

重 要 事 項 説 明 書

有限会社くばの里
グループホームくばの里おはな

有限会社くばの里(以下、当社)の「グループホームくばの里おはな(以下、当事業所)」は当事業所へご入居されるご契約者様(以下、ご契約者)に対して「指定認知症対応型共同生活介護、及び、介護予防認知症対応型共同生活サービス・認知症対応型共同生活介護、並びに、介護予防認知症対応型共同生活介護の短期利用(以下、サービス)」を提供します。本書は、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを「別途 利用契約書」と併せて次の通り説明しています。

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援 2」「要介護」と認定された方が対象となります。介護認定申請中の方でもサービスの利用は可能です。

目次

1. 法人情報	1
2. 当事業所情報	1
3. 居室の概要	2
(1) 居室の変更	2
(2) 寝具の変更	2
(3) 居室の利用について	2
4. 職員の配置状況	3
5. 提供するサービスと利用料金	4
(1) 介護保険制度の対象となるサービス	4
(2) 介護保険制度の対象とならないサービス	8
(3) サービス利用料金の変更	8
(4) 利用料金のお支払い方法	8
(5) 入所中の医療提供について	9
6. 退去について	9
7. 免責事項	10
8. 禁止事項	11
9. 緊急時の対応	11
(1) ご契約者の容態急変について	11
(2) 事件・事故について	11
(3) 災害(天災・火災等)について	11
10. 損害賠償	11
11. 苦情の受付について	12
12. 秘密の保持	12
同意書	13

1. 法人情報

法人名	有限会社 くばの里
法人所在地	沖縄県金武町字金武 4196-28
電話番号	098-968-6507
E-mail	info@kubanosato.co.jp
HP	https://kubanosato.co.jp/
代表者	宜野座 保(取締役)
設立年月	平成16年7月1日

2. 当事業所情報

種類	指定認知症対応型共同生活介護事業所 令和 04 年 07 月 29 日指定 沖縄県 4791800065 号
目的	要支援2又は 要介護認定を受けられた、あるいは、認定見込みのある認知症高齢者が、人権尊重に配慮した「そのひとらしい生き方」ケア、その実施を目標としながら、人生の総仕上げへの支援として、出来る限り快適な生活を出来るようにする。 とくに、残存機能を活用させた活動を中心に認知症の進行を緩やかにさせ、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 身体機能の維持と行動障害の減少 ・ 精神的安定 以上 2 つを実現させ、健康で楽しく生活をできるように支援することが目的である。
名称	グループホームくばの里おはな
所在地	沖縄県国頭郡金武町字金武 4196-31
サービス対象者	沖縄県介護保険広域連合の管轄エリアに住所があり介護認定より要支援 2～要介護 5 までの認知症と診断された方
電話番号	098-968-6507
サービス提供管理者	平良 千春
運営方針	別紙にて
開設年月	令和 4 年 08 月 01 日
入所定員	9 人

3. 居室の概要

当事業所は、以下の居室をご用意しております。ご入居される居室は、原則として1人部屋です。

当事業所情報

居室・設備の種類	室数
個室(1人部屋)	9室
合計	9室
台所	1室
食堂	1室
トイレ	2室
浴室	1室

(1) 居室の変更

ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により当事業所で、その可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更することがあります。

(2) 寝具の変更

当事業所は各居室にベッドが備え付けていますが、ベッド使用が適切でない方や希望しない場合はベッドを使用しない方法で対応致します。その際には、ご契約者及び代理人あるいはご契約者の家族等と協議の上決定します。

(3) 居室の利用について

ご契約者が何らかの理由(医療機関入院等)により部屋を開けた場合、家賃に関わる料金をいただきます。

参照先 : 5. 提供するサービスと利用料金・複写物を交付 (2) 介護保険制度の対象とならないサービス

4. 職員の配置状況

当事業所は、ご契約者に対してサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	人員数
管理者	1名
介護計画作成者	1名
看護師	1名
介護職員	6名以上

