

**さわやかグループホームなかばる
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
重要事項説明書**

当事業所は、介護保険の指定を受けています。

第4090300114号

1. 事業主体概要

名称	株式会社 さわやか俱乐部
所在地	北九州市小倉北区熊本 2丁目10番10号
代表者	代表取締役 山本 武博
連絡先	電話 093-551-5555 FAX 093-513-3222
資本金	1億円
主事業	介護事業

2. 事業の目的

第1条 株式会社さわやか俱乐部(以下「事業者」という。)が設置経営するさわやかグループホームなかばる(以下「事業所」という。)の適切な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員が要支援2・要介護状態にある認知症高齢者(以下「利用者」という。)に対し、共同で生活する日常生活における援助等を行うことにより、問題行動を減少させ、精神的に安定して健康で明るい生活が送れるよう援助を提供することを目的とします。

3. 運営方針

本事業は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨並びに市の条例及び内容に沿って、次のとおりとする。

- (1) 利用者的人格を尊重し、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、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に認知症対応型共同生活介護サービス計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービス計画(以下「サービス介護計画」という。)を作成することにより、利用者各個人の心身状態及び認知症の状態に応じた適切なサービスに努めます。
- (2) 利用者またはその家族に対して、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明します。
- (3) 介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。
- (4) 利用者及びその家族の求めに応じてサービス提供記録などの開示を致します。
- (5) 地域との結びつきを重視し、福岡市、居宅介護支援事業者、他のサービス事業者、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

4. 事業所概要

名称	さわやかグループホームなかばる
所在地	北九州市戸畠区中原西3丁目8-12
交通の便	JR戸畠駅より車で5分 中原3丁目バス停より徒歩5分
連絡先	電話:093-873-7755 FAX:093-873-7766
都市計画上の用途地域	市街化区域
事業所の類型及び表示事項	グループホーム 利用権方式 要介護又は要支援2 全室個室
介護保険の指定居宅サービス種類	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
施設長(事業所の管理者)名	掛田 俊晴
敷地概要	敷地 769.58 m ²
建物概要	鉄骨造 地上3階建 延床面積 897.03m ²
居室概要	居室 18室 定員18名 1人部屋 12.50m ² ～15.00m ²
開設年月日	2013年 6月 1日
定員	9名 × 2ユニット 合計18名
2人部屋の有無	無

5. 主な設備の概要

介護居室	11.84 m ² ～14.34 m ²	18	1人部屋、収納除く
食堂(居間、機能訓練室)	31.99 m ²	2	
キッチン	6.07 m ²	2	
一般浴室	5.46 m ²	2	
洗面室・脱衣室	7.75 m ²	2	
洗濯室	8.12 m ²	2	
事務所	7.05 m ²	2	

6. 職員体制

勤務形態	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務
管理者		2		
計画作成担当者		2		
介護職員	9	3	5	

7. 職員の勤務時間

日勤	8:30 ~ 17:30
早出	7:00 ~ 16:00
遅出	10:00 ~ 19:00
夜勤	17:00 ~ 9:00

8. 休業日

休業日	なし
-----	----

9. 入居に当たっての留意事項

面会	来訪者は、面会の都度、職員に届け出て下さい。また、宿泊されるときは必ず許可を得て下さい。
外 出	外出、外泊前に必ず行き先と帰着予定日時を届け出て下さい。
住居・居室 の利用	この共同生活住居内の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用下さい。
迷惑行為	騒音の発生、大声を出す等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。
禁止行為	利用者及び利用者の家族等の禁止行為 ①職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為) 例:コップを投げつける／蹴る／唾を吐く ②職員に対する精神的暴力(個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為) 例:大声を発する／怒鳴る／特定の職員に嫌がらせをする／「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する ③職員に対するセクシュアルハラスメント(意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為) 例:必要もなく手や腕を触る／抱きしめる／あからさまに性的な話をする
入居条件	要支援2、要介護状態で認知症の認定を受けている方であること
その他	生活のご様子を弊社のブログや広報誌に掲載することがあります。

