

# グループホームケアウイング弓の木 重要事項説明書

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護サービス



株式会社 神戸介護ケアウイング

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護サービス 重要事項説明書

<令和7年7月1日現在>

1. 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社 神戸介護ケアウイング
代表者名	足立 勝
所在地・連絡先	(住所) 神戸市灘区永手町1丁目1番182号
	(電話) 078-822-4865
	(FAX) 078-822-6548

2. 事業所の概要

事業所の名称	グループホームケアウイング弓の木
所在地・連絡先	(住所) 神戸市灘区弓木町2丁目2番19号
	(電話) 078-857-8484
	(FAX) 078-857-8494
事業所番号	2890200021
管理者の氏名	榊原 京子

3. 特徴

当グループホームでは「食べる喜びと生きがいを」をモットーに口腔介護を取り入れ口の中から、精神的、身体的に豊かで健やかなQOLの向上を目指し、地域密着で出来るだけこれまでに近い環境と家庭に近い雰囲気の中で、少人数で共同生活を送っていただきます。日常生活では利用者とスタッフが一緒に炊事、洗濯、掃除、買い物と出来る限り共同で行うことで、日ごろ忘れかけていることを再び呼び戻す事に努めると共に、精神安定の確保に努めます。利用者一人一人に即したサービスの提供が出来るよう個別援助計画を作成し、利用者が安定した生活が送れるように側面的援助を行い利用者とその家族の満足と信頼を得られる人間中心のホーム運営を実現します。

4. その他

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護サービス計画の作成及び事後評価	計画作成担当者が、利用者の直面している課題等を評価し、利用者の希望を踏まえ、介護スタッフと協議の上、介護サービス計画を作成致します。 又、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を介護サービス計画に記載し利用者に説明し書面により同意、交付致します。
------------------------------------	---

5. 施設の概要

(1) 構造等

	敷地	344.42 m <sup>2</sup>
建物	構造	鉄筋コンクリート造
	延べ床面積	705.23 m <sup>2</sup> (GH占有面積 468.19 m <sup>2</sup> )
	利用定員	18名 (2ユニット)

## (2) 居室

居室の種類	室数	面積	備考
洋室	18部屋	8.3～9.8㎡	全室個室対応

## (3) 主な設備

設備	室数	用途
食堂兼居間	2箇所	利用者の食事や憩いの場
台所	2箇所	利用者と共にお料理が出来るよう機能的なオープンキッチン
浴室	2箇所	ゆったりとした広さと安心して入れる一人浴槽
便所	6箇所	全てにナースコールと手すり付きで安心です
相談室	1箇所	落ち着いた空間で利用者、家族の相談に応じます
地域交流スペース	1箇所	地域との交流に使用します

## 6. 職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分				職務の内容
		常勤(人)		非常勤(人)		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1		管理、総括	
計画作成担当者	2		2		介護計画作成	
介護職員	18	9	1	8	生活、身体援助	

## 7. 勤務時間体制

勤務	時間	日中は、利用者9名に対し3～4名の職員体制を原則としている。
早番	7:30～16:30	
日勤	9:00～18:00	
遅番	11:00～20:00	
夜勤	17:30～9:30	

## 8. 営業時間

24時間 365日

## 9. サービスの内容と費用

### (1) 介護保険給付対象サービス

#### ① 日常生活の援助

食事、掃除、洗濯などの家事や入浴、排泄などを介護従業者がお手伝いいたします。

#### ② レクリエーション

当ホームでは地域住民との交流や季節ごとの楽しい行事など年間を通して予定しています。

#### ③ 利用者とその家族からのご相談に応じます。

(2) 介護保険費用

介護保険の適応がある場合は、原則として利用料金 1 割が利用者の自己負担となります。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行いたします。

サービス提供証明書及び領収証は、後に利用料の償還払いを受ける時に必要となります。レクリエーション等に掛かる費用等は実費となります。

【介護保険料個人負担金】

(単位は 円)