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 1 名 (7:00～16:00) 日中： 3 名 (8:30～17:30) 夜間： 1 名 (17:00～9:00)

※当事業所は介護保険制度の規定の下で運営しており、人員配置基準の定めを超えておひとりに対し特別に手厚いサービスを提供することはできない仕組みになっております。

また、介護保険という国民の皆様幅広く平等にサービスを提供しなければならない性質上、特定のご入居者様を優遇することも制度上できかねます。

5. 提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険制度の対象となるサービス

(別途、利用契約書 第4条)

以下のサービスについては、利用料金は所得に応じた負担額が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

項目	内容
入浴	入浴又は清拭を週2回行います (状況により適時行います)。
排泄	排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
その他 自立への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。 ・ 生活のリズムを考え、毎朝、夕の着替えを行うよう配慮します。 ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。 ・ シーツの交換は週1回、実施します。 ・ 食事の介護 ・ 精神的ケア ・ 機能訓練 ・ レクリエーション活動 ・ その他日常生活の世話
サービス提供の記録 と 情報の取扱いについて	<ul style="list-style-type: none"> ・ 記録の取扱いと保管期限について 介護保険制度、および、個人情報保護等その他関係法令に基づいてご契約者の記録及び情報を適切に管理します。記録及び情報については契約の終了後5年間保管します。 ・ サービス提供記録の開示について 個人情報保護の観点より、サービス提供記録の開示請求できる者を限定しております。 合理的判断ができるご契約者、または、代理人あるいはご契約者の家族等に限る。 ・ サービス提供記録の複写物について 有償による複写物のご提供もいたしております。 必要な日数分をお申し付けください。 (1日分の記録当たり¥30) <p>※閲覧、複写ができる業務時間は9:00～17:00まで</p>

〈サービス利用料金〉(別途、利用契約書 第6条)

ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(以下、自己負担額)をお支払い下さい。

自己負担額はご契約者の世帯・所得条件から、行政が発行する介護保険負担割合証で自己負担額割合(1, 2, 3割のいずれか)が決定されます。

下表は通常と短期(通常:30日目安, 短期:最大日数30日)サービス利用による利用料金例になります。介護度の区分変更や加算項目の詳細、その他加算項目について、次ページ以降に記します。

通常(30日目安)および短期サービス利用料金例(負担割合:1割の場合) 単位:円

サービス 利用形態	介護度	日額	月額	医療連携 体制加算Ⅰ(ハ) 37円/日	科学的介護 推進体制加算 40円/月	介護職員等 処遇改善加算(Ⅲ) 介護保険料15.5%	介護保険 合計金額 (1割)	
通常	要支援2	761	22,830	無	40	3,545	26,415	
	介護度	1	765	22,950		1,110	3,736	27,836
		2	801	24,030			3,903	29,083
		3	824	24,720			4,010	29,880
		4	841	25,230			4,089	30,469
		5	859	25,770			4,173	31,093
短期	要支援2	789	23,670	無	無	3,669	27,339	
	介護度	1	793	23,790		1,110	3,860	28,760
		2	829	24,870			4,027	30,007
		3	854	25,620			4,143	30,873
		4	870	26,100			4,218	31,428
		5	887	26,610			4,297	32,017

※負担割 1 割の場合 ¥10/単位

項目	単位※	内容
償還払い	-----	ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。 償還払いになる際、申請に必要なサービス提供証明書を発行いたします。
給付額変更	-----	介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
認知症 対応型 入院時費用	246 単位/日 (1 月につき 6 日を限度)	介護保険制度で認められている加算項目です。 ご契約者が病院に入院後、3 か月以内に退院する事が明らかに見込まれ、退院後、円滑に再入居できる場合、退院までの 1 ヶ月あたり 6 日分を上限に 1 日当たり 2,460 円(1 割の場合)を加算します。
認知症 対応型 初期加算	30 単位/日 (入居日から 30 日以内)	介護保険制度で認められている加算項目です。 入居日から 30 日間は、初期加算として 1 日につき 30 円(1 割の場合)を加算します。 (短期利用は除く)
認知症 対応型 医療連携 体制加算 I (ハ)	37 単位/日	介護保険制度で認められている加算項目です。 当事業所の看護師、若しくは病院や訪問看護ステーション等との連携で看護師を配置しております。24 時間体制ご契約者の健康管理や医療ニーズに対応する整備ための加算です。
若年性 認知症 受入加算	120 単位/日	若年性認知症とは、「40～64 歳」の方が対象です。 算定対象となるのは、65 歳誕生日の前々日までです。