10. 医療

協力医療機関	みんなの小倉クリニック
所在地	北九州市小倉南区下城野3丁目1-26
電 話	093-967-6700
診察科	内科、(総合診療)
入院設備	無
協力関係 の概要	緊急の場合は救急車にて搬送。緊急医療や専門医が必要な場合は、受入れ及び適切な医療機関を紹介します。

協力医療機関	かがわ歯科医院
所在地	北九州市八幡東区東鉄町1-20-1F
電話	093-652-4323
診察科	歯科
入院設備	無
協力関係の概要	月2回程度の訪問診療を行う。

上記協力医療機関は変更される場合があります。

11. 事故発生時の対応

事故が発生した場合、速やかに協力医療機関等と連携を図り応急対応を行います。又、家族・身元引受人・関係機関に連絡します。必要な場合、福岡市にも速やかに(3日以内に一報を入れ)報告します。

12. 賠償責任

サービスの提供にともなって当事業所の責任により、利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償致します。但し、その損害の発生について、不可抗力及び事業者に故意又は過失が認められない場合には、事業者の損害賠償責任が生じない場合があります。

13. 身体拘束における対処方法

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者やその家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間等を説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

14. 緊急時における対処方法

職員等は指定認知症対応型共同生活介護サービス及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供中に、利用者の病状に急変、その他の緊急事態が生じた時は、速やかに応急の処置を行い、主治医あるいは協力医療機関に連絡し、適切な処置を講じます。

15. 非常災害時の対策

防火管理者	梶郷代
-------	-----

避難訓練	年2回、火災・地震等を想定した訓練を行います。
防災設備	消火器、スプリンクラー、自動火災報知器、火災通報装置

16. 苦情申立

苦情受付担当者	梶郷代 福間 愛
苦情解決責任者	掛田 俊晴
利用時間	月～金 8:30～17:30
利用方法	電話:093-873-7755 (若しくは面談) FAX:093-873-7766 メールアドレス: nakabaru@sawayakaclub.jp
高齢者障害者相談センター 介護保険担当	門司区役所 介護保険担当 〒801-8510 北九州市門司区清滝1丁目1-1 電話093-331-1894(直通) FAX093-321-4802 小倉北区役所 介護保険担当 〒803-8510 北九州市小倉北区大手町1-1 電話093-582-3433(直通) FAX093-562-1382 小倉南区役所 介護保険担当 〒802-8510 北九州市小倉南区若園5丁目1-2 電話093-9510-4127(直通) FAX093-923-0520 戸畠区役所 介護保険担当 〒804-8510 北九州市戸畠区千防一丁目1-1 電話093-871-4527(直通) FAX093-881-5353 八幡東区役所 介護保険担当 〒805-8510 北九州市八幡東区中央1-1-1 電話093-671-6885(直通) FAX093-662-2781 八幡西区役所 介護保険担当 〒806-8510 北九州市八幡西区筒井町15-1 電話093-642-1446(直通) FAX093-642-2941 若松区役所 介護保険担当 〒808-8510 北九州市若松区浜町一丁目1-1 電話093-761-4046(直通) FAX093-751-2344
福岡県国保連 介護サービス相談窓口	〒812-0046 福岡市博多区吉塚本町13-47 電話 092-642-7859 FAX 092-642-7857
(株)さわやか倶楽部	〒802-0044 北九州市小倉北区熊本2丁目10番10号 電話 093-551-5555 FAX 093-513-3222

17. 第三者による評価の実施状況等

第三者による評価 の実施状況	1:実施済み 2:未実施		
	※ 1、の場 合	実施日	2022年3月8日(2023年度免除)
		評価機関名称	北九州シーダブル協会
		結果の開示	1:あり(公表センターページ) 2:なし

※(実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況)を記載すること。

18. 利用住居等

利用居室	さわやかグループホームなかばる 2階 207号室 (定員1名) ベット・クローゼット・エアコン付
共用施設	食堂・居間・風呂・トイレ・洗濯室

19. サービス内容

種類	内容
食事	食材料費は給付対象外です。 食事はできる範囲で利用者が調理に参加できるようにします。 食事は離床して食堂でとつていただくよう配慮します。 食事時間の目安 朝食 7:30 ~ 8:30 昼食 12:00 ~ 13:00 夕食 17:30 ~ 18:30
排泄	利用者の状況に応じ、適切な排泄の介助と、排泄の自立の援助を行います。 利用者の可能な範囲において、排泄を自立して行えるよう援助します。
入浴	入浴は週3回程度行います。利用者の身体状況によって入浴を中止する場合があります。 利用者の可能な範囲において、入浴を自立して行えるよう援助します。

