

## グループホーム安心なかばる 重要事項説明書

本重要事項説明書は、契約に先立ってあらかじめ契約内容及びその履行に関する事項を説明するものです。

### 1. 事業者

名称 九州メディカル・サービス株式会社  
所在地 〒841-0061  
佐賀県鳥栖市轟木町1580番地  
法人種別 株式会社  
代表者 代表取締役 今村 洋子  
連絡先 電 話 0942 (82) 4579  
FAX 0942 (82) 4600

### 2. 事業所の目的と運営方針

事業目的 要支援2又は要介護状態にある認知症高齢者が共同生活を通し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にする。

運営方針 いかなるときも利用者本位の運営を行い、元気で楽しく、生きがいのある生活を支援します。

### 3. 施設概要

名 称 グループホーム安心なかばる  
介護保険指定番号 4191200072  
所 在 地 佐賀県三養基郡みやき町大字原古賀190番地3  
連 絡 先 (代表) 0942 (94) 5331  
敷 地 888.67㎡  
建 物 介護居室 18室 (9.0㎡) 2ユニット  
定員 18名 2ユニット  
延床面積 492.92㎡  
共同施設 食堂・居間・浴室・トイレ (A棟・B棟)  
職員総数 職員の職種、員数、及び職務内容については下記となります。但し、各々の業務を兼務にて行う場合があります。

#### ◎管 理 者 1名

管理者は、事業所の従業者の管理、事業所への利用申込みに係る調整、及び業務の管理等を行うと共に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）の各種基準を遵守するために必要な指揮命令を行う。

◎介護支援専門員 1名以上

介護支援専門員は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）の利用に関する計画の作成及び利用者又は家族への説明・実施状況の把握を行う。

なお、介護支援専門員は、介護支援専門員でない他の計画作成担当者の業務を監督する。

◎計画作成担当者（各ユニット） 1名

計画作成担当者は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）の利用に関する計画の作成及び利用者又は家族への説明・実施状況の把握を行う。なお、介護支援専門員が兼務する場合がある。

◎介護従業者（日中は、入居者3名に対し1名の職員体制を原則としています。）

介護従業者は介護保険法令に基づき、利用者に必要な介護等を行う。

◎夜勤者（各ユニット） 1名

4. 休業日 無

5. サービス内容

◎（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画の作成

◎食事

- ・ 1日3食
- ・ 料理の温度を大切にし、食堂にて摂っていただくよう配慮します。
- ・ 食事時間 朝食 8:00～ 9:00  
昼食 12:00～13:00  
夕食 17:00～18:00

◎排泄

- ・ 利用者の状況に応じ、適切な排泄の介助と排泄の自立援助を行います。

◎入浴

- ・ 週に2回以上 入浴または清拭を行います。

◎日常生活上の世話

- ・ 家事（居室の掃除・洗濯）
- ・ 身辺介護（居室からの移動・衣類の着脱・外出時の付き添い）
- ・ 健康管理（検温・血圧測定等）
- ・ 洗面・整髪・髭剃り・爪きり等
- ・ シーツ交換

◎行政手続き等の代行（利用者本人又はその家族が行うことが困難な場合で、

かつ家族の同意がある場合)

◎機能訓練

- ・ 離床援助、野外散歩同行、家事共同、体操その他レクリエーション等により生活機能の維持・改善に努めます。

◎医師の往診又は訪問診療の手配等

- ・ 医師の往診の手配、その他療養上の世話をします。
- ・ 体調や病状の変化等の際に、医療機関等との連絡・連携等を行います。

◎相談および援助

- ・ 利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行ないます。

## 6.毎月の利用料

### 介護保険給付サービス（法定代理受領サービス）

| 【(介護予防) 認知症対応型共同生活介護費 (Ⅱ)】 |           | 1日あたり        |               |               |               | 月額（1月30日として） |               |               |               |
|----------------------------|-----------|--------------|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| 該当区分                       | 要支援・要介護区分 | 介護給付費<br>単位数 | 自己負担額<br>(1割) | 自己負担額<br>(2割) | 自己負担額<br>(3割) | 介護給付費<br>単位数 | 自己負担額<br>(1割) | 自己負担額<br>(2割) | 自己負担額<br>(3割) |
| <input type="checkbox"/>   | 要支援2      | 749          | 749           | 1,498         | 2,247         | 22,470       | 22,470        | 44,940        | 67,410        |
| <input type="checkbox"/>   | 要介護1      | 753          | 753           | 1,506         | 2,259         | 22,590       | 22,590        | 45,180        | 67,770        |
| <input type="checkbox"/>   | 要介護2      | 788          | 788           | 1,576         | 2,364         | 23,640       | 23,640        | 47,280        | 70,920        |
| <input type="checkbox"/>   | 要介護3      | 812          | 812           | 1,624         | 2,436         | 24,360       | 24,360        | 48,720        | 73,080        |
| <input type="checkbox"/>   | 要介護4      | 828          | 828           | 1,656         | 2,484         | 24,840       | 24,840        | 49,680        | 74,520        |
| <input type="checkbox"/>   | 要介護5      | 845          | 845           | 1,690         | 2,535         | 25,350       | 25,350        | 50,700        | 76,050        |

