

重要事項説明書(共同生活介護サービス)

あなたに共同生活介護サービスを提供するにあたり、厚生労働省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	有限会社 清瀬ホーム			
主たる事務所の所在地	山口県下松市清瀬町1丁目11番8号			
法人種別	有限会社			
代表者名	代表取締役 有吉 充典			
連絡先	TEL	0833-44-8552	FAX	0833-44-8653

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	本事業は、介護の必要な認知症の状態にある方と専門スタッフとの協同によるケアの工夫を通して、人としての尊厳ある暮らしと人生の実現を目的とする。
運営の方針	1. 専門スタッフと関係機関との連携により、認知症がありながらも人としての尊厳ある暮らしづくりに努める。 2. 認知症高齢者の自立した日常生活を可能にするためのさまざまな介助および生活環境づくりと住まいづくりに努める。 3. 家事をはじめとする生活関連行為や屋外での野菜づくり等に取り組むことを通して潜在機能および能力の最大限の発揮を促すよう努める。 4. 地域福祉への貢献を念頭に、地域に密着した文化やゆとりを大切にしたケアの実践に努める。 5. ITを積極的に導入し、情報を生かしたケアに取り組むとともに、地域でのネットワークづくりに努める。

3. 入居者・家族の権利と義務

入居者・家族の権利	①独自の生活歴を有する個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を維持すること ②生活やサービスにおいて、十分な情報が提供され、個人の自由や好み、および主体的な決定が尊重されること ③安心感と自信がもてるように配慮され、安全と衛生が保たれた環境で生活できること ④自らの能力を最大限に発揮できるように支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受けられること ⑤必要に応じて適切な医療を受けることについて援助を受けられること ⑥家族や大切な人との通信や交流の自由が保たれ、個人情報を守られること ⑦地域社会の一員として生活し、選挙その他一般市民としての行為を行えること ⑧暴力や虐待および身体的精神的拘束を受けないこと ⑨生活やサービスについて職員に苦情を伝え、解決されない場合には、専門家または第三者機関の支援を受けること
入居者・家族の義務	①利用者の能力や健康状態についての情報を正しく事業者提供すること ②他の利用者やその訪問者および事業者の職員の権利を不当に侵害しないこと ③特段の事情がない限り、事業者の取り決めやルールおよび事業者またはその協力医師の指示に従うこと ④事業者が提供する各種のサービスに異議がある場合に、速やかに事業者に知らせること ⑤市町村ならびに介護保険法その他省令に基づく当グループホームへの立ち入り調査について、利用者および家族・利用者代理人は協力すること

4. 事業所

事業所の名称	グループホーム 清瀬の里					
指 定 番 号	3570700306					
所 在 地	山口県下松市清瀬町3丁目1番10号					
連 絡 先	TEL	0833-44-5801	FAX	0833-44-5801		
敷 地	自社所有					
建 物	住 居 数	9戸	総戸数	18戸	総定員	18人
	延床面積		487.75㎡			
職 員 数	専任職員9名・非常勤職員8名					

5. ご利用住居

名 称	グループホーム 清瀬の里				
所 在 地	下松市清瀬町3丁目1番10号				
管 理 者①	氏 名	相本 千夏			
	保有資格	介護支援専門員・介護福祉士		兼 務	ユニット①、②管理者兼務
管 理 者②	氏 名	同上			
	保有資格	同上		兼 務	同上
連 絡 先	電 話	0833－44－5801		F A X	0833－44－5801
敷 地	自社所有 菜園を併設				
建 物	構 造	軽量鉄骨造り 2階建て(階部分)			
	延床面積	487.75㎡			
	居 室 数	9部屋			
	入居定員	9名			
利用居室	号室 ㎡（定員1名）				
共用施設	食堂・居間・浴室・便所				

6. 職員体制

	常 勤		非 常 勤		保有資格
	専従	兼務	専従	兼務	
管 理 者	1				介護支援専門員・介護福祉士
介護職員	8		7		介護支援専門員・介護福祉士・訪問介護員2級・初任者研修修了
看護職員		1			正看護師

