

グループホームさるびあ重要事項説明書

当事業所は、ご利用者に対して、（予防）認知症対応型共同生活介護サービスを提供いたします。
事業の概要やご提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。
（令和 8 年 8 月 1 日現在）

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 光仁会
事業者所在地	周南市城ヶ丘三丁目 6 番 1 号
代表者名	理事長 市川 喜久子
電話番号	0 8 3 4－3 3－8 8 8 1
FAX 番号	0 8 3 4－3 3－8 8 8 2

2. 事業所の概要

名称	グループホームさるびあ		
所在地	周南市城ヶ丘三丁目 6 番 1 号		
介護保険事業所番号	3591500271		
電話番号	0834－33－8886	F A X 番号	0834－33－8887
敷地	2655. 11 m ²		
建物構造	鉄筋コンクリート造 3 階建て		
延床面積	445. 14 m ²		
ユニット数	2 ユニット		
入居定員	18 名		
居室数 18 室 全室個室	10. 18 m ² ～10. 62 m ²		
共同生活室（ 2 室 ）、浴室・脱衣室（ 2 室 ）、トイレ（ 4 ケ所 ）			

当法人で併せて実施する介護保険事業

事業の種類	山口県知事・周南市の指定番号		利用定員
	指定年月日	指定番号	
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	平成 26 年 11 月 1 日	3591500289	29 名
（予）短期入所生活介護	平成 26 年 11 月 1 日	3571501414	10 名
地域密着型通所介護	平成 27 年 3 月 1 日	3571501539	10 名
周南市介護予防・日常生活支援総合事業 第 1 号通所事業総合事業通所介護	平成 30 年 3 月 1 日		
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	令和 2 年 4 月 1 日	3591000207	29 名
（予）短期入所生活介護	令和 2 年 4 月 1 日	3571000888	10 名

3. 事業の目的と運営方針

目的

利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定(予防)認知症対応型共同生活介護の提供を確保することを目的とします。

運営方針

1. 指定認知症対応型共同生活介護の提供にあたっては、認知症である利用者が可能な限り共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援します。また、指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供にあたっては利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。
2. 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
3. 地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、地域や関係機関との連携に努めます。
4. 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。

4. 従業者の職種及び員数

従業者の職種、員数は、次のとおりとします。

- | | | |
|-----|---------|---------------------------------------|
| (1) | 管理者 | 1名(常勤1名 介護職員と兼務) |
| (2) | 計画作成担当者 | 2名(介護職員と兼務) |
| (3) | 介護職員 | 14名以上(うち1名 管理者と兼務
うち2名 計画作成担当者と兼務) |