### 【各種加算】

| 取得の有無                    | 加算名           |                  | 算定期間  | 介護給付費<br>単位数 | 自己負担額<br>(1割) | 自己負担額<br>(2割) | 自己負担額<br>(3割) |
|--------------------------|---------------|------------------|-------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 初期加算          | ※入居日から30日以内の期間   | 1日あたり | 30           | 30            | 60            | 90            |
| <input type="checkbox"/> | 医療連携体制加算（Ⅰ）イ  | ※要支援2の方は対象外      | 1日あたり | 57           | 57            | 114           | 171           |
| <input type="checkbox"/> | 医療連携体制加算（Ⅰ）ロ  | ※要支援2の方は対象外      | 1日あたり | 47           | 47            | 94            | 141           |
| <input type="checkbox"/> | 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ  | ※要支援2の方は対象外      | 1日あたり | 37           | 37            | 74            | 111           |
| <input type="checkbox"/> | 医療連携体制加算（Ⅱ）   | ※要支援2の方は対象外      | 1日あたり | 5            | 5             | 10            | 15            |
| <input type="checkbox"/> | 認知症専門ケア加算（Ⅰ）  | ※認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方 | 1日あたり | 3            | 3             | 6             | 9             |
| <input type="checkbox"/> | 生活機能向上連携加算（Ⅰ） |                  | 1月あたり | 100          | 100           | 200           | 300           |
| <input type="checkbox"/> | 生活機能向上連携加算（Ⅱ） |                  | 1月あたり | 200          | 200           | 400           | 600           |
| <input type="checkbox"/> | 栄養管理体制加算      |                  | 1月あたり | 30           | 30            | 60            | 90            |

|                          |                   |                                             |     |     |     |     |
|--------------------------|-------------------|---------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> | 口腔衛生管理体制加算        | 1 月あたり                                      | 30  | 30  | 60  | 90  |
| <input type="checkbox"/> | 口腔・栄養スクリーニング加算    | 1 回あたり                                      | 20  | 20  | 40  | 60  |
| <input type="checkbox"/> | 科学的介護推進体制加算       | 1 月あたり                                      | 40  | 40  | 80  | 120 |
| <input type="checkbox"/> | 協力医療機関連携加算        | 1 月あたり                                      | 100 | 100 | 200 | 300 |
| <input type="checkbox"/> | 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） | 1 月あたり                                      | 10  | 10  | 20  | 30  |
| <input type="checkbox"/> | 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） | 1 月あたり                                      | 5   | 5   | 10  | 15  |
| <input type="checkbox"/> | 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）   | 1 月あたり                                      | 150 | 150 | 300 | 450 |
| <input type="checkbox"/> | 認知症チームケア推進加算（Ⅱ）   | 1 月あたり                                      | 120 | 120 | 240 | 360 |
| <input type="checkbox"/> | 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）    | 1 月あたり                                      | 100 | 100 | 200 | 300 |
| <input type="checkbox"/> | 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）    | 1 月あたり                                      | 10  | 10  | 20  | 30  |
| <input type="checkbox"/> | サービス提供体制強化加算（Ⅰ）   | 1 日あたり                                      | 22  | 22  | 44  | 66  |
| <input type="checkbox"/> | サービス提供体制強化加算（Ⅱ）   | 1 日あたり                                      | 18  | 18  | 36  | 54  |
| <input type="checkbox"/> | サービス提供体制強化加算（Ⅲ）   | 1 日あたり                                      | 6   | 6   | 12  | 18  |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）    | 合計単位数に 18.6% を乗じた単位数で算定<br>※下表の単位も合計単位数に含む。 |     |     |     |     |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）    | 合計単位数に 17.8% を乗じた単位数で算定<br>※下表の単位も合計単位数に含む。 |     |     |     |     |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）    | 合計単位数に 15.5% を乗じた単位数で算定<br>※下表の単位も合計単位数に含む。 |     |     |     |     |
| <input type="checkbox"/> | 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）    | 合計単位数に 12.5% を乗じた単位数で算定<br>※下表の単位も合計単位数に含む。 |     |     |     |     |

