

(介護予防)認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

〈令和7年4月1日現在〉

1、当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 0956-46-2010 (午前8時30分～午後5時30分まで)

担当 介護支援専門員 武富 英子

※ 御不明な点は、なんでもおたずねください。

2、グループホーム おもやいの概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	社会福祉法人 由起会 (おもやい)
所在地	長崎県佐世保市上柚木町2515番地
介護保険指定番号	認知症対応型共同生活介護 4270200902

(2) 職員体制

当施設の職員の職種、員数は次のとおりであり、必置職については法令の定めるところによる。

- | | |
|----------------------|------------|
| ① 管理者 | 1名 |
| ② 介護支援専門員 (ケアマネージャー) | 1名 (介護士兼務) |
| ③ 介護士 | 6名 |

(3) 職員の勤務体制

事業所に勤務する職員の勤務体制は、次のとおりとする。

- | | | |
|------|---------------|----|
| ①日勤者 | 8時30分～17時30分 | 1名 |
| ②早出者 | 7時30分～16時30分 | 1名 |
| ③遅出者 | 10時30分～19時30分 | 1名 |
| ④夜勤者 | 19時30分～ 7時30分 | 1名 |

(4) 設備の概要

入居定員 9名

- | | |
|-----------------|-----------|
| ・ 全室個室 (6畳+押入れ) | ・ 食堂 (洋室) |
| ・ 談話室 | ・ トイレ2ヶ所 |
| ・ 南向きテラス | ・ 家庭菜園 |
| ・ 中庭 | |

3、サービス内容

食事、入浴、介護、生活相談、健康管理、介護計画の立案、レクリエーション、等

4、職員の職務内容

- ① 管理者は、事業所に携わる従業者の管理、指導を行う。
- ② 介護支援専門員（ケアマネージャー）は利用者の介護計画の原案をたてるとともに要介護認定及び要介護認定更新の申請手続きを行う。そして、連携する介護老人保健施設、介護老人福祉施設、病院等との連絡、調整を行う。
- ③ 介護士は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画、または、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、サービスの提供にあたりるとともに常に利用者の健康状態を把握し、健康保持のために必要な措置を講じる。

5、利用料金について

（1）利用料金

① 施設利用料（1割負担の場合）

	1日あたりの 利 用 料	1日あたりの 自己負担分
要支援2	7,610円	761円
要介護1	7,650円	765円
要介護2	8,010円	801円
要介護3	8,240円	824円
要介護4	8,410円	841円
要介護5	8,590円	859円

※ただし、入居後30日間に限り、上記料金に30円割り増しとなります。

※上記の料金には、サービス提供体制強化加算（I）220円（自己負担金22円/日）が加算されます。

※生活機能向上連携加算として1月につき200円加算されます。

※下記のとおり介護職員等処遇改善加算（I）が加算されます。

自己負担分【（基本料＋各種加算）×1割】×18、6%

※入院時費用（1月に6日限度）：1日あたり246円

② 生活費			
・食材料費	1日あたり		940円
③家賃	1日あたり		830円
・光熱費	1日あたり		110円
④その他の料金			
・電気代（個人持込み分）	1日あたり	ラジオ	10円
		テレビ	30円
		加熱商品（アンカ・電気毛布）	50円

※入院及び長期外泊時の利用料について

利用者が入院または長期外泊された場合も、家賃を徴収致します。
食材料費・光熱費については、日割りして徴収致します。

(2) 支払い方法

事業者は、利用者及び身元引受人が指定する送付先に対し料金の請求書及び明細書を、毎月5日までに発行し、利用者及び身元引受人は、連帯して事業者に対し、当該合計額をその月の30日までに支払うものとします。

6、入退居の手続き

(1) 入居手続き

当施設の入居窓口の介護支援専門員（ケアマネージャー）まで、お電話または、来苑して頂きお申し込み下さい。

居室に空きがあれば、入居判定を行いまして、当施設で療養可能と判断されれば、ご入居いただけます。

居室の空きがない場合は、待機者名簿に記録し順番待ちとなります。

※他の介護支援専門員（ケアマネージャー）に居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前にご相談のうえお申し込みください。

(2) 退所手続き

① 利用者または身元引受人等の都合で退所される場合

事前に、当施設の介護支援専門員（ケアマネージャー）にご相談下さい。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 利用者が他の介護保険施設に入所した場合
- ・ 利用者が要介護認定において自立または要支援1と認定された場合、所定の期間をもって退所して頂くことになります。
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合。