5. 職員の勤務体制

勤務体制	
早出	7:00～16:00
日勤	8:30～17:30
遅出	10:00～19:00
夜勤	17:00～翌8:30

6. 提供するサービスの内容について

- (1) 入浴、排せつ、食事、着替え等の介助
- (2) 日常生活上の世話
- (3) 日常生活の中での機能訓練
- (4) 相談、援助

7. 当施設ご利用の際に、ご留意いただく事項

来訪・面会	ご利用者にとってご家族とのふれあいは、介護サービスでは補うことのできない大切な機会です。時間の許す限りお運びください。 ・ 予めご予約の上、お越しください。 ・ 原則 平日 9:00～17:30 の間としますので、ご協力をお願いいたします。 ・ ご面会前の健康確認やマスクの着用にご協力ください。 ・ ご面会の際には面会簿にご記入ください。 ・ 飲食物や衣類等の差し入の際は、予め職員にお声かけください。
外出・外泊	ご家族との楽しい時間をお過ごしください。 ・ 必ず行き先と帰苑時間を職員にお申し出ください。 ・ 食事をキャンセルされる場合は、事前にお申し出ください。 ・ 外出・外泊前に申出書をご記入ください。 ・ 代理人以外の方が外出・外泊の手続きをされる場合は、代理人の方の了解を得ていただくよう、その他のご家族や親戚の方等にご説明ください。 ・ 健康状態が思わしくない場合は、見合わせていただくことがあります。
設備器具等の利用	施設内の居室や設備、器具は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。
所持品の管理	所持品には必ず記名をお願いします。 持ってこられた際に職員と一緒に記名を確認させていただきます。
現金等の管理	現金や貴重品は居室に持ち込まず、施設にご相談ください。ただし、品物によっては、お預かりすることが困難な場合もあります。
迷惑行為	騒音等他の入居者への迷惑行為が続く場合退居していただくことがあります。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
貴重品	ご要望があれば、日常生活上で使用する金銭（上限 1 万円）をお預かりすることができます。その場合は、当事業所の預り金規程に基づいて管理します。
喫煙・飲酒	喫煙は指定された場所で行います。 飲酒を希望される方は、お知らせください。（保管は、職員がいたします。）
入院の場合	心身の状態変化に伴い入院治療されることになった場合には、最長 1 か月は居室を開けて退院をお待ちすることができます。
宗教その他の活動	施設内で他のご利用者に対する宗教活動・政治活動・販売活動等は、ご遠慮ください。

食べ物	飲食物の差し入れの際は、予め職員にお声かけください。
利用料金等のお支払い	当月の利用者負担金の請求に明細書を付して、翌月 10 日前後に請求書を発送します。 サービスに関する利用料金は、原則として請求月の 26 日（金融機関が休日の場合はその翌日）に指定の口座（山口銀行）から自動口座引き落としによりお支払いいただきます。なお、自動引落の手続きが終了するまでは、振込の方法によりお支払ください。

8. 協力医療機関

医療機関の名称	独立行政法人地域医療機能推進機構 徳山中央病院
院長名	沼 文隆
所在地	周南市孝田町 1 番 1 号
電話番号	0834-28-4411
診療科	内科、外科、整形外科等
入院設備	あり

医療機関の名称	社会医療法人 同仁会 周南記念病院
院長名	橋谷田 博
所在地	下松市生野屋南一丁目 10 番 1 号
電話番号	0833-45-3330
診療科	内科、外科、整形外科等
入院設備	あり

医療機関の名称	医療法人社団 光仁会 市川医院
院長名	市川 晃
所在地	光市中央 3 丁目 2 番 26 号
電話番号	0833-72-5700
診療科	内科、消化器内科、リハビリテーション科 等
入院設備	なし

医療機関の名称	こやま歯科医院
院長名	小山 茂幸
所在地	周南市大字徳山御弓町 4 1 8 1
電話番号	0834-22-6622

9. 協力支援連携施設

施設の名称	地域密着型特別養護老人ホームくすのき苑
住所	周南市城ヶ丘三丁目6番1号
電話番号	0834-33-8881
施設の名称	介護老人保健施設ふくしの里
住所	下松市生野屋南一丁目10番1号
電話番号	0833-45-3360

10. 衛生管理等について

施設において、感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止対策を検討する委員会を、3月に1回以上開催するとともに、定期的に研修を実施します。

11. 業務継続計画の策定等について

感染症や非常災害の発生時において、非常時の体制で早期の業務再開を図り、サービス提供を継続するための計画（業務継続計画）を策定し、必要な研修及び訓練を定期的に行います。

12. 非常災害時の対策

防火管理者を置き、消防計画、風水害、地震等の災害に対処する計画を作成して、年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練（うち1回は夜間想定訓練）を行います。

13. 事故発生時の対応・損害賠償

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市および関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じるとともに、原因の解明、再発防止のための対策を講じます。また、賠償すべき事故の場合には、誠意をもって対応し、必要に応じて損害賠償を行います。

・加入損害賠償責任保険 社会福祉施設総合損害補償「しせつの損害補償」

14. 苦情申し立て窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問などございましたら下記にお申し出ください。

当施設の窓口	
解決責任者	弘中 達也
受付担当者	(東町) 若江 拓也・山下 千広 (西町) 中山 知子・淵上 香織
連絡先	電話番号 0834-33-8886 / F A X 番号 0834-33-8887
受付時間	午前 8 : 30～午後 5 : 30 (土日祝をのぞく平日)

