重 要 事 項 説 明 書

令和　　年　　月　　日

1.　事業主体概要

事 業 主 体	たすけあい鹿児島
法人の種類	有限会社
代 表 者 名	代表取締役　商崎　淳一
所　在　地	鹿児島市上福元町 5933 番地
法人の理念	●人を想い 人と歩み 社会を支える 私どもは　利用者様のこれまでの人生を理解し これからの人生をともに歩むパートナーとして　志のある介護サービスを行います

2.　ホームの概要

ホーム名	グループホーム中山の里
ホームの目的	入居者の可能な限りの自立支援と日常生活の充実に資するように、適切な技術を基に常に家族の身になって温かいサービスの提供を行う。
ホームの運営方針	共同生活において、明るい家庭的な雰囲気の中で、日常生活のお世話及び生活リハビリを行うことにより、入居者がその有する能力に応じた生活ができるように運営を行います。
ホームの責任者	商崎　淳一
開設年月日	平成 17 年　1 月　5 日
保険事業者指定番号	4670104050
所在地 電話・FAX 番号	鹿児島市上福元町 5933 番地 （電話）099-266-0003　　（FAX）099-266-0020
居室の概要	個室（一人部屋）全室洋室　　9 室×2 ユニット 全 18 室 広さ 10.23 ㎡　　ベッド、チェスト、クローゼット付
共用施設の概要	デイルーム　各ユニット 1 室ずつ 食　　堂　各ユニット 1 室ずつ 浴　　室　各ユニット 1 室ずつ
緊急(事故発生時を含む) 対応方法	心身状態の異変その他緊急事態が生じた時は主治医又は協力機関と連絡を取り適切な処置を講ずる。
防災設備 避難設備等の概要	自動火災報知設備　誘導灯　消火器　スプリンクラー
損害賠償責任保険加入	損害保険ジャパン株式会社

3.　職員体制（主たる職員）

職員の職種	員数	常勤	非常勤	保有資格
管理者	1名	1名		介護福祉士・社会福祉主事 等
計画作成担当者	2名	2名		介護福祉士・介護支援専門員 社会福祉主事 等
介護従事者	21名	3名	18名	正看護師・介護福祉士 ホームヘルパー2級　等

勤務体制（各ユニット）

昼間の体制	3人以上　（A勤8：30～17：30、B勤 9：30～18：30）
夜間の体制	1人　（夜勤体制　17：30～翌9：30）

4.　ホーム利用に当たって留意点

- 医療費等の負担
  入居中の病気、ケガによる通院、入院の一部負担金は、在宅と同じ条件になりますので医療保険により受診した際は、その都度受診医療機関窓口にて入居者個人でお支払いください。
  各居室で個人的に設置される備品にかかる経費等は入居者のご負担となります。
  ※冷蔵庫の持込みにつきましてはご遠慮願います。
- その他
  入院機関が2週間を超えることが見込まれるような場合等、長期にわたりグループホームを離れる際は今後の方針についてご相談申し上げ、退居をお願いする場合もあります。
- 事故発生時は生命救助を第一に速やかに対応し家族への連絡、市介護保険課給付係への一報を行う。事業者は不可抗力による場合を除き利用者に対して損害賠償（対人、対物、純粋経済損害賠償、人格権侵害等）をする。

5.　サービス及び利用料等

保険給付サービス		食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等の日常生活上のお世話、日常生活のなかでの機能訓練、健康管理、相談、援助等 上記については包括的に提供され、下記の表にある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）自己負担となります。
	初期加算	３０単位/日　（入居から30日以内に限り1日当たり30円）
	医療連携体制加算Ⅰ3	３７単位/日　（1日当たり37円）
	科学的介護推進体制加算	４０単位/月　（1月当たり40円）
	サービス提供体制強化加算Ⅰ サービス提供体制強化加算Ⅱ サービス提供体制強化加算Ⅲ	２２単位/日　（1日当たり22円） １８単位/日　（1日当たり18円） ６単位/日　（1日当たり 6円） ※算定についてはⅠ、Ⅱ、Ⅲ、いずれかの加算となります。
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ 介護職員等処遇改善加算Ⅱ 介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数に18.6%乗じた単位数 所定単位数に17.8%乗じた単位数 所定単位数に15.5%乗じた単位数 ※算定についてはⅠ、Ⅱ、Ⅲ いずれかの加算となります。
居室の提供（家賃）		30,000円/月（1ヶ月30日の計算、1日当たり1,000円）
食事の提供		36,000円/月（1ヶ月30日の計算、1日当たり1,200円） ● 朝食300円、昼食500円、夕食400円
水道光熱費		18,000円/月（1ヶ月30日の計算、1日当たり600円） 個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。