※負担割 1 割の場合 ¥10/単位

項目	単位※	内容
介護職員等 処遇改善 加算(Ⅲ)	介護保険料 15.5%	介護保険制度で認められている加算項目 です。介護業務に従事する職員の安定的 な処遇改善を目的である加算です。
科学的介護 推進体制 加算	40 単位/月	介護保険制度で認められている加算項目 です。 科学的裏付けに基づく介護のことです。科 学的介護では客観的な根拠に基づいて再 現性のある介護を実施し、利用者の自立 支援や重度化防止につなげていくことを目 的としています。
看取り 介護加算	① 死亡日以前 31～45 日 72 単位/日 ② 死亡日以前 4～30 日 144 単位/日 ③ 死亡日以前 2～3 日 680 単位/日 ④ 死亡日 1280 単位/日	看取り介護加算とは、看取りに関する指針 を定め、ご契約者又はそのご家族様の同 意の下、医師、看護師等にて介護にかか る計画を作成し、計画に基づきご契約者が その人らしく生き、その人らしい最後を迎え られるように支援した場合に算定します。

(2) 介護保険制度の対象とならないサービス

(別途、利用契約書第5,6条)

当事業所のサービス利用にあたり、別紙1の全額がご契約者の負担となります。

(3) サービス利用料金の変更

(別途、利用契約書第7条)

経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由(増税・物価の高騰・法的その他要求事項の対応と維持など)がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1か月前までに文書による通知をします。

(4) 利用料金のお支払い方法

(別途、利用契約書第6条)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに精算し、ご請求しますので、毎月末日までに以下の方法でお支払い下さい。

なお、1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて精算した金額をご請求します。

ア. 窓口での現金支払

イ. 下記指定口座への振り込み

沖縄銀行 金武支店 普通預金 _____

店番 401 _____ 口座番号 1305691 _____

名義人 有限会社 くばの里 取締役 宜野座 保 _____

(5) 入所中の医療提供について

(別途、利用契約書 第 8 条 6 項)

医療を必要とする場合は、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務付けるものでもありません)。尚、緊急時、又はやむをえない事情の際以外のご契約者および代理人あるいはご契約者のご家族等によって受診の付き添いとなります。

ご契約者及び代理人あるいはご契約者の家族等の希望より、他の医療機関もご利用可能です。

協力医療機関

医療機関の名称	きんクリニック	中頭病院
所在地	〒904-1201 金武町字金武 94 番地	〒904-2195 沖縄市登川 610 番地
診療科	内科	総合
電話番号	098-968-2145	098-939-1300

協力歯科医療機関

医療機関の名称	幸ーデンタルオフィス
所在地	〒904-1106 うるま市石川1丁目 47 番地 26 号
診療科	歯科
電話番号	098-965-7171

6. 退去について

(別途、利用契約書 第 14 条 4 項, 第 15 条, 第 16 条)

契約終了に至った場合、契約終了日の 17:00 までに退去していただきます。

7. 免責事項

(別途、利用契約書 第 11 条 5 項)

- (1) ご契約者が個人で管理される金銭その他貴重品の盗難・紛失について、当事業所は原因を問わず一切の責任を負いかねます。ご契約者および代理人あるいはご契約者のご家族等の責任において管理されますようご了承ください。
ご契約者自身で購入等を行う場合は、「別紙1 (オ)その他日常生活上必要となる諸費用」のご利用をお勧めいたします。
- (2) 一般家庭等による衛生管理をしていないところで作られた飲食物による食中毒またはアレルギー等の事由に起因した損害は致しかねます。

