

指定認知症対応型共同生活介護  
指定介護予防認知症対応型共同生活介護  
グループホーム 海の花  
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。  
(福岡県介護保険事業所指定 第 4091200461 号)

当事業所はご契約者に対して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）サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次の通り説明します。

◆◆ 目次 ◆◆

- |                  |                              |
|------------------|------------------------------|
| 1. 事業者           | 10. サービスの概要                  |
| 2. 事業所の概要        | 11. 入居中の医療                   |
| 3. ホームの目的        | 12. 緊急時等における対応方法             |
| 4. ホームの運営方針      | 13. 非常災害対策                   |
| 5. 入居対象者         | 14. ホームを退去していただく場合           |
| 6. 居室設備等の概要      | 15. 身元引受人                    |
| 7. 職員体制          | 16. 苦情の受付について                |
| 8. 利用料金          | 17. 身体拘束を行う際の手続き<br>事故発生時の対応 |
| 9. サービス料金のお支払い方法 | 18. 外部評価の実施状況                |

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様

## 1. 事業者

- |           |                   |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人彩雲の詩        |
| (2) 法人所在地 | 福岡県福岡市西区今津 6015 番 |
| (3) 電話番号  | 092-407-6118      |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 石橋征四郎         |
| (5) 設立年月日 | 令和3年2月26日         |

## 2. 事業所の概要

- |              |   |
|--------------|---|
| (1) 事業所の種類   | 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   |
| (2) 事業所の名称   | グループホーム 海の花   |
| (3) 事業所の所在地  | 福岡県福岡市西区今津 6015 番   |
| (4) 電話番号     | 092-407-5725  |
| (5) 管理者氏名    | 上辻 満莉子  |
| (6) 開設年月日    | 令和4年7月1日  |
| (7) 利用定員     | 18名(2ユニット)  |
| (8) 事業所の基本理念 | 1. ご利用様の安全で安心な生活のお手伝い<br>2. ご家族様の幸せな生活のお手伝い<br>3. 住み慣れた地域でご利用様らしい生活のお手伝い<br>4. 介護を通して地域社会への貢献 |

## 3. グループホーム 海の花の目的

指定知症対応型共同生活介護（指定介護予防認知症対応型共同生活介護）は、介護保険法令に従い、要介護者であって認知症の状態にあり（当該認知症に伴って著しい精神症状を呈する者及び、当該認知症に伴って著しい異常行動がある方ならびに、その方の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある方を除く。）共同生活住居において、それぞれの役割を持ち家庭的な環境の下で、その有する能力に応じ自立した日常生活を介護従事者と共に送ることを目的とした方がご利用される住居です。

## 4. グループホーム 海の花の運営方針

- ① 家庭的な雰囲気の中で、利用者の状態及び環境に合った生活を、専門スタッフが支援いたします。
- ② 利用者のプライバシーを守りながら、少人数での共同生活を楽しく送っていただけるよう支援いたします。
- ③ 地域の特性を活用し、より地域に開かれたグループホームを目指します。
- ④ いつでもご家族の方々がお気軽に立ち寄っていただけるような雰囲気作りを目指します。

## 5. 入居対象者

※ 要支援2以上で医師からの認知症の診断がある方が対象となります。

- ① 家庭環境等の事由により、家庭での介護が困難な方。
- ② 共同生活を送るのに支障がない方。
- ③ 急性期の疾患等で治療の必要がない方。

## 6. 住居・設備等の概要

※ 認知症対応型共同生活介護 海の花では、以下の居室・設備をご用意しています。

入居される居室は、原則として全室個室です。

※ 利用者の心身の状況等により処遇上、必要と認められた場合は、この限りではありません。  
その際には利用者又はご家族と協議の上、決定するものとします。

居室・設備等の種類	室 数		合 計
	A 館	B 館	
居室（個室）	9室	9室	18室
食 堂	1室	1室	2室
浴 室	1室	1室	2室
脱衣・洗濯室	1室	1室	2室
ト イ レ	3室	3室	6室
居 間	1室	1室	2室
宿泊室（来客用）	1室		1室
事務室	1室		1室
スタッフルーム	1室		1室
多目的室	1室		1室

