

介護保険事業所

介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

認知症対応型共同生活介護事業所

重要事項説明書

合同会社明和会MCS

グループホーム花しょうぶ

1. 事業目的と運営方針

目的

「合同会社明和会MC S」以下事業者が経営する(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所（以下「事業所」という。）が行う(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービス（以下、「サービス」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、認知症により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機能訓練を行うことにより、尊厳のある生活を営むことができるよう適切なサービスを提供することを目的とします。

運営の方針

要介護及び要支援であって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下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことができるように援助を行います。

地域との結びつきを重視し、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスを提供するものとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業主体概要

法人名	合同会社明和会MC S
代表者	伊崎 明
所在地	長崎県大村市東本町168番地
電話番号	0957-54-4230
設立年月日	平成27年8月3日

3. 事業所概要

事業所の名称	合同会社明和会MC S グループホーム花しょうぶ
事業所の種類	(介護予防)認知症対応型共同生活介護
事業所の所在地	長崎県大村市上諏訪1174番地31
電話番号	0957-46-8484
開設者氏名	伊崎 明
開設年月日	平成27年9月1日
事業所番号	4290500356

4. 職員体制と職務内容等

(1) 管理者 1 名

職員と業務の管理、基準遵守のための指揮命令、利用申込みの調整、サービス実施状況の把握

(2) 計画作成担当者 1 名以上

認知症対応型共同生活介護計画の作成

(3) 介護従業者 規程通り

日常生活全般にわたる介護サービスの提供

5. 利用定員

定員：9 名（1 ユニット 9 名）

6. 居室・設備の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は全て個室です。ご契約の際に、居室の希望を承った上で、ご利用者の心身の状況や居室の空き状況を勘案して居室を決定いたします。

居室（1 人部屋）	9 室（居室 9 室）	収納付き
食堂・居間	1 カ所	
台所	1 カ所	
浴室	1 カ所	（特浴：介護専用リフト仕様）
便所	2 カ所	

7. サービス及び利用料等

(1) 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世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談、援助等。

上記については包括的に提供され、下記の表によ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）が自己負担となります。

