【R8.6 月改訂】

グループホーム　さくら　重要事項説明書

１．事業主体概要

事業主体名	社会福祉法人　いぶすきケアネット
法人の種類	社会福祉法人
代表者名	大重　力
所在地	鹿児島県指宿市東方 10235 番地 1
法人の理念	・ひとり一人を大切に思う、おもいやりの心 ・いつも笑顔でいられるように ・住み慣れた地域での暮らしの継続を大切に ・老いてもなお希望を持って
グループホームさくらの目標	・　わたしたちは、利用者様一人一人の尊厳を大切にし、家庭的な環境のもとで自立した生活が出来るよう支援していきます。 ・　わたしたちは、利用者様が自分らしさを失うことなく安心した暮らしが出来るよう、馴染みやすい地域との関係作りを目指します。 ・　わたしたちは、利用者様を大切に思う気持ちを常に持ち続けながらケアに努め、日々、サービスの質の向上を図るために努力していきます。

２　ホーム概要

ホーム名	グループホームさくら
ホームの目的	・慣れ親しんだ生活様式が守られる暮らしとケア ・認知症や行動障害を補い、自然な形で持てる力を発揮できる暮らしとケア ・少人数の中で一人一人が個人として理解され、受け入れられる暮らしとケア ・自信と自分を表現できる暮らしとケア ・豊かな人間関係を保ち、支えあう暮らしとケア
ホームの運営方針	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する。
ホームの責任者	新留　光代
開設年月日	平成 27 年 1 月 1 日
保険事業者指定番号	4691000113
所在地、電話・ＦＡＸ	〒891-0506　鹿児島県指宿市山川金生町４４番 （電話）　0993-27-6811　　（ＦＡＸ）　0993-27-6826
交通の便	ＪＲ指宿・枕崎線　山川駅下車　車で５分 山川ねじめフェリー山川発着所より歩いて１分
敷地概要（権利関係）	一部大重内科

建物概要（権利関係）	構造：　木造平屋　　延床面積：　232.64 ㎡
定員数	9 名
居室の概要	居室・療養室…7.804 ㎡　6室　7.513 ㎡　2室　7.738 ㎡　1部屋 （全室　窓有り）
共用施設の概要	居間兼食堂…30.539 ㎡　浴室および脱衣所…9.361 ㎡　居間兼談話室　17.157 ㎡ 収納室…2.845 ㎡　便所…7.014 ㎡　玄関・ホール…7.491 ㎡
緊急対応方法	緊急避難口を設けている（スロープ式）
防犯防災設備 避難設備等の概要	消火器　火災通報自動装置　スプリンクラー　徘徊センサー 非常口（一箇所）

3．職員体制（主たる職員）

職員の職種	員数
管理者	1 人
計画作成担当者	ユニットごとに 1 人
介護従事者	日中:　常勤換算3:1 以上 夜間:　ユニットごとに1人

4．勤務体制

昼間の体制	3　人	（うち早出　7：30～16：30　1人　遅出　9：30～18：30　1人）
夜間の体制	1　人	宿直・夜勤の別：　夜勤

5．ホーム利用にあたっての留意点

・家具の持ち込みは自由とする。

・面会時間は設けず自由にするが、夜間（20時～明朝6時）については事前連絡とする。

・外出は事前連絡とし、外泊については前日までの連絡とする。

・貴重品については、預かりノートを作成し鍵つきの保管庫に保管する。

6．個人情報保護

本事業所の従業者は、就業中及び退職後において業務上知り得た利用者またはその家族の秘密保持を厳守する。

2　従業者であった者が、業務上知り得た利用者または家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講ずる。

７．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、受付窓口の設置、担当者の配置、事業関係の調査の実施、改善措置、利用者及び家族に対する説明、記録の整備等必要な措置を講ずるものとする。

８．損害賠償

利用者に対する介護サービス提供に当たって、賠償すべき事故が発生した場合、速やかに損害賠償を行う。

２　前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入する。

９．衛生管理

本事業を提供するのに必要な設備、備品等の清潔を保持し、常に衛生管理に留意する。

２　従業者は、感染症等に関する知識の習得に努める。

１０．緊急時における対応策

利用者の心身の状態に異変その他緊急事態が生じたときは、主治医または協力医療機関と連絡をとり、適切な措置を講ずる。

１１．非常災害対策

非常災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講ずる、また管理者は日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとる。