## 7. 職員体制

【 主な職員の配置状況 】

従業員の職種	人 数	職務内容
管 理 者	1名	業務の統括
計画作成担当者	1名以上	ケアプランの作成
介 護 職 員	利用者3名に対し職員1名以上	介護援助

【 主な職員の勤務体制】

従業員の職種	勤務体制	
管理者・計画作成担当者	常勤	8 : 30 ~ 17 : 30
介護職員・看護師 計画作成担当者	早出	7 : 30 ~ 16 : 30
	日勤	8 : 30 ~ 17 : 30
	遅出	10 : 30 ~ 19 : 30
	夜勤	16 : 30 ~ 9 : 30

8. 利用料金 ※介護保険給付等 別紙参照

【介護保険給付外のサービス料金】

	1日あたりの料金	30日あたりの料金
家賃	1,666 円	50,000 円
食費	1,490 円	44,700 円
水道光熱費	550 円	16,500 円
合計	3,706 円	111,200 円

※生活保護受給者について 家賃：36,000 円

① 料金について

・敷金については、入居時に 100,000 円を預かります。

※なお、敷金については、利用者の故意・過失、善管注意義務違反、その他通常の使用を超えるような使用による損耗・毀損があった場合は、復旧する際の原状回復費用を差し引いて、退去時に残額を返還します。また、未払い家賃がある場合は、敷金から差し引いて家賃に充当することがあります。

・入院期間中については、家賃と水道光熱費は定額頂きます。

・食費は朝食、昼食、夕食の内、1食でも摂られたら1日分の料金を頂きます。

② 上記以外の個人負担の実費として以下のようなものがあります。

・ オムツ費用 ※別紙参照

・ クリーニング、日用品等の個人で利用、使用されるもの。

・ 病院受診代、薬代等の医療費。

・ 行事、レクリエーション等に対する利用負担。

・ 電化製品 1 台につき 1,000 円/月

・ ご家族の食事代は、利用者と同額です。

・ 夜間の救急搬送に伴う、帰路のタクシー代。

③ 上記サービス料金に関して社会情勢により変動することがあります。

## 9. サービス利用料お支払い方法

前記の料金・費用は、1ヶ月毎計算し翌月10日付けで請求書を発行しお渡しいたしますので、サービス利用料金を当月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

※ 1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は利用日数に基づいて計算した額となります。

① 当ホーム窓口でのお支払い。

② 当ホーム指定銀行口座へのお振込み。

[ 西日本シティ銀行 柳川支店 (273) (普通) 口座番号 3074197  
口座名義 社会福祉法人彩雲の詩 理事長 石橋征四郎 ]

③ 口座振替 (事前に手続きが必要となります)

## 10. サービスの概要

当ホームでは、利用者に対して以下のサービスを提供いたします。

### 【 食事 】

- ① 当ホームでは、食中毒に細心の注意を払いながら、利用者の嗜好と栄養のバランスを考慮した献立を立てています。
- ② 利用者の方々の自立支援や、他の入居者の方々と交流を図る為に、基本的には食堂にて皆様と一緒に食事を摂っていただくこととなります。
- ③ 食事時間 朝食 7:40～ 昼食 12:00～ 夕食 17:30～

### 【 入浴 】

- ① 基本的には毎日入浴していただけることが出来ます。利用者の希望や状態等に合った入浴時間にて対応をさせていただきます

### 【 排泄 】

- ① 排泄の自立を促すために、利用者の身体機能を最大限活用した援助を行います。又プライバシーの保護にも十分留意いたします。

### 【 機能訓練 】

- ① 利用者の身体機能維持の為に、離床・散策・家事・園芸・季節の行事・レクリエーション等により、日常生活の中での生活リハビリを行います。

### 【 その他日常生活への自立支援 】

- ① 寝たきり防止の為に、利用者の状態に合わせ出来る限り離床の援助を行います。
- ② 清潔で快適な生活を送っていただけるように、適切な整容 (洋服と寝巻きの交換・化粧・整髪等) が行われるよう援助します。
- ③ 毎日の洗面 (洗顔・歯磨き)、含嗽、手洗い等の励行による清潔保持と感染予防に努めます。