【以下については、利用者が該当する場合、または該当する状況となった場合にのみ算定致します。】

| 体制<br>の有無                | 加算名                  |                     | 算定期間   | 介護<br>給付費<br>単位数 | 自己<br>負担額<br>(1 割) | 自己<br>負担額<br>(2 割) | 自己<br>負担額<br>(3 割) |
|--------------------------|----------------------|---------------------|--------|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 入院時費用                | ※1 月に 6 日を上限とする     | 1 日あたり | 246              | 246                | 492                | 738                |
| <input type="checkbox"/> | 若年性認知症利用者受入加算        |                     | 1 日あたり | 120              | 120                | 240                | 360                |
| <input type="checkbox"/> | 認知症行動・<br>心理症状緊急対応加算 | ※入居日から 7 日以内の期間     | 1 日あたり | 200              | 200                | 400                | 600                |
| <input type="checkbox"/> | 退去時相談援助加算            |                     | 1 回のみ  | 400              | 400                | 800                | 1,200              |
| <input type="checkbox"/> | 退居時情報提供加算            |                     | 1 回のみ  | 250              | 250                | 500                | 750                |
| <input type="checkbox"/> | 看取り介護加算              | 死亡日当日               | 1 日あたり | 1,280            | 1,280              | 2,560              | 3,840              |
|                          |                      | 死亡日の前日及び前々日         | 1 日あたり | 680              | 680                | 1,360              | 2,040              |
|                          |                      | 死亡日以前 4 日以上 30 日以下  | 1 日あたり | 144              | 144                | 288                | 432                |
|                          |                      | 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 | 1 日あたり | 72               | 72                 | 144                | 216                |

## 介護保険給付外サービス（法定代理受領外サービス）

介護保険給付の対象外です。実費をお支払い下さい。

◎ 食材料費 1, 200円／日

※1 日単位での請求となり、1 日 1 食以上食事をされた場合は上記の金額を請求させていただきます。

◎ 栄養補助食品 実費 ※ 必要な方のみ

◎ 医療用物品 実費 ※ 必要な方のみ

◎ お む つ 代 実費

◎ 理容美容代 実費

◎ 記録複写代 実費

◎ レクリエーション費 実費

◎ 立 替 金 実費

◎ 居 室 料 37, 900円／月

※月途中の入退所については当月日数で日割り計算[1 円未満は切り捨て]

また、入院・外泊等の不在時でも、事業所に在籍し家具等が置かれている場合は請求の対象期間とする。

◎ 水道・光熱費 13, 000円／月

※月途中入退所及び入院・外泊期間については  
当月日数で日割り計算[1 円未満は切り捨て]

◎ 上記の他、日常生活において利用者の希望により提供する場合でかつその費用を利用者が負担することが適当と認められるものは実費徴収するものとする。

## 7. 入居に当たっての留意事項

|          |                                                                                     |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 入 居      | 入居に際しては認知症であることの主治医の診断書及び介護保険被保険者証が必要であり、利用申込者が認知症状態であり、かつ要介護者又は要支援2であることを確認致します。   |
| 面 会      | 来訪者は、面会の都度職員に届け出てください。また、面会時間を遵守してください。居室に宿泊されるときは必ず許可を得てください。                      |
| 外 出      | 門限（AM8：00～PM7：00）は守って下さい。<br>外出・外泊の際には必ず行き先と帰着予定日を届け出てください。（可能な限り5日以上前に届出をお願い致します。） |
| 住居・居室の利用 | この施設内の設備、備品等は本来の使用法に従って大切にご使用下さい。これに反した利用者により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。            |
| 迷 惑 行 為  | 騒音の発生、放歌高吟等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。                                                   |

|        |                                                                                                                                  |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 所持品現金等 | 承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。<br>所持品には記名をしてください。<br>また、原則として貴重品、現金のお持ち込みはご遠慮願います。※貴重品・現金につきましては、保管・管理は致しません。また紛失時の責任は負いかねますのでご了承下さい。 |
| そ の 他  | 家族参加の行事の際には、ご協力をお願いいたします。                                                                                                        |