日常生活上 の世話	離床 (寝たきり防止のため離床に配慮します。) 衣服着脱 (着替えのお手伝いをします。) 整容 (整髪、洗顔、歯磨き、髭剃り等のお手伝いをします。) 健康管理 洗濯 居室内清掃 役所手続等の代行 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。 利用者の可能な範囲において、日常生活全般を自立して行えるよう援助します。
機能訓練	利用者が日常生活を行う中で、機能減退防止、維持を図れるように心身共に活性化できる生活の援助を行います。
医師の往診 の手配等 医師の往 の手配等	訪問医の往診の手配その他療養上の世話をします。 医師の往診の手配その他療養上の世話をします。
相談及び 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、可能な限り援助を行います。
現金の管理	必要な場合は事務所で小口現金を管理します。

20. 介護保険の給付対象費用(日額)

要支援2及び要介護度に応じ、サービス利用料から介護保険給付額を除いた金額(目安)

利用者の介護度	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割負担額	758円	762円	798円	822円	838円	855円
2割負担額	1,516円	1,524円	1,596円	1,644円	1,676円	1,710円
3割負担額	2,274円	2,286円	2,394円	2,466円	2,514円	2,565円

また、利用者が介護保険料を1年以上滞納している場合は、サービス利用料全額をいつたん支払います。ただし、保険料支払い後、自己負担分を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。

※認知症共同生活介護を提供した場合の利用料の額は、介護報酬告示上の額とし当該認知症共同生活介護が法定代理受領サービスであるときは、自己負担分(「介護保険負担割合証」に記載された自己負担割合に応じて算出された金額)の額とする。

加算対象サービスについては下記のとおりです。全て1日ないし1回あたりの金額です。

(1割負担の場合)

※「介護保険負担割合証」に記載された自己負担割合に応じて算出された金額)

加算名称	単位数	お客様負担額	備考
初期加算	30	31 円	入居日から 30 日間のみ加算されます。
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)			ご利用単位数に応じて毎月加算されます。 各月の所定単位数×(Ⅲ) 指定%／1000 (1割負担の場合)
医療連携体制加算(Ⅰ)	39	40 円	毎月日数分加算されます。
看取り加算	144 4日以上 30 日以下の場合	146 円	死亡日以前 31 日～45 日以下(72 単位／日 79 円) 死亡日以前 4 日～30 日以下(144 単位／日 158 円) 死亡日以前 2 日又は 3 日(680 単位／日 748 円) 死亡日(1,280 単位／日 1,408 円) 加算されます。

☆加算対象サービス

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、加算額を追加料金としてご負担いただきます。

① 初期加算

入居日から 30 日間は、30 単位／日（自己負担額 31 円／日）が加算され、医療機関に 1 ヶ月以上入院した後、退院して再入居する場合も初期加算が算定されます。

② 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)

厚生労働省の定める基準に適合している、介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市町村に届け出た事業所に対し、加算されます。

③ 医療連携体制加算(Ⅰ)

同一法人内に看護師(正看)を配置又は訪問看護ステーションとの連携により、健康管理や医療機関との連携、看取りに関する指針の整備等を行うことを要件として 1 日につき 39 単位適用される加算です。

④ 看取り介護加算

ターミナルケアのサービス提供を行った場合について加算されます。

看取り介護加算は医師の診断に基づき、回復の見込みがないと判断し、本人又はその家族に対し説明し、その後の療養方針を十分説明し合意を得た上で、医師、看護職員、介護職員が共同して、その人らしさを尊重した看取りができるよう「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことで加算される。(医療連携体制加算を算定していることが必要)

死亡日以前 31 日～45 日以下(72 単位／日)

死亡日以前 4 日～30 日以下(144 単位／日)

死亡日以前 2 日又は 3 日(680 単位／日)

死亡日(1,280 単位／日)

(※退居した日の翌日から死亡日までの間は算定しないものとする)