【 一時外泊又は外出 】（契約書第 2 2 条参照）

- ① 利用者は、事業者の同意を得た上で文書又は口頭にて外出・外泊をしていただくことが出来るものとします。この場合、利用者は外出・外泊の事前にご連絡ください。

【 面会時間 】

- ① 利用者の方への面会時間は、10：00～12：30、13：00～16：00 となっています。但し、緊急の場合や面会者のご都合等の理由がある場合は、この限りではありません。

【 ご家族等の宿泊 】

- ① 当ホームでは、利用者のご家族の方等がゆっくり宿泊できるよう、宿泊室を設けています。又、事前に相談をいただければ食事の準備をいたします。

（朝食／410 円 昼食・夕食／各 540 円）

## 11. 入居の医療

医療を必要とされる場合は、利用者の希望により下記の協力医療機関において診療や往診、入院治療を受けることができます。（但し、下記の医療機関での優先的な診療、入院治療を保障するものではありません。又、下記の医療機関での診察、入院治療を義務付けるものでもございません。）

【 協力医療機関 】

協力医療機関	医療機関名 住 所 電話番号	聖峰会 マリン病院 福岡県福岡市小戸 3 丁目 55 番 2 号 092-883-2525
総合診療	医療機関名 住 所 電話番号	おうちにかえろう会 まつおクリニック 福岡県福岡市早良区原 5 丁目 3 番 6 号 092-833-0333
歯 科	医療機関名 住 所 電話番号	県庁前デンタルクリニック 福岡県福岡市博多区千代 4 番 1 の 2 号 ラクレイス県庁前 1F 092-643-4188

## 12. 緊急時等における対応方法

事業者は、現に認知症対応型共同生活介護サービスの提供を行っているときに、利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又は歯科医師に連絡をとるなどの必要な措置を講じます。

又、夜間における緊急時の対応等のため、併設施設や協力医療機関等との連絡・後方支援体制を整えています。

### 13. 非常災害対策

非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害時における従業員の役割分担を明確に定めます。また、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出等必要な訓練を実施します。

### 14. ホームを退去していただく場合

#### ① 契約の終了（契約書第18条参照）

当ホームの契約では、契約の終了する期日は特に定めていません。したがって、以下のような事由が無い限り継続してサービスを利用していただくことが出来ますが、仮に以下のような事由に該当するに至った場合には、当ホームとの契約は終了し、利用者に退去していただくこととなります。

- (1) 利用者が死亡した場合。
- (2) 要介護認定により利用者の心身の状態が非該当又は、要支援1と認定された場合。又は、被保険者資格を喪失した場合。
- (3) 事業者が解散した場合。又は、やむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合。
- (4) 利用者又は家族から、退去の申し出があった場合。
- (5) 事業者から、退去の申し出があった場合。
- (6) 事業者が、介護保険の指定を取り消された場合。又は、指定を辞退した場合。
- (7) ホームの滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合。

#### ② 利用者からの退去の申し出（途中解約・契約解除）（契約書第19条参照）

契約の有効期間であっても、以下の事由により利用者から当ホームの退去を申し出ることが出来ます。その場合には、退去を希望される日の2週間（14日）前までに申し出てください。

- (1) 介護保険給付対象外のサービス利用の変更に同意いただけない場合。
- (2) 事業者又はスタッフが、正当な理由無く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）サービスを実施しない場合。
- (3) 事業者又はスタッフが、守秘義務に違反した場合。
- (4) 事業者又はスタッフが、故意若しくは過失により、利用者の身体・財物・信用等を傷付け又は、著しい不信行為、その他の本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- (5) 他の入居者が利用者の身体・財物・信用等を傷付けた場合。又は、傷付けられる恐れがある場合において、事業者が適切な対応を取らない場合。
- (6) ホームの運営規定の変更に同意できない場合。

- ③ 事業者からの申し出により、退去していただく場合（契約解除）（契約書第20条参照）  
以下の項目に該当する場合には、当ホームから退去していただく場合がございます。

