

グループホームきょうりつ

重要事項説明書

作成日 令和8年 6月 1日

①事業者概要

名 称 : 医療法人 岡仁会
所 在 地 : 大分市明積町1丁目2番9号
電 話 番 号 : 097-543-1177
F A X 番 号 : 097-545-7727
代 表 者 名 : 理事長 岡 真一郎

②事業所概要

1、事業所の名称等

名 称 : グループホームきょうりつ
所 在 地 : 大分市明積町1丁目2番28号
保険事業者指定番号 : 90100247
電 話 番 号 : 097-573-6671
F A X 番 号 : 097-573-6672
開 設 年 月 日 : 平成21年 6月 15日

2、事業所の目的

本事業所は、認知症によって自立した生活が困難になった利用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日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を利用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できるよう支援することを目的としています。

3、事業所の運営方針

- 一、本事業所において提供する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護（以下「事業」とします。）は介護保険並びに関係する厚生労働省令、告示等の内容に沿ったものとしています。
- 二、利用者の人格を尊重し、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、個別の指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画（以下「介護計画」とします。）を作成することにより利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
- 三、利用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わかりやすく説明します。
- 四、適切な介護技術をもってサービスを提供します。
- 五、常に提供したサービスの質の管理、評価を行います。

4、居室の概要（利用定員）

- ・個室18室（18名）
- ・ユニット数2（1ユニット9名）

5、共用施設の概要（1 ユニットにつき）

- ・台 所 1
- ・リビング 1
- ・浴 室 1
- ・ト イ レ 3
- ・畳コーナー 1

6、防犯防災設備

- ・火 災 受 信 機
- ・消 火 器
- ・非 常 警 報 装 置
- ・非常出口誘導灯
- ・スプリンクラー

7、緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の病状の急変が生じた場合は、速やかに主治医へ連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。また、主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。

③職員体制（主たる職員）

職員の種類	常勤		非常勤		保有資格
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者		2			・介護福祉士 2 名
計画作成担当者		2			・介護福祉士、介護支援専門員 1 名
介護職員	12	5			・介護福祉士 12 名 ・看護師 1
看護職員		1			・看護師 1 名

④勤務体制

昼間の体制 6名（早出 7：00～16：00 2名）
（日勤 8：45～17：45 2名）
（遅出 10：00～19：00 2名）
夜間の体制 2名（ 17：00～翌9：00 ）

⑤介護計画の作成

- 一、事業サービスの開始に際し利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて個別に介護計画を作成します。
- 二、介護計画の作成、変更に際しては、利用者及び家族に対し当該計画の内容を説明し、同意を得ます。
- 三、利用者に対し、介護計画に基づいて各種サービスを提供するとともに、常にその実施状況についての評価を行います。

⑥サービス及び利用料金等

1、介護保険給付のサービス内容

- 一、入浴・排泄・食事・着替え等の支援

二、日常生活上の支援

三、日常生活の中での機能訓練

四、相談・援助

※上記については包括的に提供され、下記の表による利用者の介護度と負担割合に応じて定められた金額（省令により変動有り）が自己負担となります。

区分	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本サービス費	7,490 円	7,530 円	7,880 円	8,120 円	8,280 円	8,450 円
初期加算	300 円／日（入所から 30 日を限度）					
サービス提供体制 強化加算Ⅱ	180 円／日					
医療連携体制加算 （Ⅰ）イ	無し	570 円／日				
看取り介護加算	無し	720 円／日（死亡日以前 31 日以上 45 日以下）				
		1,440 円／日（死亡日以前 4 日以上 30 日以下）				
		6,800 円／日（死亡日前日及び前々日）				
		12,800 円（死亡日）				
介護職員等処遇 改善加算Ⅰ □	所定金額に 228／1,000 を乗じた金額で算定					
協力医療機関 連携加算	1,000 円／月					
退去時情報 提供加算	2,500 円／月					
入居者の入退院支援	2,460 円／日					
生活機能向上 連携加算Ⅱ	2,000 円／月					
口腔衛生管理 体制加算	300 円／月					
退去時相談援助加算	4,000 円（1 回限度）					
栄養管理体制加算	300 円／月					
新興感染症等 施設療養費	2,400 円／月					
高齢者施設等感染 対策向上加算Ⅰ	100 円／月					
高齢者施設等感染 対策向上加算Ⅱ	50 円／月					
科学的介護推進 加算	400 円／月					

