防署への届出日：平成15年11月21日 防火管理者：大石方也			

1 9 協力医療機関等

①医療機関の名称	金森医院
院長名	金森 頼和
所在地	西海市西海町川内郷 1250 番地
診療科	内科
②医療機関の名称	たいら医院
院長名	平 稔
所在地	西海市西海町木場郷 528 番地 2
診療科	内科・外科
③医療機関の名称	真珠園療養所
院長名	藤丸 浩輔
所在地	西海市西彼町八木原郷 3453-1
診療科	精神科・内科・外科・皮膚科
④医療機関の名称	田中医院
院長名	田中 純智男
所在地	西海市西海町黒口郷 1491
診療科	内科、小児科、耳鼻咽喉科、整形外科、皮膚科
⑤医療機関の名称	杏林病院
院長名	奥川 信治
所在地	佐世保市早苗町 491-14
診療科	
⑥医療機関の名称	福田外科
院長名	福田 俊郎
所在地	佐世保市藤原町 38-3
診療科	胃腸科、外科、整形外科、婦人科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科
⑦医療機関の名称	大串歯科医院
院長名	大串 博
所在地	佐世保市日宇町 6 7 8 - 3
診療科	歯科
⑧医療機関の名称	田中医院

院長名	田中 雅子
所在地	佐世保市本島町 2 - 1 1
診療科	皮膚科

20 住居の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間の制限はありませんが、夜間（ 21:00～翌 6:00 ）は防犯上施錠しますので、その間の来訪は予めご連絡ください。来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行く先と帰宅日時、食事の有無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（介護予防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

説明者 職 名

氏 名

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（介護予防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

身元引受人

住 所

氏 名

印