- (1) 利用者が契約締結時に、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず又は、不実の告知を行いその結果、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- (2) 利用者又は家族による、サービス利用料金の支払いが1ヶ月以上遅延し、相当期間定めた催促にも関わらずこれが支払われない場合。
- (3) 利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はスタッフ若しくは他の入居者等の生命・身体・財物・信用等を傷付け、あるいは著しい不信行為を行う等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- (4) 利用者が、連続して病院等に入院し、明らかに1ヶ月以内に退院できる見込みが無い場合。又は、1ヶ月過ぎても退院出来ないことが明らかな場合。
- (5) 利用者が、他の介護保険施設に入所又は入院された場合。

④ 円滑な退居の為の援助（契約書第21条参照）

利用者が、当ホームを退居される場合には、利用者の希望により事業者は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退居の為に必要な以下の援助を利用者に対して速やかに行います。

- ◇ 適切な病院等又は、介護保険施設の紹介。
- ◇ 居宅支援事業所の紹介。
- ◇ その他保健医療サービス又は、福祉サービス提供者の紹介。

15. 身元引受人

- ① 利用者が、精神喪失その他の事情により判断能力が失われたと思われる場合、利用者のご家族等又は、第三者を身元引受人とすることが好ましいと考えられたとき、利用者のご家族等又は、第三者を身元引受人とすることがあります。
- ② 入居契約が終了した後、当ホームに残された利用者の所持品（残置物）を利用者が引き取れない場合には、身元引受人に引き取っていただくこととなります。

16. 苦情の受付について（契約書第12条参照）

① 事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口（責任者・担当者）	上辻 満莉子 島津周平
受付時間	毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

※苦情受付ボックスを正面玄関に設置しています。

② 行政機関その他苦情受付機関

西区福祉・介護保険課	所在地 福岡県福岡市西区内浜1丁目4-1 電話番号 092-895-7066
福岡県国民健康保険団体連合会	所在地 福岡県福岡市博多区吉塚本町13-47 電話番号 092-642-7859

③ 虐待等通報窓口

福岡市福祉局 高齢社会部事業者 指導課 施設指導係	所在地 福岡県福岡市中央区天神1-8-1 電話番号 092-711-4319
------------------------------	---

17. 緊急やむを得ず身体拘束を行う際の手続き・事故発生時の対応

・施設は、指定介護老人福祉施設のサービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入所者の行動の制限を行いません。施設は、前述の身体拘束等を行う場合は、次の手続きにより行います。

- ・(1) 身体拘束廃止委員会を設置します。
- ・(2) 「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録します。
- ・(3) 当該入所者又はご家族に説明しその他の方法がなかったか改善方法を検討します。

・事故発生時の対応と賠償責任について サービス事業により事故が発生した場合には、家族、市町村、関係医療機関 等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった 処 置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、損害の発生について利用者様に故意、または過失が認められた場合、利用者様の心身の状況を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

18. 福祉サービス第三者評価実施状況

項目内容

- (1) 実施の有無  ・ 無
- (2) 実施年月日(直近実施日) 令和 8年 1月 29日
- (3) 実施した評価機関 公益社団法人 福岡県介護福祉士会
- (4) 評価結果の開示状況 ホームページにて掲示

令和 年 月 日

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）サービス提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

**【事業者】**

住 所 福岡県福岡市西区今津 6015 番

事業者名 グループホーム 海の花  
理事長 石橋 征四郎 (印)

**【説明者】**

氏 名 (印)

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、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）サービスの提供開始に同意しました。

**【利用者】**

住 所

氏 名 (印)

**【代筆者（選定した場合）】【続柄 〃】**

住 所

氏 名 (印)

**【代理人】【続柄 〃】**

住 所

氏 名 (印)

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  
グループホーム 海の花

## 個人情報提供に関する同意書

グループホーム 海の花が提供するサービスに関する重要事項について、  
( 職種 : \_\_\_\_\_ 氏名 : \_\_\_\_\_ )  
から書面により、詳細に説明を受けました。内容を確認し了解しましたので同意いたします。  
また、認知症対応型共同生活介護のサービスを受けるにあたり、本人（契約者）、家族及び  
身元引受人、その他必要な家族に関する個人情報をサービス担当者会議等利用目的の範囲内で  
用いられること、居宅サービス事業者等の連携機関へ提供されること等の個人情報の提供に同  
意いたします。  
また、それらの個人情報の提供に関して、事業所の責に帰さない流出等の事故の場合は、事  
業所が損害賠償を負わないことに併せて同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 【利用者（契約者）】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