7. 職員の勤務体制

区 分	勤 務 時 間	勤務時間/休暇	員 数
常 勤	7:00 ~ 16:00	4週8休	10名
	10:30 ~ 19:30		
	8:30 ~ 17:30		
	15:30 ~ 0:30		
	0:30 ~ 9:30		
非 常 勤	11:00~16:00	週15時間勤務	1名
	10:30~15:30	週15時間勤務	2名
	7:00 ~ 11:00	週8時間勤務	1名
	15:30~0:30	週20時間勤務	2名

8. 休業日

休業日	なし
-----	----

9. サービス内容

(1) 介護保険給付サービス

種類	内 容	利用料																																				
食 事	・利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して提供します。 ・食費は給付対象外です。 ・食事は離床して食堂でとっていただくよう配慮します。 ・食事時間 - 朝食 7:30 ～ 8:30 - 昼食 12:00 ～ 13:00 - 夕食 18:00 ～ 19:00	要介護度に応じて算出します。 利用料(1日当たり) = 下記単位 × 金10円 × 1000 / 1000 ・入居日から30日以内の期間は、1日につき30単位を加算します。 ・法定代理受領の場合は、1割～3割相当額となります。(介護保険負担割合証による) 要支援2:749単位 要介護1:753単位 要介護2:788単位 要介護3:812単位 要介護4:828単位 要介護5:845単位																																				
排 泄	・利用者の状況に応じ、適切な排せつの介助と、排せつの自立の援助を行います。 ・おむつの交換は1日7回を原則としますが、必要があれば回数を増やします。 ・介助は同性の介護従業者が行います。	・利用者状況及び職員・事業所体制等により下記の加算が算定されます。																																				
入 浴	・毎日、入浴または清拭を行います。 ・介助は同性の介護従業者が行います。																																					
日常生活上の介護	・離床 - 寝たきり防止のため離床に配慮します。 ・着替え - 着替えの介助をします。 ・整容 - 身の回りの介助をします。 ・寝具消毒 ・シーツ交換 ・健康管理 ・洗濯 ・居室内清掃 ・役所手続の代行	<table> <tr> <td>初期加算</td><td>30単位</td><td>入居(退院)後30日間</td></tr> <tr> <td>医療連携体制加算(Ⅰ)イ</td><td>57単位</td><td>1日につき</td></tr> <tr> <td>サービス提供体制強化加算(Ⅰ)</td><td>22単位</td><td>1日につき</td></tr> <tr> <td>認知症専門ケア加算(Ⅰ)</td><td>3単位</td><td>1日につき 認知症自立度Ⅲ以上</td></tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td><td>40単位</td><td>1月につき</td></tr> <tr> <td>協力医との連携(定期会議)</td><td>100単位</td><td>1月につき</td></tr> <tr> <td>生産性向上推進体制加算</td><td>10単位</td><td>1月につき</td></tr> <tr> <td>退居時情報提供加算</td><td>250単位</td><td>入院による退居時1回限り</td></tr> <tr> <td>看取り加算</td><td>72単位</td><td>死亡日以前31日から45日以下</td></tr> <tr> <td>〃</td><td>144単位</td><td>死亡日以前4日から30日以下</td></tr> <tr> <td>〃</td><td>680単位</td><td>死亡日の以前2日または3日</td></tr> <tr> <td>〃</td><td>1280単位</td><td>死亡日</td></tr> </table>	初期加算	30単位	入居(退院)後30日間	医療連携体制加算(Ⅰ)イ	57単位	1日につき	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位	1日につき	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3単位	1日につき 認知症自立度Ⅲ以上	科学的介護推進体制加算	40単位	1月につき	協力医との連携(定期会議)	100単位	1月につき	生産性向上推進体制加算	10単位	1月につき	退居時情報提供加算	250単位	入院による退居時1回限り	看取り加算	72単位	死亡日以前31日から45日以下	〃	144単位	死亡日以前4日から30日以下	〃	680単位	死亡日の以前2日または3日	〃	1280単位	死亡日
初期加算	30単位	入居(退院)後30日間																																				
医療連携体制加算(Ⅰ)イ	57単位	1日につき																																				
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位	1日につき																																				
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3単位	1日につき 認知症自立度Ⅲ以上																																				
科学的介護推進体制加算	40単位	1月につき																																				
協力医との連携(定期会議)	100単位	1月につき																																				
生産性向上推進体制加算	10単位	1月につき																																				
退居時情報提供加算	250単位	入院による退居時1回限り																																				
看取り加算	72単位	死亡日以前31日から45日以下																																				
〃	144単位	死亡日以前4日から30日以下																																				
〃	680単位	死亡日の以前2日または3日																																				
〃	1280単位	死亡日																																				
機能訓練	・離床援助、屋外散歩同行、家事共同等により生活機能の維持・改善に努めます。	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ□) 総単位数 × 228 / 1000 (22.8%) / 月																																				
医師との連携	・嘱託医契約を締結しており、受診や往診等による24時間365日の医療連携体制を整えています。 ・「入居者の重度化に対応する指針」を定め、管理者をはじめ、看護職員、介護職員がターミナルケアを念頭に嘱託医の指示の下、ケアします。																																					
相談および援助	・利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。	* 総単位数は、基本サービス費に 各種加算減算を加えた単位数の合計																																				