(3) その他（以下の場合退居して頂くことがあります）

- ① 本書に定める利用料金を2ヶ月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず14日以内に支払われない場合。
- ② 利用者または身元引受人が、事業者、または当施設の職員または他の利用者等に対して、利用継続困難となる程度の言動があった場合。
- ③ やむをえない事情により、当施設を閉鎖、縮小する場合。

7、当施設のサービスの特徴

(1) 運営の方針

- ① ゆったりと楽しく
お年寄りひとりひとりの生活のテンポに合わせて・・・
- ② 自由にのびのびと
好きな時に、好きな事を・・・
- ③ いつも同じ仲間・なじみの環境
穏やかな、落ち着いた雰囲気の中で・・・
- ④ 残された力で、暮らしの喜びと自信を
いろいろな趣味や園芸などにチャレンジ・・・

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
男性職員の有無	有	
職員への研修の実施	有	施設内外にて実施
各種委員会の実施	有	褥瘡、身体拘束、事故防止、感染、接遇、認知症、等
身体拘束	無	命に危険がある場合は家族の同意の下実施
その他		

(3) 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 面会 原則 8 : 30 ~ 17 : 30
事前に連絡頂ければ宿泊も可能です。
- ・ 外出・外泊 事前におもやいまでご連絡下さい。
- ・ 金銭、貴重品の管理 本人または身元引受人の希望があればおもやいでお預かりいたしますので、ご連絡下さい。
- ・ 所持品の持ち込み 希望があれば介護支援専門員（ケアマネージャー）にご相談下さい。
- ・ 宗教活動 介護支援専門員（ケアマネージャー）にご相談下さい。
- ・ ペット 持ち込みはできません。

8、緊急時の対応

利用者の心身の状態が急変した場合、必要な処置を講ずるほか、あらかじめ届けられた身元引受人等に速やかに連絡いたします。

9、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、必要な処置を講ずるほか、市町村、ならびにあらかじめ届けられた身元引受人等に速やかに連絡いたします。

10、協力病院の体制

利用者が、入院治療を必要とされることがある場合のために、当施設では、品川医院、山口歯科、福田外科病院を協力医療機関としています。

11、非常災害対策

- ・ 防災時の対応 マニュアルの作成（希望があれば閲覧できます。）
- ・ 防災設備 自動火災報知器、非常口誘導灯、消火器
スプリンクラー、自動通報装置
- ・ 防火訓練 年2回以上実施
- ・ 防火責任者 武富 英子

12、サービス内容に関する相談・苦情

当施設に相談・苦情がありましたら事務所に窓口を設置しております。
下記の担当者と話し合いを行い、解決できない場合は苦情解決責任者（施設長）と協議を行います。それでも解決できない場合は、第三者委員会や運営適正委員会の立会いのもと解決を行います。

(1) 当施設利用者相談・苦情担当

担当	介護支援専門員	武富 英子
電話	0956-46-2010	

(2) その他

当施設以外に市町村の相談・苦情窓口でも受付けております。

佐世保市長寿社会課	電話	0956-24-1111
長崎県国民健康保険団体連合会	電話	095-826-7293

13、当法人の概要

法人種別・名称	社会福祉法人 由起会
代表者役職・氏名	理事長 品川 一博
本部所在地	長崎県佐世保市上柚木町2515
本部電話番号	電話 0956-46-0988
施設・拠点等	老人保健施設 1ヶ所
	短期入所療養介護 1ヶ所
	通所リハビリテーション 1ヶ所
	居宅介護支援事業所 1ヶ所
	特別養護老人ホーム 1ヶ所
	短期入所生活介護 1ヶ所
	ケアハウス 1ヶ所
	認知症対応型グループホーム 1ヶ所
	ケア付高齢者住宅 1ヶ所
	小規模多機能 1ヶ所

契約をする場合は以下の確認をすること

令和 年 月 日

(介護予防)認知症対応型共同生活介護施設入居にあたり、利用者に対して
契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 長崎県佐世保市上柚木町2515

名称 グループホーム おもやい

理事長 品川 一博 (印)

説明者 氏名 _____ (印)

私は、契約書および本書面により、事業者から(介護予防)認知症対応型共同
生活介護施設についての重要事項の説明を受けました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(身元引受人)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)