### 【家族及び代理人】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

利用者との続柄 \_\_\_\_\_

【利用料金】

令和6年4月～

介護保険から給付されるサービス（（介護予防）認知症対応共同生活介護費（Ⅱ））

要介護度	単位/日	1割負担/日	2割負担/日	3割負担/日
要支援2	749	783円	1,566円	2,349円
要介護1	753	787円	1,574円	2,361円
要介護2	788	824円	1,648円	2,472円
要介護3	812	849円	1,698円	2,547円
要介護4	828	866円	1,732円	2,598円
要介護5	845	883円	1,766円	2,649円

※1日の料金＝要介護度の単位数×10.45（地域区分加算） ※端数切捨て

介護保険から給付されるサービス（加算）

加算項目	単位	加算要件
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6/日	当該事業所の看・介護職員の総数のうち常勤職員の占める割合が75%以上
医療連携体制加算Ⅰハ	37/日	事業所の職員又は病院もしくは訪問看護ステーションとの連携により看護師を1名以上確保していること
若年性認知症利用者受入加算	120/日	若年性認知症の利用者に個別の担当者を定めて、利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供
協力医療機関連携加算	100/月	相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合
認知症専門ケア加算Ⅰ	3/日	認知症の日常生活自立度Ⅲ以上である利用者が、全体の50%以上 「認知症介護実践リーダー研修」の修了者を、日常生活自立度Ⅲ以上の利用者が20人未満の場合は1人以上を配置。
口腔衛生管理体制加算	30/月	歯科医師または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関する助言や指導を月1回以上行った場合
初期加算	30/日	入居した日から起算して30日以内0日を超える入院後の再入所も同様
栄養管理体制加算	30/日	管理栄養士が日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的な助言や指導を月に1回以上行う。

入院時の費用	2 4 6 / 日	入院を要した場合 6 日/月を限度として
退居時情報提供加算	2 5 0 / 回	医療機関へ退所する入居者に同意を得て情報提供した場合
退居時相談援助加算	4 0 0 / 回	利用者 1 人につき 1 回を限度
看取り介護加算	7 2 /日	死亡日以前 31 日以上 45 日以下
	1 4 4 / 日	死亡日以前 4 日以上 30 日以下
	6 8 0 / 日	死亡日の前日及び前々日
	1 2 8 0 /日	死亡日
処遇改善加算Ⅱ	1 月 総 単位数 17.8%	介護職員の賃金向上を目的に、介護報酬を加算して支給する制度。

※ 1 日の料金 = 要介護度の単位数 × 10.45 (地域区分加算) ※ 端数切捨て

【物品一覧 施設購入の場合のご案内】

令和6年1月より

〈パット・オムツ・リハビリパンツ〉

◇リハビリパンツ	サイズ	枚数	金額
はくパンツスリム	S	22	1500
はくパンツスリム	M	20	1500
はくパンツスリム	L	18	1500
はくパンツスリム	LL	16	1500
◇オムツ			
簡単テープ止めタイプ	S	34	2500
簡単テープ止めタイプ 小さめ	M	32	2500
簡単テープ止めタイプ	M	30	2500
簡単テープ止めタイプ 小さめ	L	26	2500
簡単テープ止めタイプ	L	26	2500
◇パッド			
スーパー尿取りパッド		30	900
やわらかびったりパッドレギュラー		30	1000
サラケアパッドワイドロング		30	1300
サラケアパッドワイドロングスーパー		30	1400
スピードキャッチパッド		30	1600
ハイパーシリーズプレミアム		30	1900

〈その他〉

※仕入れ価格によって変動します。(送料含む)

歯磨き粉 250～400円 ※こだわりがある方

歯ブラシ 100～150円 ※こだわりがある方

ティッシュ 70円 ※個別に使われる方

ポリデント 600～800円

お菓子類 小袋系をまとめて1000円程度スーパーにて購入しています。  
(立替購入になります)

◇受診対応 ※受診に付き添いした場合発生します。(送迎込み)  
1時間 1500円

※上記については、ご家族様が購入して頂ける場合、費用はかかりません。  
代理購入した場合の費用になります。