

## 『グループホームオリビンの風』重要事項説明書

ご利用者に対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生省令に基づいて、当事業者がご利用者に説明すべき事項は次のとおりです。

### 1 実施主体

名 称	医療法人朝樹会		
所 在 地	鹿児島県指宿市開聞川尻 4 9 2 0 - 1		
法人種別	医療法人		
代表者名	理事長 濱田静樹		
連絡先	電 話	0993-32-5353	F A X 0993-32-5361

### 2 事業の目的と運営方針

事業目的	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
運営方針	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 事業所において提供する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は、介護保険法並びに介護保険法に関する厚生労働省令告示の趣旨及び内容に沿ったものとします。</li> <li>2 利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることが出来るよう、利用者の心身の状態を踏まえ、妥当適切な援助・支援を行うこととします。</li> <li>3 利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることが出来るよう配慮し、援助・支援を行うこととします。</li> <li>4 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に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮し、援助・支援を行うこととします。</li> <li>5 介護従事者は、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提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族等に対し、サービスの提供方法について、理解しやすいように説明を行うこととします。</li> <li>6 介護従事者は、自らその提供す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質の評価を行い、常にその改善を図るよう努力することとします。</li> </ol>

### 3 事業所の名称等

名 称	グループホームオリビンの風		
指定番号	4 6 9 1 0 0 0 1 7 0		
所 在 地	鹿児島県指宿市開聞川尻 4 9 5 8 - 1		
連絡先	電 話	0993-26-3280	F A X 0993-26-3281

敷地面積	1695.54㎡ (513.8坪)					
建 物	住居数	2ユニット	総戸数	18戸	総定員	18人
	建築面積	691.07㎡ (209.4坪)				
	延床面積	644.61㎡ (195.3坪)				

#### 4 職員体制

管理者・・・・・・・・1人以上

計画作成担当者・・1人以上（介護従事者と兼務）

介護従事者・・・・各ユニット毎に日中の時間帯3名以上、夜間の時間帯1名以上  
（介護従事者と兼務）

#### 5 職員の勤務体制

区分		勤務時間	備考
早	勤	07:00～16:00	日中の勤務時間帯
日	勤	08:30～17:30	日中の勤務時間帯
遅	勤	09:30～18:30	日中の勤務時間帯
夜	勤	17:00～09:00	夜間の勤務時間帯

#### 6 休業日

休業日	なし
-----	----

#### 7 サービス内容

種類	内容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。</li> <li>・食材費は給付対象外です。</li> <li>・食事は離床して食堂で摂取して頂く様に配慮します。</li> <li>・食事時間（概ね） <ul style="list-style-type: none"> <li>朝食 07:00～</li> <li>昼食 12:00～</li> <li>夕食 17:30～</li> </ul> </li> </ul>
排 せ つ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況に応じ適切な排せつの介助と、排せつの自立の援助を行います。</li> <li>・おむつの交換は1日6回を原則としますが、必要があれば回数を増やします。</li> </ul>
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況に応じ、適切な入浴の介助と、入浴の自立の援助を行います。</li> <li>・週2回以上の入浴又は清拭を行います。</li> </ul>
日 常 生 活	<ul style="list-style-type: none"> <li>・離床 <ul style="list-style-type: none"> <li>寝たきり防止のため離床に配慮します。</li> </ul> </li> <li>・着替え</li> </ul>

	<p>着替えのお手伝いをします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 整容</li> </ul> <p>身の回りのお手伝いをします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 寝具消毒</li> <li>・ シーツ交換</li> <li>・ 健康管理</li> <li>・ 洗濯</li> <li>・ 居室内清掃</li> <li>・ 役所手続の代行</li> </ul>
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 離床援助</li> <li>・ 屋外散歩同行</li> <li>・ 家事共同作業等により生活機能の維持・改善に努めます。</li> </ul>
健康管理 医師手配	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の状況に応じ、適切な医師の往診又は医療機関への受診を実施します。</li> <li>・ 感染症の発生及び蔓延を防ぐために必要な措置を実施します。</li> </ul>
相談・援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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います。</li> </ul>