外部の受付機関	
第三者委員 有馬 俊雅	住所：周南市須々万奥 576 電話番号：0834-88-0259
第三者委員 小林 武生	住所：周南市学園台 843-4-2 電話番号：0834-28-0411
周南市高齢者支援課	住所：周南市岐山通 1-1 電話番号：0834-22-8467
山口県国民健康保険団体連合会	住所：山口市朝田 1980-7 電話番号：083-995-1010
山口県福祉サービス運営適正化委員会	住所：山口市大手町 9-6 ゆ〜あいプラザ 山口県社会福祉会館 2F 電話番号：083-924-2837

15. サービスの第三者評価の実施状況

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

- ・ 調査実施日（直近） 令和 7 年 7 月 25 日
- ・ 評価機関名 一般社団法人広島県シルバーサービス振興会
- ・ 評価結果の開示状況 事業所の事務室にて閲覧

16. 個人情報の保護

施設及び従業者は、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

17. サービス提供の記録

提供したサービスについて具体的な内容等を記録し、その記録はサービスを終了した日から 5 年間保存します。

18. 身体拘束の禁止

原則として、入居者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に入居者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

19. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置

サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（ご利用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ご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町に通報します。

虐待防止に関する責任者 管理者 弘中 達也

20. 介護保険給付対象サービスの利用料（算定単位）

基本報酬	区 分	単位数
認知症対応型共同生活介護費	要支援 2	749 単位／日
	要介護 1	753 単位／日
	要介護 2	788 単位／日
	要介護 3	812 単位／日
	要介護 4	828 単位／日
	要介護 5	845 単位／日

算定する加算	
初期加算 30 単位／日	入居した日から起算して 30 日以内の期間及び 31 日以上 の入院後に再び入居する場合に算定します。
医療連携体制加算（Ⅰ）ハ 37 単位／日	当事業所の従業者若しくは医療機関との連携により看護 師を配置し、24 時間の連絡体制の確保により、利用者の 日常的な健康管理や医療ニーズに対して適切な対応が取 れる体制を整備している場合に算定します。
サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 18 単位／日	介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が 100 分の 60 以上である場合に算定します。
生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10 単位／月	介護職員の処遇改善を進めることに加え、介護ロボット や ICT 等のテクノロジーの導入等により、介護サービス の質を確保するとともに、職員の負担軽減に資する生産 性向上の取組をしている場合に算定します。
生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200 単位／月	医師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士と連携 し、介護計画に基づく指定認知症型共同生活介護を行な った場合に算定します。
科学的介護推進体制加算 40 単位／月	ご利用者様ごとの心身の状況等の基本的な情報を厚生労 働省に提出し、サービスの提供にあたって、基本的な情 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場合に算定します。
協力医療機関連携加算 100 単位／月	協力医療機関との間で、入所者の同意を得て、当該入所 者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催してい る場合に算定します。
退居時情報提供加算 250 単位／回	利用者が退居し、医療機関に入院する場合において、当 該医療機関に対して、当該利用者の同意を得て、当該利 用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当 該利用者の紹介を行った場合に算定します。
新興感染症等施設療養費 240 単位／日	利用者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場 合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保

	し、かつ、当該感染症に感染した利用者に対し、適切な感染対策を行った場合に算定します。 ※現時点において指定されている感染症はありません。
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）口 所定単位数×22.8%/月	介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組を行う事業所に認められる加算です。

※当事業所は、1単位が10.14円の地域区分7級地となります。

※利用者の個人負担額は介護保険負担割合証に記載された割合により算出します。

※算定する加算については体制の整備状況により変更する場合があります。

21. 介護保険給付以外の費用

種類	金額（日額／月額）	備考
家賃	45,000 円／月	月途中の入退居については、1,500 円／日の日割り計算となります。 入院中を含めてご負担いただきます。
光熱水費	20,000 円／月	月途中の入退居については、670 円／日の日割り計算となります。
食材料費	1,960 円／日	朝食 340 円 昼食（おやつ代込）870 円 夕食 750 円
その他 日常生活費	実費	利用者希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものにかかる費用 利用者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものに係る費用
敷金	50,000 円	敷金として入居時に預かり、退居時に清掃費、未収金等を精算後、残りは返還します。
おむつ代	実費	ご家族から希望があれば、当法人が契約している業者より、必要に応じて購入し、入居者に請求します。なお、ご家族が持ってこられることも可能です。
理美容代	実費	理美容代にかかった経費の実費を請求します。
医療費	実費	医療保険適用にかかる費用の自己負担分、医療保険適用外費用（予防接種に係る費用を含む）