要介護 (支援) 度	1 日 (1 割)	1 日 (2 割)	1 日 (3 割)	1 ヶ月 (1 割)	1 ヶ月 (2 割)	1 ヶ月 (3 割)
要支援 2	790	1,579	2,369	23,700	47,370	71,070
要介護 1	794	1,588	2,381	23,820	47,640	71,430
要介護 2	831	1,661	2,492	24,930	49,830	74,760
要介護 3	856	1,712	2,568	25,680	51,360	77,040
要介護 4	873	1,746	2,619	26,190	52,380	78,570
要介護 5	891	1,782	2,672	26,730	53,460	80,160
初期加算 (入居後 30 日間)	32	64	95	949	1898	2,846
入院時費用	260	519	778			

※一定以上の所得がある方は、負担割合が 2 割又は 3 割になります。

※法改定により上記費用は変更になることがあります。

(初期加算 : 30 単位)

ご契約者が過去 3 ヶ月の間に当該事業所に入居したことがない場合に限り、入居した日から起算して 30 日以内の期間について加算されます。

(入院時費用 : 246 単位)

入院後 3 ヶ月以内に退院が見込まれている入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、1 ヶ月に 6 日を限度として加算されます。

介護職員等処遇改善加算Ⅱ・・・サービス総単位数に 17.8% を乗じたサービス費用の 1 割 (一定以上の所得がある方は、負担割合が 2 割又は 3 割になります)。

【家賃、その他費用】

敷金	修繕費又は未払い等の預託金	200,000円	居室の債務を担保するための保証金としてお預かりし、退去時に返還させていただきます。ただし、退去時に居室の現状回復のための修繕費（居室クリーニング、壁紙の張り替えなども含む）未精算の利用料債務が存在する場合は、それらを差し引いて返金します。
基本料金 (月額)	内 訳	月 額	備 考
	家賃（個室）	94,000円	
	食 材 料 費	40,500円	朝食¥200 昼食¥450 夕食¥550 おやつ¥100
	水道光熱費	実 費	水道・ガス・電気等
	共 益 費	15,000円	エレベーター保守点検・植栽管理費等
	医療費負担金	実 費	
	理 美 容 費	実 費	
	レクリエーション費	実 費	
そ の 他	実 費	オムツ代・電話代・修繕費・嗜好品 等	

\* 食材料費は年一回精算致します。

\* 食材準備の関係上、4日前までにご連絡頂けなかった場合は返金できない事があります。

10. 利用料金等のお支払い精算方法

お支払い方法は原則として口座引落とさせていただきます。

料金、費用は「9. サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した利用料金等を利用料明細書により毎月末に請求いたしまして、翌月6日（当日が土・日・祝日に該当する場合は翌営業日）にお振替させていただきます。（1ヶ月に満たない期間のサービスに係わる利用料金は利用日数に基づいて計算した金額とします。）

家賃・食材料費・共益費等は翌月分、その他実費に関しては前月分の精算、請求と致します。

## 11. サービス内容に関する苦情等相談窓口

### (1) 当事業所お客様相談窓口

○当ホームお客様相談窓口	窓口責任者： 榊原 京子 (月～金) ご利用時間： 9：00 ～ 18：00 ご利用方法： 電話 078-857-8484 面接 (当ホーム相談室)
--------------	---

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

○兵庫県国民健康保険団体連合会 (介護保険サービスに関する こと)	所在地：神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号：078-332-5617 FAX番号：078-332-5650 受付時間：(平日) 8時45分～17時15分
○神戸市消費生活センター (サービスの質や契約に関する こと)	所在地：神戸市中央区橘通3-4-1 神戸市総合福祉センター5階 電話番号：078-371-1221 FAX番号：078-351-5556 受付時間：(平日) 9時00分～17時00分
○神戸市福祉局監査指導部 (介護 保険サービスに関すること)	所在地：神戸市中央区加納町6-5-1 神戸市役所1号館6階 電話番号：078-322-6326 FAX番号：078-322-6762 受付時間：(平日) 8時45分～12時・13時～17時30分
○養介護施設従業者等による高齢 者虐待通報専用電話 (監査指導 部内)	所在地：神戸市中央区加納町6-5-1 神戸市役所1号館6階 電話番号：078-322-6326 受付時間：(平日) 8時45分～12時・13時～17時30分