2、食材費	1,510円／日（朝食370円 昼食520円 夕食620円） 1,000円／月（おやつ代）
3、水道光熱費	700円／日 （内訳：電気代 210円 ガス代 350円 水道代 140円）
4、居室料	39,000円

※上記3、4について月の中途における入居または退去については日割り計算とします。

5、その他の経費として	レクリエーション費は実費を頂きます。 また、散髪・おむつ代等、個人で使用した物品は自己負担となります。
6、支払い方法	上記1～4の利用料金及び、おむつ代のお支払いは月ごとに発行する請求書に基づき指定銀行口座より引落しさせていただきます。

⑦入退去に当たっての留意事項

- 一、事業の対象者は、要介護・要支援2で認知症の状態にあり、かつ次の各号を満たすものとします。
 - (1)少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。
 - (2)自傷他害のおそれがないこと。
 - (3)常時医療機関において治療をする必要がないこと。
- 二、入居後利用者の状態が変化し、前項に該当しなくなった場合は、退去してもらう場合があります。
- 三、退去に際しては、利用者及び家族の意向を踏まえた上で他のサービス提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるように退去に必要な援助を行うよう努めます。

⑧秘密保持

- 一、本事業所の職員は、業務上知り得た利用者または、その家族の秘密を保持することを厳守します。
- 二、職員であった者が業務上知り得た利用者または、その家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

⑨苦情処理

利用者からの苦情に対して迅速かつ、適切に対応するための窓口を設置し事実関係の調査の実施、改善措置、利用者家族に対する説明、記録の整備等必要な措置を講ずるものとします。

窓口責任者：佐々木 肇 ・ 田原 麻美
相談場所：当事業所ゲストルーム
連絡先：097-573-6671

⑩事故発生時の対応方法

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、協力機関等との連携を図り、必要な措

置を講じます。事故については、事業所として事故の状況、経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。
また、賠償すべき事故であった場合は、損害賠償を速やかに行います。

⑪衛生管理

- 一、事業を提供するのに必要な設備、備品等の衛生を保持し、常に衛生管理に留意します。
- 二、職員は感染症等に関する知識の習得に努めます。

⑫非常災害対策

非常災害が発生した場合、職員は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は日常的に具体的な対処方法、避難経路の確認及び協力機関等との連携を図り、避難訓練を行います。

⑬虐待防止

- 一、本事業所は利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、次の措置を講ずるものとします。
 - (1)虐待を防止するための職員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。
- 二、本事業所はサービス提供中に当該事業所職員または養護者（利用者の家族等を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。
- 三、その他虐待防止のために必要な措置
 - (1)責任者の選定
管理者：佐々木 肇 ・ 田原 麻美
 - (2)成年後見制度の利用支援 等

⑭協力医療機関

大分共立病院 ： 大分市明礪町1丁目2番9号
Tel543-1177 fax545-7727
一般社団法人悠愛 ： 大分市萩原4丁目9番1号
Tel547-8801 fax547-8829

同意書

令和 年 月 日

グループホームきょうりつの利用に当たって、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

(事業者) 所在地：大分県大分市明礪町1丁目2番28号
法人名：医療法人 岡仁会
代表者名：理事長 岡 真一郎 (印)
事業所名：グループホームきょうりつ
説明者： _____

私は、本書面により事業者からグループホームきょうりつについての重要事項の説明を受けました。また個人情報につきましては、サービス担当者会議等に必要なときは、最小限の範囲内において関係者に提示することに同意致します。

(利用者)
住所： _____
氏名： _____ (印)

(代理人)
住所： _____
氏名： _____ 続柄 () (印)