## 8. 協力医療機関

|         |                           |
|---------|---------------------------|
| 名 称     | 医療法人仁徳会 今村病院              |
| 所 在 地   | 佐賀県鳥栖市本通町一丁目 8 5 5 番地 1 0 |
| 電 話 番 号 | 0 9 4 2 ( 8 3 ) 3 7 7 1   |
| 診 察 料   | 医療保険にて対応                  |
| 入 院 設 備 | 有                         |
| 協力関係の概要 | 医療法人仁徳会 今村病院との契約書を締結している。 |

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| 名 称     | 元町歯科診療所                 |
| 所 在 地   | 佐賀県鳥栖市元町 1 3 0 0 - 1    |
| 電 話 番 号 | 0 9 4 2 ( 8 2 ) 4 1 4 1 |
| 診 察 料   | 医療保険にて対応                |
| 協力関係の概要 | 元町歯科診療所との契約書を締結している。    |

## 9. 非常災害時の対策

|         |                                                                                                                                                              |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 訓 練     | 別途定める業務継続計画(BCP)及び消防計画に則り、下記の訓練を実施します。<br>年 2 回以上 火災、地震等を想定した定期的な訓練予定。<br>避難・救出訓練、通報訓練、消火訓練。<br>年 2 回以上 感染症等を想定した定期的な訓練予定。<br>尚、上記については一体的な訓練として実施する場合があります。 |
| 防 災 設 備 | 自動火災報知器 誘導灯 非常灯 消火器 火災通報装置<br>ガス漏れ警報装置 スプリンクラー 非常用発電装置                                                                                                       |

## 10. 事故発生時の対応

利用者に対する（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合は、利用者の家族、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

事故の状況や事故に際してとった処置について記録し再発防止に努めます。賠償すべき事故の場合には、事業所が加入している賠償責任保険による損害賠償を速やかに行います。

## 11. 虐待防止に関する事項

利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

虐待防止のための指針を整備し、従業者に対し虐待を防止するための定期的な研修を実施し、合わせて適切に措置を実施するための担当者を設置します。

## 12. 運営推進会議

|        |                                                                                                                         |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 概要     | 管理者等、事業所担当者、利用者の家族や地域の関係事業所の所在する市町村の職員等を構成メンバーとしておおむね 2 月に 1 回以上開催することにより、また定期的に第三者による評価を受ける事でケアの質の向上や地域に開かれた事業運営を目指す会議 |
| 構成メンバー | 利用者、利用者の家族、地域住民の代表、行政職員、当該サービスについて知見を有するもの等                                                                             |
| 会議     | 2 ヶ月に 1 回以上                                                                                                             |

## 13. 苦情申立体制

当事業所相談室 担 当 者 グループホーム安心なかばる管理者  
ご利用時間 平日（土日祝除く） 9：00～17：00  
ご利用方法 電話（代表）0942（94）5331

鳥栖地区広域市町村圏組合…佐賀県鳥栖市本町3丁目1491-1  
電話（代表）0942（81）3317

佐賀県国民健康保険団体連合会…佐賀市呉服元町7番28号 佐賀県国保会館  
情報・介護課 介護保険係  
電話（介護苦情処理）0952（26）1477

## 14. 提供するサービスへの第三者評価の実施状況

実 施 の 有 無： 有  
実 施 日： 2023 年 2 月 22 日  
評 価 機 関： 社会福祉法人 佐賀県社会福祉協議会  
評価結果の開示状況： 事業所内の見やすいところに掲示する。

## 15. その他の事項

- ◎ 事業所は良質なサービスの提供ができるよう適切な勤務体制を整備するとともに従業員に対し研修の機会を設けるなど、常にサービスの質の向上に努めるものとする。

- ◎ 利用者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合であり、かつ①切迫性②非代替性③一時性の3要素を満たす場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。緊急時、及びやむを得ず身体拘束を行う必要がある場合は家族へ速やかに連絡を行い、説明を行った後、同意書の作成等必要な措置を講じます。
- ◎ 災害その他やむを得ない事情がある場合を除き、前述の施設概要の定員を遵守します。
- ◎ 職員は業務上知り得た利用者及び家族の秘密を保持するため、職員ではなくなった後においても、これらの秘密保持について遵守することを雇用契約の条件としております。
- ◎ 施設、飲食関連の設備、及び飲用する水などの衛生管理に努めます。
- ◎ 事業所の見やすい場所に運営規程の概要並びに従業者の勤務体制、利用料その他のサービスの選択に関する重要事項を掲示します。
- ◎ 事業所は従業者、施設及び設備構造並びに会計に関する諸記録を完備しております。
- ◎ この重要事項説明書に定めのない事項のほか、運営に関する重要事項は九州メディカル・サービス株式会社と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとします。

【以下、余白】