

重要事項説明書

作成日 年 月 日

1. 事業主体概要

事業主体名	特定非営利活動法人 ケアネットあいら
法人の種類	特定非営利活動法人
代表者名	理事 杉田 文彦
所在地	鹿児島県始良市加治木町木田1133番地
資本金（出捐金）	0
法人の理念	福祉こそ実践が重要という観点から高齢者の中でも認知症高齢者に対して介護保険法に基づく認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の事業を行い実践する中から人の多様な生き方、価値観を認めあるいは共有し保健福祉に貢献することを目的とする。
他の介護保険関連の事業	小規模多機能ホームにしきえ
他の介護保険以外の事業	高齢者の生活環境改善の普及啓発、広報活動

2. ホーム概要

ホーム名	グループホームにしきえ
ホームの目的	介護保険法による高齢者認知症対応型共同生活介護
ホームの運営方針	私達は、あなたのありのままを受け入れます。 あなたの気持ちを一番に考えます。 地域と共にあなたを支えます。
ホームの責任者	理事 杉田 文彦
開設年月日	14年 4 月 8 日
保険事業者指定番号	4675200168
所在地、電話・FAX 番号	(電話) 0995-62-5651 I号(さくらじま)館 0995-62-0570 II号(きりしま)館 (FAX) 0995-63-4364
交通の便	JR 錦江駅 徒歩 15分
敷地概要 (権利関係)	借地
建物概要 (権利関係)	構造：木造 延床面積：465.59㎡
居室の概要	完全個室
共用施設の概要	地域交流センター にしきえ
緊急対応方法	協力医療機関 大井病院、山中歯科医院、加治木中央クリニック
防犯防災設備 避難設備等の概要	消火器の設置2ヶ所 自動火災報知器設置 消防署通報設備 セコム警備 スプリンクラー設置
損害賠償責任保険加入先	総合補償制度加入

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	研修会受講等 内 容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	人					介護支援専門員	
計画作成担当者	人					介護支援専門員	
介護従事者	人					介護ヘルパー 1 級 介護ヘルパー 2 級 介護福祉士	

4. 勤務体制

昼間の体制	3～4人（うち早出 8：00～17：00、1人。 遅出 10：00～19：00、1人）
夜間の体制	1人 宿直・夜勤の別：夜勤

5. 利用状況（ 年 月 日現在）

利用者数	1ユニット当たり定員 9人、（ユニット数：2ユニット）総定員 18人
要介護度別	要介護度 1： 人、 要介護度 2： 人、 要介護度 3： 人、 要介護度 4： 人、 要介護度 5： 人

6. ホーム利用にあたっての留意事項

- ・ 医師の診察により 1 週間を超えるような入院等が、見込まれる場合は病状等について医師の意見を聞き、話し合いの上、退所とさせていただく場合があります。
- ・ 通院は原則としてご家族に付き添っていただくこととなります。但し、緊急時、及びご要請がありましたら対処いたします。
- ・ 認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合には、市町村、家族、ご契約者に係わる居宅介護支援事業者等に対して連絡を行う等の必要な処置を講じます。賠償すべき事故が発生した場合、速やかに賠償いたします。ただし、自室での夜間帯における自身が原因による事故（自傷行為など）であることが明確な場合、賠償責任には応じかねることがございます。
- ・ 共同生活を著しく妨害なされる方には、退所していただく場合があります。
- ・ サービス担当者会議等で、ご契約者に係わる居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、ご契約者及び家族等の個人情報を提供することがあります。
- ・ 介護上必要と認められた場合は居室替えを行う場合もありますので、ご了承下さい。

7. サービスおよび利用料等

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(省令により変動有り)が自己負担となります。 但し、入居後30日に限り、下記金額に1日あたり300円割増になります。 (自己負担分は30円です)
保険対象外サービス	下記の個人消耗品及び医療費・レクリエーション外出費等については、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) 水道光熱費	1350円/日 家賃については日割りで、水道光熱費も含まれます。
食事の提供	1日あたり1,200円(朝食・午前のおやつ・昼食・午後のおやつ・夕食)
個人消耗品・医療費・ レクリエーション等の費用	個人で使用した品や医療費・レクリエーション・外出費等は実費精算で自己負担となります。 理美容代実費、おむつ代、消耗品(歯磨き粉等)

基本料金

1日あたりの自己負担分

(要支援2) 743円

(要介護1) 747円

(要介護2) 782円

(要介護3) 806円

(要介護4) 822円

(要介護5) 838円

初期加算 30円/日(入所後30日)

医療連携体制加算 39円/日

介護職員処遇改善加算(I)(介護保険1割自己負担分+各加算1割自己負担分) 83/1000

認知症専門ケア加算(I) 3円/日

サービス提供体制強化加算II 12円/日

退居時相談援助加算 400円/日

8. 協力医療機関 大井病院・はまかわ歯科医院・加治木中央クリニック

9. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名：下津佐 照和 0995-62-5650
-----------	---------------------------

外部苦情申立て機関 (連絡先電話番号)	始良市 長寿障害福祉課	0995-66-3111
	始良市 社会福祉協議会	0995-62-2041 (加治木支所)
	鹿児島県 介護国保課	099-286-2111
	国保連合 介護保険課	099-206-1084
	鹿児島県 社会福祉協議会	099-286-2200
第三者委員	法元 隆男 始良市議会議員	0995-63-5716
	蛭原 正盛 前加治木町自治会連絡協議会会長	0995-63-3338

平成 年 月 日

(事業者)

ホーム名 グループホームにしきえ

住所 鹿児島県始良市加治木町木田1133番地

説明者名 印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、サービス提供開始について同意します。

(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