※オムツ代、理美容代、レクリエーション費、受診費は自己負担となります。

※介護保険外（自己負担経費）について、社会情勢による物価変動等により、改定する場合があります。

※(介護予防)認知症対応型共同生活介護費Ⅱ　(1 日当たり)

要支援２	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
７４９円	７５３円	７８８円	８１２円	８２８円	８４５円

保険給付サービスについて、原則として法定代理受領サービスであるときは、負担割合証に記載された負担割合によるものとなります。

6.　感染症の予防及びまん延の防止のための措置について

事業所は、当事業所において感染症（又は食中毒）が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

①　事業所における感染症（及び食中毒）の予防及びまん延の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ることとする。

②　事業所における感染症（及び食中毒）の予防及びまん延の防止のための指針を整備することとする。

③　事業所において、従業者に対し、感染症（及び食中毒）の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的に実施することとする。

7.　虐待・身体拘束の防止について

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講ずるもの

①　虐待の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なうことができるのとする。）定期的に開催するとともに、その結果について、事業者に周知徹底を 図る。

②　虐待の防止のための指針を整備する。

③　従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施する。

④　前 3 号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

2)　事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通知するものとする。

8.　業務継続計画の策定等について

①　事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する本事業の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

②　事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施するものとする。

③　事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする

9.　職場におけるハラスメントの防止について

事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。

10. 福祉サービス第三者評価の実施について

原則年１回福祉サービス第三者評価の実施をする。

評価結果をホームページ等に公表する。

実施機関：ＮＰＯ法人自立支援センター

11. 利用料の振込先

利用料のお支払は銀行振込をお願いします。

（銀行振込先）　鹿児島銀行　　西谷山支店

普 通 預 金　　３４７７９１

(有)たすけあい鹿児島　代表取締役　商崎　淳一

12. 協力医療機関

総合病院鹿児島生協病院	鹿児島市谷山中央五丁目 20 番 10 号
中山生協クリニック	鹿児島市山田町７３１番地
公益社団法人 鹿児島共済会南風病院	鹿児島市長田町１４番３号
（歯科）高田歯科医院	鹿児島市城山１丁目７-１４

13. 事業所における苦情相談の受付

苦情解決責任者	担当者氏名　　迫口　敦子
苦情受付担当者	管理者　　石原　美保 ● グループホーム中山の里 苦情相談窓口 〒891-0116 鹿児島市上福元町 5933 番地 （電話）　０９９-２６６-０００３ 受付時間：8 時 30 分～17 時 30 分
外部苦情申立て機関 （連絡先電話番号）	● 鹿児島市役所健康福祉局すこやか長寿部介護保険課給付係 〒892-8677　鹿児島市山下町 11 番 1 号 （電話）０９９-２１６-１２８０ 受付時間： 8 時 30 分～17 時 15 分 ● 鹿児島県国民健康保険団体連合会　介護保険課介護相談室 〒890-0064　鹿児島市鴨池新町６番６号 （電話）０９９-２１３-５１２２ 受付時間：　9 時～17 時 ● 鹿児島県社会福祉協議会事務局 長寿社会推進部福祉サービス運営適正化委員会 （電話）０９９-２８６-２２００ 受付時間：　9 時～16 時

令和　　年　　月　　日

（事　業　者）
ホーム名　グループホーム中山の里
住　　所　鹿児島市上福元町 5933 番地
説 明 者　管 理 者　石 原 美 保　㊞

私は, 本書面に基づいて重要事項の説明を受け、その内容に同意し、受領致します。

（利　用　者）
住　　所
氏　　名

（利用者代理人）
住　　所
氏　　名
続　　柄

（身元引受人）
住　　所
氏　　名