⑤ 退去時相談援助加算

1ヶ月以上入居されて退去後に居宅サービス、又は地域密着型サービスを利用する場合において相談援助を行い関係機関に情報提供した場合について 400 単位/回(1 回を限度)として加算されます。

⑥ 入院時費用

病院への入院後 3 ヶ月以内に退院が見込まれる入居者様について、退院後の再入居の受入れを行った場合に、1 ヶ月に 6 日を限度として 246 単位／日が算定されます。

⑦ 身体拘束廃止未実施減算

身体拘束等の適正化を図るための対策を検討する委員会を 3 ヶ月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底するための研修を定期的に実施します。委員会の開催や研修が未実施の場合、身体拘束廃止未実施減算 (10%/日) を減算します。

⑧ サービス提供体制強化加算 II

介護職員の総数のうち常勤職員の占める割合が 75/100 以上の場合に加算されます。

21. 介護保険の給付対象とならない費用

① 通常の入居者様

食材料費	55,980円／月 (非課税)	1日の食費の内訳は 朝食622円、昼食622円、夕食622円 30日の場合、 55,980円／月 31日の場合も 55,980円／月 途中入退居の月に関しては、日割り計算致します。
共用部分水光熱費	43,567円／月 (消費税含みます)	途中入退居の月に関しては、日割り計算致します
居室料	40,000円／月 (非課税)	途中入退居の月に関しては、日割り計算致します
寝具リース料	80円／日 (消費税10円含みます)	別途消費税、寝具リースを希望される方のみ
居室内光熱費	実費	居室内で使用した電灯、及び持込家電に使用した電気料金
理美容	実費	希望時
おむつ代	実費	事業所でも購入できます (持参でも可)
健康診断	実費	健康診断を受ける場合の費用
入居時預り金	無	
退去時必要費用	36,300円及び実費 (消費税3,300円含みます)	居室清掃・消毒にかかる費用(33,000円)、マットレスクリーニング費用(3,300円)及び補修費(実費)

その他	実費	陶芸、生け花等の特別な材料を必要とする場合の材料費 居室の入居時のカーテン(防炎加工のもの)
-----	----	---

但し、上記費用は、食材料費等の急激な物価の変動等により変更する場合があります。

②生活保護費受給対象の入居者様

食材料費	46,260円／月 (非課税)	1日の食費の内訳は 朝食514円、昼食514円、夕食514円 30日の場合、 46,260円／月 31日の場合も46, 260円／月 途中入退居の月に関しては、日割り計算致します。
共用部分水光熱費	23,245円／月 (消費税含みます)	途中入退居の月に関しては、日割り計算致します
居室料	29,000円／月 (非課税)	途中入退居の月に関しては、日割り計算致します
理美容	実費	希望時
おむつ代	実費	事業所でも購入できます 持参して頂いても結構です
健康診断	実費	健康診断を受ける場合の費用
入居時預り金	無	
退去時必要費用	36,300円及び実費 (消費税3,300円含みます)	居室清掃・消毒にかかる費用(33,000円)、マットレスクリーニング費用(3,300円)及び補修費(実費)
その他	実費	陶芸、生け花等の特別な材料を必要とする場合の材料費 居室の入居時のカーテン(防炎加工のもの)

22. 費用の支払い

介護保険の給付対象とならない費用のうち居室部分光熱費使用量、寝具リース料その他費用の前月分及び居室料・食材料費・共用部分水光熱費を毎月 15 日頃にご請求致します。支払いは毎月 25 日までに現金でのお支払い若しくは、金融機関より 25 日に自動引き落としさせていただきます。また、利用者から利用料等の支払いを受けたときは、利用者に対し提供したサービスごとに介護保険給付対象と対象外の区別、領収金額の内訳を記載した領収書を発行します。

理美容・オムツ代・健康診断については、別途委託業者へのお支払いとなります。
事業所に生活預かり金をお預け頂ければ、支払いの代行を致します。

23. 法定代理受領

利用者が事業者に対し支払うべき介護サービスに要した費用について、利用者が介護サービス費として福岡市より支給を受ける額の限度において、事業者が利用者に代わって北九州市より支払いを受けます。