## 12. 緊急時・災害時の対応

利用中に容体の変化等があった場合は、事前に聞き取りを実施した家族等の希望を踏まえ、利用者本人の主治医または、協力医療機関の指示を受け対応いたします。

災害時の対応においては別途定める「災害時対応マニュアル」にのっとり対応を行います。

### 13. 協力医療機関等

医療機関	医療機関名	田中医院
	所在地	神戸市灘区八幡町1丁目8番15号
	電話番号	078-851-7807
	診療科	内科
	医療機関名	西病院（入院設備有り）
	所在地	神戸市灘区備後町3-2-18
	電話番号	078-821-4151
歯科	診療科	内科・外科・整形外科・脳外科
	医療機関名	藤田歯科診療所
	所在地	芦屋市公光町7-10-201
	電話番号	0797-25-0646

### 14. 夜間・緊急時の対応機関

名称および所在地	西病院 神戸市灘区備後町3-2-18
電話番号	078-821-4151

### 15. 退居について

#### (1) 次の場合には退居とする

- ① 利用者または家族が退居を申し出たとき、本人が死亡されたとき。
- ② 要介護認定により、自立または要支援1と判定されたとき。
- ③ 極端な暴力行為や自傷行為により共同生活を送ることが困難となった場合。
- ④ 利用者が入院加療や継続的な治療が必要な状態となり、サービスの提供が出来なくなった場合。

#### (2) 居室の修繕について

- ① 退居に際し居室の修理、修繕に掛かる費用はご利用者の負担となります。

### 16. 運営推進会議について

グループホームケアウイング弓の木では、厚生労働省及び、神戸市の指針に基づき運営推進会議を設置します。これは、運営方針の策定及び実施状況を監視・評価するための機関として、地域密着型サービス事業の適正な運営の確保とサービスの質の向上に寄与する事を、目的としています。

## 17. 住居の利用に当たっての留意事項

来訪・面会	面会時間： 9：00 ～ 18：00 来訪者は面会の際、必ずその都度、職員に届け出をして下さい。 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出て下さい。
居室・設備・器具の利用	住居内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
喫煙	決められた場所以外での喫煙はご遠慮下さい。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。 また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないでください。
所持金品等の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。
宗教活動・政治活動	住居内での他の利用者に対する執拗な宗教活動および政治活動はご遠慮下さい。

## 18. 損害賠償について

当事業所が利用者に対して賠償すべきことが起こった場合は、相当因果関係の存在する範囲内で、当事業所は金銭等より賠償をいたします。

当事業所は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。

### ①加入保険名

社会福祉・介護保険施設総合保険（あいおい損害保険株式会社）

### ②保険の内容

○賠償責任保険（身体・財物賠償） ○傷害保険

### ③賠償できる事項

サービス提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命、身体または、財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

## 19. その他

### （1）秘密保持

①当社全職員は、正当な理由がない限り、業務上知り得た利用者又は利用者のご家族の秘密を漏らしません。退職後においても同様とします。

②当社は、医療機関等必要な機関に対し、利用者又は利用者のご家族の情報を第三者に提供する場合は、利用者又は利用者のご家族に使用目的を明確にし、同意を得ます。

### （2）記録の保管

①記録については、当社にて5年以上保管致します。

②保管されています書類につきましては、利用者又は利用者のご家族の希望によりいつでもご覧頂けます。

### （3）重要事項の変更

重要事項に記載した内容が変更する場合、利用者又は利用者のご家族にその内容を通知致します。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、(介護予防)認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を致しました。

令和 年 月 日

事業者	所在地	神戸市灘区永手町1丁目1番182号
	事業者名	株式会社 神戸介護ケアウイング
	本事業所	神戸市灘区弓の木町2丁目2番19号 グループホームケアウイング弓の木
	説明者	職名 管理者 氏名 榊原 京子

私は、重要事項説明書に基づいて、(介護予防)認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所  
氏 名 \_\_\_\_\_

代筆者 住 所  
氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄(利用者との関係)

身元引受人 住 所  
氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄(利用者との関係)