２　非常災害に備え、定期的に地域の協力期間等との連携方法を確認し、災害時には非難等の指揮をとる。

１２．サービスおよび利用料等　その方の利用負担に応じた額となります。

（介護報酬の改定により以下は変動することがあります）

（入居者の介護度、心身の状態により変動する場合があります）

（職員の配置により変動する場合があります）

※令和６年４月からの介護保険の報酬算定に伴い、以下のように変更となります。

保険給付サービス □１、認知症対応型共同生活介護費	１、食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活のなかでの機能訓練、健康管理、相談、援助等のサービス提供費 上記については包括的に提供され、要介護度別に応じて定められた金額（省令により変動あり）が自己負担となります。 要支援２　761 円/日　介護度１　765 円/日　介護度２　801 円/日 介護度３　824 円/日　介護度４　841 円/日　介護度５　859 円/日

〔以下は加算を表記〕 □２、初期加算	２、入居されてからの３０日間に限り、上記金額とは別途、３０円/日の加算があります。
□３、医療連携体制加算（Ⅰ）	３、日常的な健康管理を行い、医療ニーズが必要となった場合に事業所が適切な対応がとれる等の体制を整えたとき 39 円/日の加算があります。
４、サービス提供体制強化加算 □①認知症対応サービス提供強化体制加算（Ⅰ）	４、以下の要件で職員の配置、整備したときに加算をいただくことになります。 （適応時に以下いずれかの加算をいただきます） ４－①介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が 100 分の 70 以上または勤続１０年以上の介護福祉士が 100 分の 25 以上である場合に 22 円/日の加算があります。
□②認知症対応サービス提供強化体制加算（Ⅱ）	４－②介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が 100 分の 60 以上である場合に 18 円/日の加算があります。
□③認知症対応サービス提供強化体制加算（Ⅲ）	４－③介護職員の総数のうち、勤続年数３年以上の者が占める割合が 100 分の 50 以上または勤続 7 年以上の介護福祉士が 100 分の 30 以上である場合に６円/日の加算があります。
□５、介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）	５、厚生労働省が定める基準に適合している職員の賃金改善等を実施しているものとして市長に届け出た場合に加算があります。上記の１から４の合計金額に対して 22.8%の加算があります。
□6､科学的介護推進体制加算	6､（１）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。 （２）必要に応じて計画を見直すなど、サービス提供に当って、（１）に規定する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。 上記についての体制を整えたとき 40 円/月の加算があります。
保険対象外サービス	別紙のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。
居室の提供（家賃）	1，000　円／日
食事の提供	朝食：　250　円、昼食　500　円、夕食　450　円、おやつ：　100　円　/日
必要経費	水道光熱費　300 円/日
その他の費用	個人で使用した品は実費清算で自己負担となります。

※　料金の詳細については、別紙の料金表を参照

１３-1、サービスおよび利用料等（利用者負担割合が２割となる方の条件）

65 歳以上の被保険者のうち所得上位 20%に相当する基準である合計所得金額 160 万円以上の者（単身で年 金収入のみの場合、280 万円以上）が基本となります。 合計所得金額が 160 万円以上であっても、実質的な所得が 280 万円に満たないケースや２人以上世帯における負担能力が低いケースについては、その負担能力を考慮し、「年金収入とその他の合計所得金額」の合計 が単身で 280 万円、２人以上世帯で 346 万円未満の場合は、１割負担になる場合あります。（対象となる方は市町村より通達あります。詳細は市町村への御確認、御連絡をお願い致します）

１３-２、サービスおよび利用料等（利用者負担割合が３割となる方の条件）

65 歳以上の被保険者のうち所得上位 30%に相当する基準である合計所得金額 220 万円以上の者（単身で年 金収入のみの場合、340 万円以上）が基本となります。 合計所得金額が 220 万円以上であっても、実質的な所得が 340 万円に満たないケースや２人以上世帯における負担能力が低いケースについては、その負担能力を考慮し、「年金収入とその他の合計所得金額」の合計 が単身で 280 万円、２人以上世帯で 346 万円未満の場合は、１割負担になる場合あります。（対象となる方は市町村より通達あります。詳細は市町村への御確認、御連絡をお願い致します）