8. 禁止事項

- (1) 利用者は事業所へ危険物を持ち込まないこと。
- (2) 利用者の飲酒は原則禁止であること。
- (3) 喫煙は定められた場所以外では禁止であること。

9. 緊急時の対応

(別途、利用契約書 第8条6項, 7項, 8項)

(1) ご契約者の容態急変について

ご契約者が容態急変時、当事業所は主治医または協力医療機関等へ連絡を行い、その後、速やかに代理人あるいはご契約者の家族等へ連絡を行います。協力医療機関先については前ページ「(5)入所中の医療提供について」をご参照ください。

(2) 事件・事故について

ご契約者に事件あるいは事故が発生した場合、当社は、沖縄県介護保険広域連合、金武町、並びに、代理人あるいはご契約者の家族等、その他関係機関等へ連絡を行いません。必要な措置を講じ、事件・事故の状況及び取った行動について記録します。

(3) 災害(天災・火災等)について

災害発生時は速やかに避難誘導を行います。

原則、避難先はスポーツ広場(住所:金武町金武 4161)としておりますが、災害発生時は天候やその他状況に応じて変更することがあります。

なお、当社は年2回避難訓練を実施しております。

10. 損害賠償

(別途、利用契約書 第10条)

当社は万一の事故に備え、下記の損害保険に加入し、当社が賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行います。

保険加入先	あいおいニッセイ同和損保	
保険の種類	賠償責任保険	
損害保険内容	限度額(千円)	
	1名あたり	1事故あたり
	身体	1,000,000
財物		10,000

11. 苦情の受付について

(別途、利用契約書 第 18 条)

(1) 当事業所における苦情の受付

以下の窓口で受け付けます。(別途、利用契約書第 18 条)

受付窓口	当社、総務部並びに当事業所の管理者	
対応時間	毎週月曜日～金曜日 9:00 ～ 17:00	
受付方法	お電話による窓口	TEL:098-968-6507
	FAX による窓口	FAX:098-968-6508
	E-mail による窓口	E-mail: info@kubanosato.co.jp
	当事業所での苦情受付ボックス	当事業所の玄関先(出入口)に設置してあります。

(2) 行政機関その他苦情受付

金武町役場 介護保険福祉担当	所在地 金武町字金武 1 番地 電話番号 098-968-3559 受付時間 8:30～17:15
国民健康保険団体 連合会	所在地 那覇市西 3-14-8 電話番号 098-860-9022 FAX 098-867-6794 受付時間 9:00～17:00
沖縄県社会 福祉協議会	所在地 那覇市旭町 35 番地 沖縄社会福祉センター 電話番号 098-860-2866 FAX 098-867-1584 受付時間 9:00～17:00
沖縄県介護保険 広域連合	所在地 読谷村字比謝砦 55 番地 電話番号 098-911-7502 FAX 098-911-7506 受付時間 9:00～17:00

12. 秘密の保持

(別途、利用契約書 第 9 条)

当社は、ご契約者の個人情報並びにサービスを提供する上で知り得たご契約者および代理人あるいはご契約者のご家族等に関する情報について、介護保険法や個人情報保護法などにに基づき遵守します。ただし、正当な理由(サービス担当者会議等)において、ご契約者の個人情報をを用いる必要がある場合、ご契約者及び代理人あるいはご契約者の家族等から同意を得てから使用します。同意できない場合、サービスの調整等に支障があり一体的なサービス提供ができかねますのでご了承ください。