22. 料金表

グループホームさるびあ 料金表
(予防)認知症対応型共同生活介護

介護サービス費(単位)						合計月額	1割負担の場合		2割負担の場合		3割負担の場合	
要介護度	基本単位/日	加算単位/日	単位数/月(31日)	加算単位数/月	処遇改善加算Ⅰ日	地域区分7級地	介護報酬額	自己負担額	介護報酬額	自己負担額	介護報酬額	自己負担額
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫
			(①+②)×31	③+④	③×22.8%	(④+⑤)×10.14	(9割)	(1割)	(8割)	(2割)	(7割)	(3割)
要支援2	749単位	55単位	24,924単位	25,024単位	5,705単位	311,592円	280,432円	31,160円	249,273円	62,319円	218,114円	93,478円
要介護1	753単位		25,048単位	25,148単位	5,734単位	313,143円	281,828円	31,315円	250,514円	62,629円	219,200円	93,943円
要介護2	788単位		26,133単位	26,233単位	5,981単位	326,649円	293,984円	32,665円	261,319円	65,330円	228,654円	97,995円
要介護3	812単位		26,877単位	26,977単位	6,151単位	335,917円	302,325円	33,592円	268,733円	67,184円	235,141円	100,776円
要介護4	828単位		27,373単位	27,473単位	6,264単位	342,093円	307,883円	34,210円	273,674円	68,419円	239,465円	102,628円
要介護5	845単位		27,900単位	28,000単位	6,384単位	348,653円	313,787円	34,866円	278,922円	69,731円	244,057円	104,596円

※⑤小数点以下四捨五入⑥⑦⑨⑪小数点以下切捨て⑧⑩⑫小数点切上げ

全てのご利用者に算定させていただく加算

種別	単位	円/月 (30日分)	1割負担の場合		2割負担の場合		3割負担の場合	
			介護報酬額	自己負担額	介護報酬額	自己負担額	介護報酬額	自己負担額
医療連携体制加算(Ⅰ)ハ	37単位/日	11,256円/月	10,130円	1,126円	9,004円	2,252円	7,879円	3,377円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位/日	5,476円/月	4,928円	548円	4,380円	1,096円	3,833円	1,643円
協力医療機関連携加算	100単位/月	1,014円/月	912円	102円	811円	203円	709円	305円

対象となる場合に算定させていただく加算

種別	単位	処遇改善加算Ⅰ	合計額	1割負担の場合		2割負担の場合		3割負担の場合	
		22.8%	地域区分7級地	介護報酬額	自己負担額	介護報酬額	自己負担額	介護報酬額	自己負担額
初期加算	30単位/日	7単位	375円/日	337円	38円	300円	75円	262円	113円
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200単位/月	46単位	2,494円/月	2,244円	250円	1,995円	499円	1,745円	749円
科学的介護推進体制加算	40単位/月	9単位	496円/月	446円	50円	396円	100円	347円	149円
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10単位/月	2単位	121円/月	108円	13円	96円	25円	84円	37円
退去時情報提供加算	250単位/回	57単位	3,112円/回	2,800円	312円	2,489円	623円	2,178円	934円
新興感染症等施設療養費	240単位/日	55単位	2,991円/月	2,691円	300円	2,392円	599円	2,093円	898円

その他の費用

料金の種類	金 額
家賃	45,000円/月
光熱水費	20,000円/月
食費	1,960円/日
敷金	(入居時) 50,000円
その他の日常生活費、おむつ代、理美容代	実費