24. 保険給付の請求のための証明書の交付

事業者は利用者に対し、償還払いを受けるために必要な「サービス提供証明書」を交付します。「サービス提供証明書」には、提供した介護保険給付対象サービスの種類、内容、利用単位、費用等を記載します。

25. 入居及び退居

入居条件	北九州市介護保険の被保険者で要支援2・要介護状態で認知症の認定を受けている方
身元引受人	原則身元引受人を2名定めていただきます。身元引受人は入退居時・緊急時の対応、及び利用料の支払い等について入居者と連帯して責任を負うことになります。 身元保証人がおられない方は、成年後見人制度の利用等の利用等助言ができますので、ご相談ください。
契約の自動終了	①利用者の要介護認定区分及び要支援認定区分が、自立(非該当)又は要支援1と認定されたとき ②利用者が死亡したとき ③利用者の所在が、2週間以上不明になったとき
利用者の解約権	契約終了希望日の30日前までに文書で通知することにより、この契約を解約することができます。 ただし、下記のような場合は、直ちにこの契約を解約することができます。 ①事業者が正当な理由なくサービスを提供しないとき ②事業者が、利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行ったとき
事業者の解約権	利用者が次の各号に該当したときは、30日の予告期間をもって契約を解除します。 ①他の入居者の生活、又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあるとき ②利用料等の支払を3ヶ月以上滞納したとき ③入居時の提出書類で虚偽の事項を申告した事実が判明したとき ④入院等で3ヶ月以上居室を利用できなくなったとき ⑤その他、利用者やその家族が本重要事項説明書9.の留意事項に著しく反したとき

26. 入居者の概要

現在の入居者の状態	入居人数(15人) (男性1人・女性14人) 要支援2 (0名) 要介護1 (4名) 要介護2 (3名) 要介護3 (4名) 要介護4 (2名) 要介護5 (2名)
-----------	--

27. 職員の概要

施設名　さわやかグループホームなかばる	
介護職員	総数　(18名) (内訳)・常勤(専任9名 兼務3名) ・非常勤(専任 6名) ・常勤換算(14.5名)
夜間の体制	■専任　□兼務 ■夜勤(2名)　□宿直(　　名)
管理者 (2F) 氏名(梶 郷代)	□専任　■兼務 資格(介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数(16年8ヶ月) ・認知症高齢者グループホーム管理者研修 ■受講済 □未受講 ・認知症介護実践研修(実践者研修) ■受講済 □未受講
計画作成担当者(2F) 氏名(梶 郷代)	資格(介護福祉士) 認知症高齢者のケアの経験年数(16年8ヶ月) ・認知症高齢者グループホーム管理者研修□受講済 □未受講 ・認知症介護実践研修(実践者研修) ■受講中 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 (ヘルパー2級)
管理者 (3F) 氏名 (掛田 俊晴)	資格(ヘルパー2級) 認知症高齢者のケアの経験年数(24年8ヶ月) ・認知症高齢者グループホーム管理者研修 ■受講済 □未受講 ・認知症介護実践研修(実践者研修) ■受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ()
計画作成担当者(3F) 氏名(福間 愛)	資格 () 認知症高齢者のケアの経験年数(16年8ヶ月) ・認知症高齢者グループホーム管理者研修□受講済 ■未受講 ・認知症介護実践研修(実践者研修) ■受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名 ()

介護支援専門員 氏名(藤野 ちづ子) ※同一敷地内配属	資格 (介護支援専門員) 認知症高齢者のケアの経験年数(26年8ヶ月) ・認知症高齢者グループホーム管理者研修□受講済 ■未受講 ・認知症介護実践研修(実践者研修)■受講済 □未受講 ・上記の研修の他に受講した研修名
その他 職員資格等	資格 介護福祉士(2名)看護師、准看護師(1名) その他(ホームヘルパー2級)(6名) () (名) ・認知症介護実践者研修(実践者研修)受講済者(3名) ・上記の研修の他に受講した研修名 ()受講済者(名)

私は、書面に基づいて事業所の職員(職名 氏名)から上記
重要事項の説明を受けたことを確認します。

年 月 日

[利用者] 住所

氏名

印

[署名代理人] 住所

氏名

印

続柄