同意書

当事業所のサービス内容について下表に示す説明を行いました。

文書形態	説明事項	説明者チェック欄
本書	重要事項内容	<input type="checkbox"/>
	介護保険制度の加算項目	<input type="checkbox"/>
指針	看取り指針	<input type="checkbox"/>
	身体拘束適正化に関する指針	<input type="checkbox"/>
	高齢者虐待防止のための指針	<input type="checkbox"/>
	カスタマーハラスメント防止方針	<input type="checkbox"/>
	重度化した場合の対応にかかる指針	<input type="checkbox"/>
	感染症の予防及び蔓延防止の為の指針	<input type="checkbox"/>
別途、同意書	個人情報使用同意書	<input type="checkbox"/>

説明者 当事業所管理者 平良 千春 印

私は、本書に基づいて上表の説明事項を受け、当事業所のサービス内容について同意します。

※入居契約は利用契約書で行います

令和 年 月 日

契約者 住所

氏名

代理人
(身元引受人) 住所

氏名

続柄
()

印

TEL

(ア) 家賃・光熱費・食事等の料金

項目	料金[¥]		備考	
	1日	1ヶ月		
家賃	1,200	35,000	※1,2,3	
食費	1,350 (備考 内訳)	40,500	※4,5 内訳	
			項目	料金[¥]
			朝食	400
			昼食	500
			おやつ	0
夕食	450			
水道・光熱費	700	21,000	※2,3	
管理・維持費(保守・点検)	270	8,000	※2,3	
合計	3,520	104,500		

※1 入居、退去によるご利用1ヶ月未満は日割り精算である。

※2 入院等で居室を空けられている場合、原則1ヶ月単位の精算である。

※3 入院等で居室を空けられる同時期間に、当社の短期利用共同生活介護を希望する方がおり、かつ、ご契約者及び代理人あるいはご契約者の家族等の同意がある場合、ご契約者の居室を「一時的な退居(本契約は継続有効)」状態にできる。

この条件が成立した場合に限り、ご契約者は日割りになり、「一時的な退居」期間の料金は、短期利用共同生活介護の利用者が負担となる。

※4 食事料金は1日の回数に関わらず一律である。(短期サービス利用含む)

※5 30日目安の費用である。食事がいない場合、前日までにお申しください。

(イ) 個人単位による介護消耗品の料金

項目		料金[¥]
おむつ	尿パッド	700~2,200
	リハビリパンツ	1,450~1,600
	テープ式紙おむつ	2,200
	板シートパット	700
とろみ剤		2,700

(ウ) サービス提供記録の複写料金

項目	料金[¥/日]
サービス提供記録の複写(任意)	30

(エ) 病院送迎・付き添いサービス料金

項目	料金	備考	
送迎 ^{※1} (1時間未満)	10km 未満	2,000 [¥/回]	金武町内(目安)
	10km 以上 20km 未満	2,500 [¥/回]	うるま市石川(目安)
	20km 以上 30km 未満	3,000 [¥/回]	中頭病院・中部病院(目安)
	30km 以上	4,000 [¥/回]	
	1時間を超え 30分ごと ^{※2}	7:00 ~ 21:59 22:00 ~ 翌 7:00	+ 800 [¥] + 1,000 [¥]

※1 有料道路利用時はご契約者の負担となる。

※2 病院付き添いのみ利用時も、送迎利用料金をご契約者のご負担になる。

(オ) その他料金

項目	内容
理髪サービス	ご契約者本人の希望により、理容師の出張による理髪サービス(調髪、顔剃、洗髪)をご利用時に料金が発生。
美容サービス	ご契約者本人の希望により、美容師の出張による理髪サービス(調髪、顔剃、洗髪)をご利用時に料金が発生。
その他日常生活上 必要となる諸費用	ご契約者の日常生活に要する嗜好品などの費用を、負担いただく。当社が、代行して支払い、あるいは、貸付をした場合、サービス利用料金に、代行した支払い分と貸付費用を上乗せしたご請求となる。
退去によるご契約者 所有物の廃棄について	契約終了後、当社でご契約者の所有物を保管する期間は最長10日間である。以降は当社が廃棄し、当該廃棄費用は、ご契約者および代理人あるいはご契約者の家族等へご請求となる。