重度化対応・終末期ケア対応指針

グループホームさるびあ

■ 目 的

グループホームの入居者が、病状の重度化や加齢により衰弱し人生の終末期の状態になっても、なじみの関係での生活を維持し、そして本人が望む場所で最後まで暮らしていくことができるように、医療関係者・家族等と協力して対応する。

■ 重度化した状態・終末期の判断

主治医の判断が基本である。主には、①がんの終末期、②多様な疾患の重度化、③老衰、④その他である。

■ 基本的な姿勢

病状が重度化した入居者、あるいは人生の終末期の入居者が、疼痛や苦痛がなく本人、家族等が望むような人生の過ごし方ができ、グループホームでの生活が継続できるように最大限に対応する。

■ 医療連携

主治医の指示・指導のもと、必要な医療を行いながら、時に入院による病院での医療とも連携していく。

■ 家族等の信頼・協力関係

グループホームでの重度化・終末期の対応を行っていくためには、家族等の信頼・協力関係は欠かせない。家族等と一緒に医療とも連携して入居者本人が満足するような看取りへの支援をしていく。

■ 職員の教育・研修

医療関連専門職との連携で、重度化・終末期ケアが充実するように、職員教育・研修に努めていく。また、家族等の意向を重視した密な連携をもつことができるように努力する。

■ 入院期間中の居住費・食事

重要事項説明書のとおりとする。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、「（予）認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護グループホームさるびあ」のサービスの内容、重要事項及び重度化対応・終末期ケア対応指針の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者	住所	山口県周南市城ヶ丘三丁目6番1号		
	事業者	社会福祉法人 光仁会		
	施設名	グループホームさるびあ		
	代表者	理事長	市川 喜久子	印

説明者	職名	印
-----	----	---

私は、重要書類説明書に基づいて、「（予）認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活介護グループホームさるびあ」のサービス内容、重要事項及び重度化対応・終末期ケア対応指針の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者	住	所		
			氏 名	印

利用者代理人	住	所		
			氏 名	印

個人情報取扱同意書

社会福祉法人光仁会のサービス(グループホームさるびあ)の利用にあたり、以下に定める利用期間、利用目的、使用条件において、私、代理人及び家族の個人情報を必要範囲内で使用、提供又は収集することに同意します。

1. 利用期間

サービスの提供を受ける期間

2. 個人情報の利用目的

(利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的)

(ア) 施設内部での利用

- ① 施設がご利用者に提供する介護サービス
- ② 介護保険事務
- ③ 介護サービスの提供に係る施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・ 入退苑等の管理
 - ・ 会計、経理
 - ・ 介護事故、緊急時等の報告
 - ・ 当該ご利用者の介護・医療サービスの向上

(イ) 他の介護事業者等への情報提供を伴うもの

- ① 施設がご利用者に提供する介護サービスのうち
 - ・ 外部の医療機関、介護サービス事業者等との連携及び照会への回答
 - ・ ご利用者の診療等にあたり、外部の医師の意見・助言を求める場合
 - ・ その他の業務委託(医療事務、会計事務、給食、清掃、設備管理、送迎、理美容、廃棄物処理等の施設管理運営に関する業務の委託)
 - ・ ご家族へご利用者の心身の状況について説明する場合
- ② 介護保険事務のうち
 - ・ 審査支払機関へのレセプトの提出
 - ・ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ③ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届け出等

(上記以外の利用目的)

(ウ) 施設内部での利用

- ・ 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・ 介護実習生やボランティア等の教育に関わる指導及び協力
- ・ 同法人各事業において行われる介護サービスの質の向上を目的とした研究

(エ) 他の事業者等への情報提供を伴うもの

- ・ 外部監査機関、評価機関等への情報提供

3. 使用する条件

個人情報の提供は必要最低限の範囲内とし、サービス提供に関わる目的以外には利用しないこと。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、関係者以外の第三者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

令和 年 月 日

利用者

(住所) _____

(氏名) _____ 印

利用者代理人

(住所) _____

(氏名) _____ 印

家族の代表者

(住所) _____

(氏名) _____ 印