## 8 利用料金

別紙参照

## 9 入居に当たっての留意事項

面会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 来訪者は面会の都度、職員に届け出て面会簿の記載をして下さい。</li> <li>・ 宿泊される場合は必ず、管理者の許可を得て下さい。 (原則として、ご家族等の宿泊は禁止しております。)</li> </ul>
外出	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外出、外泊をされる場合は、所定の様式（外出・外泊届）を提出して下さい。</li> </ul>
居室の利用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 設備、備品等は本来の使用方法に従って大切にご利用下さい。 迷惑行為等これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償して頂く事があります。</li> <li>・ 騒音、雑音等の他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。</li> <li>・ 承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。</li> </ul>
所持金等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 原則として、現金等の所持はお控え下さい。</li> <li>・ 日常生活上、必要となる物品等に関しましては、お預かりしている小口資金から実費充当させて頂くか、立替金としてご請求させて頂きます。</li> </ul>

## 10 協力医療機関

名称	肥後胃腸科クリニック
所在地	指宿市山川大山2948

電話番号	0993-35-2148
診療科目	内科・消化器内科・胃腸内科・老年内科・内視鏡内科・胃腸科・外科・皮膚科
入院設備	無し

名称	北菌産婦人科クリニック
所在地	指宿市大牟礼4-16-28
電話番号	0993-24-3177
診療科目	産婦人科
入院設備	無し

名称	濱田洋一郎医院
所在地	指宿市開聞川尻4920-5
電話番号	0993-32-2614
診療科目	内科・外科
入院設備	無し

名称	浜田歯科医院
所在地	指宿市開聞川尻4920-1
電話番号	0993-32-5353
診療科目	歯科
入院設備	無し

### 1.1 非常災害時の対策

消防計画	別に定めます。 防火管理者：浮津 洋信
避難訓練	年2回火災及び地震等を想定した訓練を行います。
防災設備	自動火災報知設備、熱・煙感知器、スプリンクラー設備、非常通報設備、非常灯設備、誘導灯、消火器

### 1.2 苦情申立

当事業所 (事務所)	相談受付担当者：事業所管理者 平原 廣和 計画作成担当者 今福 亮平 受付時間 毎日08:30～17:00 利用方法 電話0993-26-3280 苦情及び心配事等、気兼ねなくご相談下さい。
---------------	---

上記の他、福祉サービスに関する「苦情解決」事業実施要領のとおり苦情等を申し立てる事が出来ます。

指宿市役所 介護保険係	所在地 指宿市十町2424
-------------	---------------

	電話番号 0993-22-2111
鹿児島県庁 介護保険室	所在地 鹿児島市鴨池新町10番1号 電話番号 099-286-2674
鹿児島県国民健康保険団体連合会 介護相談室	所在地 鹿児島市鴨池新町6番6号 電話番号 099-213-5122

### 1.3 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、家族等に連絡を行うとともに、適切及び必要な措置を講ずるものとし、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとします。

但し、事業所の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

### 1.4 運営推進会議

利用者及び市町村職員並びに地域住民の代表等に対し、提供するサービス内容等を明らかにすると共に地域との連携を保ち、更にはその提供するサービスの質の確保及び向上を図る為に、運営推進会議を設置し2ヶ月に1回程度開催いたしますのでご理解とご参加をお願い致します。

### 1.5 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次の措置を講じています。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者（管理者）を設置します。

2 サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護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には、速やかに、これを市町村に通報します。

### 1.6 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有
実施した直近の年月日（評価結果確定日）	2024年10月02日
実施した評価機関の名称	特定非営利活動法人 NPO さつま
評価結果の開示方法	WAM（福祉医療機構）ホームページ内の福祉サービス評価情報にて開示 ホームページアドレス <a href="https://www.wam.go.jp">https://www.wam.go.jp</a>

## 別紙：利用料金

### (1) 介護保険給付費用

《 認知症対応型共同生活介護費 》 1日につき

サービス提供時間 事業所区分・用介護度		基本単位	利用料	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
Ⅱ	要介護1	753	7,530円	753円	1,506円	2,259円
	要介護2	788	7,880円	788円	1,576円	2,364円
	要介護3	812	8,120円	812円	1,624円	2,436円
	要介護4	828	8,280円	828円	1,656円	2,484円
	要介護5	845	8,450円	845円	1,690円	2,535円

《 介護予防認知症対応型共同生活介護費 》 1日につき

サービス提供時間 事業所区分・用介護度		基本単位	利用料	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
Ⅱ	要支援2	749	7,480円	749円	1,498円	2,247円