(2) 保険対象外サービス

下記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。

＊毎月にかかる費用

住居費（37,000 円／月 1,230 円／1 日）

光熱水費（400 円／1 日）

おむつ代（実費）

食材料費（1,206 円／1 日）

②利用者が入院した場合、居室費については、居室確保の為、月額をお支払い頂きます。

光熱水費は利用日のみのお支払いとなります。食費については入院による食材のキャンセルが発生する為、キャンセル確定の前日までをお支払い頂きます。

③利用者及び利用者家族から退居の申出があった場合、退居予定日のある月の居室費、食費光熱水費は日割り計算でお支払いとなります。

④個人消耗品の費用・理美容費その他、個人で使用した品は実費精算で自己負担となります。

(3) 介護保険料の自己負担分（令和6年4月1日より改定）

要介護1 765単位（1日あたり）

要介護2 801単位（1日あたり）

要介護3 824単位（1日あたり）

要介護4 841単位（1日あたり）

要介護5 859単位（1日あたり）

初期加算（入居又は退院から30日間） 30単位（1日あたり）

医療連携体制加算Ⅰ（イ）（要介護のみ） 57単位（1日あたり）

協力医療機関連携加算 100単位（1ヵ月あたり）

入院加算 246単位（1日あたり）1月毎/6日限度

看取り介護加算

（死亡日31日以上45日以下） 72単位（1日あたり）

（死亡日以前4日～30日） 144単位（1日あたり）

（死亡日前日及び前々日） 680単位（1日あたり）

（死亡日） 1,280単位（1日あたり）

口腔衛生管理体制加算 30単位（1ヵ月あたり）

口腔・栄養スクリーニング加算 20単位（6ヵ月あたり）

サービス提供体制強化加算Ⅰ 22単位（1日あたり）

科学的介護推進体制加算 40単位（1ヵ月あたり）

介護職員等処遇改善加算 18.6%（給付額）

※上記は介護保険1割負担の場合。

2割負担の場合は、上記の金額の倍額、3割負担の場合は、上記の金額の3倍となります。

8. 料金のお支払方法

前記の料金・費用は1ヵ月ごとに計算しご請求しますので、翌月末日までに以下の方法でお支払いください。

(1) 指定口座への振り込み

◎振込先：十八親和銀行 大村支店 (普) 3096227

合同会社 明和会MCS 代表社員 伊崎 明

◎お問合せ先：合同会社明和会MCS 電話：0957-52-8775 担当：山口

9. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用者又はその家族は、事業所の整理整頓その他環境衛生を保持するため、事業所への協力をお願いします。
- (2) 利用者は、外出を希望される場合は、所定の手続により管理者に届け出てください。
- (3) 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。

10. 協力医療機関、高齢者施設等との連携体制及び支援体制

事業所は、下記の医療機関や歯科診療所及び介護老人福祉施設に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いする様にしています。

(1) 協力医療機関

名称：医療法人明和会 伊崎脳神経外科・内科

住所：長崎県大村市東本町168番地

電話番号：0957-54-4230

診療科目：脳神経外科・神経内科・内科・糖尿病代謝内科・リハビリテーション科

(2) 協力歯科医療機関

名称：すみ歯科医院

住所：長崎県大村市上諏訪町883-3

電話番号：0957-49-5808

診療科目：歯科・小児歯科

(3) 協力皮膚科医療機関

名称：医療法人 篠原皮膚科クリニック

住所：長崎県大村市上諏訪町837-1

電話番号：0957-50-1677

診療科目：皮膚科

(4) 介護老人福祉施設

名称：老人介護保健施設 うぐいすの丘

住所：長崎県大村市東大村1丁目2526番地13

電話番号：0957-54-7199

11. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医又はあらかじめ定められた協力医療機及び利用者の家族に連絡等をとるなど必要な措置を講じます。

12. 事故発生時の対応

利用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、市町村、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、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、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

13. 非常災害時の対応

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従事者に周知します。

防火管理者又は火気、消防等についての責任者を定めておくとともに、非常災害に備えるため年2回、定期的に避難、救助、通報、その他必要な訓練等を行います。

14. 身体拘束の禁止

事業所及びサービス従事者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、下記のような緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。なお、緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、利用者やその家族に拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、期間等について説明し、文書による同意を得ることとします。

- (1) 利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合
- (2) 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がない場合
- (3) 身体拘束その他の行動制限が一時的なものである場合

15. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保守します。

又、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨に従業者と雇用契約の内容としています。

16. 苦情処理体制について

当事業所に対する苦情は面接、電話、意見箱、書面により苦情受付担当者が受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立ち会いを求めることができます。

苦情解決責任者は、苦情申出人に改善を約束した事項について一定期間後 その結果を報告します。

○苦情受付担当者及び責任者 浅井 真由美

電話：０９５７－４６－８４８４

受付時間：毎週月曜日～金曜日 ９：００ ～ １６：００

○苦情解決責任者 代表者 伊崎 明

○行政機関苦情相談窓口

相談窓口：大村市役所 長寿介護課

住 所：大村市本町４５８番地２ 中心市街地複合ビル２階

電話番号：０９５７－２０－７３０１

相談窓口：長崎県国民健康保険団体連合会

住 所：長崎県長崎市今博多町８番地２

電話番号：０９５－８２６－１５９９

附則

この規定は令和２年４月１日から施行する。

改訂：令和 ３年 ４月 １日

改訂：令和 ３年 ７月 ７日

改訂：令和 ７年１１月 １日

(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービスの開始にあたり、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交付しました。

〈事業者〉

所在地	長崎県大村市上諏訪 1 1 7 4 番地 3 1	
事業所名	グループホーム花しょうぶ	
指定番号	4 2 9 0 5 0 0 3 5 6	
開設者名	代表社員 伊崎 明	印

説明者

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

＜利用者＞

住所

氏 名 _____ 印 _____

＜利用者代理人＞

住所

氏 名 _____ 印 _____

利用者との続柄 ()