１４．重度化した場合の対応に係る指針

①急性期における医師や医療機関との連携

利用者が急病等になった場合、各利用者の主治医に連絡し対応の指示を受けます。
入院した場合、連携（入院）先の主治医、看護師等と治療内容、入院期間等、退院計画等を検討し、管理者とご家族等との間で、以後の入居方針等について確認、話し合いを行い対応します。

②利用者の入院期間中はグループホームにおける居住費（家賃）ついては日数分受領します。

③看取りに関する指針（別紙参照）

利用者の疾病状況等、緊急な医療の状況が考えられるため主治医及び協力医療機関の判断と本人、家族との話し合いによるものとします。

１５．事故発生の防止及び発生時の対応

施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じています。

①事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備します。

②事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備します。

③事故発生の防止のための従業者に対する研修を定期的に行います。

２．施設は、入居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、速やかに、市町村、入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

３．施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

４．施設は、入居者に対する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います。

１６．虐待防止に関する事項

施設は、入居者の人権の擁護・虐待等の防止の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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、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ています。

③虐待を防止するための従業者に対する研修の実施

④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

⑤入居者及びその家族からの苦情処理体制の整備

⑥その他虐待防止のために必要な措置

２．施設は、サービス提供中に、従業者又は養護者（入居者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに市町村に通報致します。

１５．協力医療機関

協力医療機関名	大重内科	医療法人浩然会 指宿浩然会病院	指宿さがら病院	平田歯科医院
診療科目、ベッド数等	内科	内科　138 床	外科・内科	歯科
協力医師 （常勤・非常勤の別）	氏名：大重力先生（常勤） 大重万里子先生（非常勤）	氏名：大重太真男先生 （常勤）	氏名：相良晃一先生 （常勤）	氏名：平田晃士先生 （常勤）
訪問頻度：必要時				

１６．苦情相談機関

（１）当事業所における苦情・相談の受付

1,苦情解決責任者	石川　美保　（施設統括） 受付時間　9:00　～　17:00 サンピアよつ葉：(電話)　０９９３－２３－５５１１ (FAX)　０９９３－２３－５５１２
2,苦情･相談受付担当者	新留　光代　（管理者） 受付時間　平日：9:00　～　17:30 土曜：9:00　～　14:00 （電話）０９９３－２７－６８１１　(FAX)　０９９３－２７－６８２６
3,第三者委員	田中　重行　（評議員　潟山地区元公民館館長） （電話）　０９９３－２３－３７２９ 亀之園　初子（民生委員） （電話）０９９３－２２－４４６２

（２）外部苦情受付機関

外部苦情申立て機関 （連絡先電話番号）	機関名：指宿市役所　介護保険担当課 （電話）　0993-22-2111（ＦＡＸ）0993-24-4342 機関名：鹿児島県国保連合会介護相談室 （電話）　099-213-5122（ＦＡＸ）099-213-0817

１７．提供するサービスの第三者評価の実施状況

平成 30 年度	外部評価及び自己評価実施
令和元年度	外部評価及び自己評価実施
令和 2～4 年度	新型コロナウイルスの影響により未実施
令和 5 年度	外部評価及び自己評価実施
令和 6 年度	外部評価及び自己評価実施
令和 7 年度	外部評価及び自己評価実施
実施した直近の年月日	令和 7 年　11 月　25 日
評価結果の開示状況	市への報告
実施した評価機関の名称	ＮＰＯ法人　自立支援センターかごしま福祉サービス評価機構 〒８９１－０１０２　鹿児島市星ヶ峯四丁目２番６号 （電話）　０９９－８００－８０２０　　（ＦＡＸ）　０９９－８００－１８３７

令和　　年　　月　　日

（事業者）

ホーム名　　グループホームさくら

住所　〒８９１－０５０６　鹿児島県指宿市山川金生町４４番

説明者名　　印

私は、本書面に基づいて契約書及び重要事項の説明を受けたことを確認します。

（利用者）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（利用者代理人）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（身元引受人）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印