下記の加算については、当該事業所が厚生労働省の定める要件を満たしているため、上記の基本部分に加算算定されます。

番号	加算	基本単位	利用料	利用者負担額			算定回数等
				1割負担	2割負担	3割負担	
①	初期加算	30	300円	30円	60円	90円	1日につき
②	医療連携体制加算 (1)イ	57	570円	57円	114円	171円	1日につき
③	口腔衛生管理体制 加算	30	300円	30円	60円	90円	1月につき
④	科学的介護推進体 制加算	40	400円	40円	80円	120円	1月につき
⑤	サービス提供体制 強化加算Ⅲ	6	60円	6円	12円	18円	1日につき
⑥	看取り介護加算	※別表1 参照	※別表1 参照	※別表1参 照	※別表1参 照	※別表1参 照	※別表1参照
⑦	介護職員処遇改善 加算(Ⅰ)	所定単位 数の 178/1000	左記の 単位数	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加 算減産を加えた総単位数 (所定単位数)
⑧	医療連携体制加算 (Ⅱ)	5	50円	5円	10円	15円	1日につき

① 入居した日から起算して30日以内の期限については、初期加算として、1日につき加算

されます。(医療機関に30日を超えて入院した後退院して再入居する場合も改めて算定することとなります。)

- ② 看護師との24時間の連絡体制の確保により、重度化及び緊急時への対応を行います。1日につき加算されます。
- ③ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行います。1月につき所定の単位が算定されます。
- ④ 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること及び必要に応じて計画を見直すなど、サービス提供に当たって、情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していることにより1月につき所定の単位が算定されます。
- ⑤ 介護福祉士の資格を有する者の割合が50%以上、または、常勤職員が75%以上、または、勤続7年以上の職員が30%以上の場合に1日につき所定の単位が算定されます。
- ⑥ 医師により一派的に認められている医学的知見から回復の見込みがないと判断した対象者について、医師より利用者または家族にその判断内容を丁寧に説明し、看取り介護に関する計画を作成し、終末期を当グループホームで介護を受けて過ごすことに同意を得て実施されるものです。
- ⑦ 及び⑥ 介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行います。区分支給限度基準額の対象外となります。
- ⑧ ②のサービス提供に加えて、協力医療機関等との連携を確保しつつ、医療ニーズを有する利用者が、療養生活を継続できるように必要な支援を行った場合に加算されます。

別表1

算定日	単位数	利用料	1割負担	2割負担	3割負担	算定回数
死亡日以前31日以上45日以下	72	720円	72円	144円	216円	1日につき
死亡日以前4日以上30日以下	144	1,440円	144円	288円	432円	1日につき
死亡日前日及び前々日	680	6,800円	680円	1,360円	2,040円	1日につき
死亡日	1280	12,800円	1,280円	2,560円	3,840円	1日につき

(2) 介護保険給付外費用

種類	内容
食材料費	介護保険給付の対象外ですので実費をお支払い頂きます。
教養娯楽費	・食材料費 1,300円/日額 (朝食280円・昼食530円・夕食490円) ・日常生活上の、介護保険給付対象外に於ける教養及び娯楽等に関わる費用として、お預かりしている小口資金より実費充当させて頂くか、立替金として請求いたします。

おむつ代 理美容代 光熱費	介護保険給付の対象外ですので実費をお支払い頂きます。 介護保険給付の対象外ですので実費をお支払い頂きます。 ・光熱水費をお支払い頂きます。 12,000円/月額 (1日当たり400円)
居室の利用	居室の利用も保険給付の対象外ですので実費ご利用料金をお支払い頂きます。 30,000円/月額 (1日当たり1,000円)

(3) 請求及び支払方法について

- ①請求書は、利用明細(立替金による領収証を含む)を添えて利用月の翌月10日以降に利用者ご家族あてにお届け(郵送)します。
- ②お支払いは、請求書の内容を確認のうえ、請求月の25日までに下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。
  - (ア)現金支払い
  - (イ)事業者指定口座への振込み
- ③支払いを確認しましたら、領収証(領収印の押印)をお渡し(振込の場合は、次月の請求書と一緒に郵送)しますので、必ず保管されますようお願いいたします。