(2) 介護保険給付外費用

※以下は介護保険給付の対象外です。実費をお支払いください。

種 類	内 容
食 費	・管理者が検収した食材を用いて調理します。その費用は次のとおりです。 ・朝食:510円 ・昼食:620円 ・夕食:620円
おむつ代等	・実 費
通院時交通費	・医療機関への受診に際しては公用車を利用(交通費無料)
理美容代	・実 費
娯楽費	・実 費
家 賃	・居室の利用も保険給付の対象外です。 利用料1ヶ月 40,000円
水光熱費	・電気、ガス、水道代 1ヶ月 16,300円
管理費	・エレベーター保守点検管理費、日用品費など 1ヶ月 10,200円

* 尚、一ヶ月未満の入院等で不在の場合でも、家賃・水光熱費・管理費は上記額でお支払い願います。

(3) 入居金その他費用

種 類	内 容
入居金および返還金 (平成18年2月1日以降 の入居者に適用)	・入居金240,000円は、入居者が居住する居室、その他共用施設の利用する権利を取得するための費用です。 ・入居後10日以内に指定の方法でお支払いください。 ・返還金を算定する際の起算月は、入居契約日の属する月とします。 ・入居契約日の14日以内で入居契約が解除された場合には全額を返還します。 ・入居契約日を15日以上経過すると、入居金の50%は事業者が取得します。 ・契約解除の時期が入居契約後1年未満の場合には残りの50%を返還します。 ・入居契約後1年以上2年未満で契約解除となった際の返還金は $\text{返還金} = (\text{入居金の50\%}) \times \frac{12\text{ヶ月} - \text{入居契約後1年を超える入居月数}}{12\text{ヶ月}}$ ・入居契約後2年以上を経過しての返還金はありません。
退居に際しての清算	・退居に際しての個人物品の搬出等および利用居室の清掃、消毒等に関わる費用は、入居者および家族、身元引受人による実費負担とします。
受診付き添い 代行サービス	* 下松市内の医療機関を受診する場合には原則として無料とします。なお、下松市外への受診に際しては状況により本人及び代理人と相談し、当社との合意の上で以下のように措置する場合があります。・①医師の指示により、同一の傷病を理由に一週間に一回以上の受診(診察、治療、処置等)を要する場合、②受診頻度が定期的な受診付き添い介助の範囲内であっても、受診等に際して介護職員等の付き添いを必要とする場合、受診付き添い代行サービスとして、初診を含む二回を超えて、一回につき3,000円の料金を徴収します。おって、代行サービスの内容は、医師への症状報告の代弁、医師の問診や診察、処置等に関する本人への説明や同意を得るための介護、受診結果等の家族への報告等とします。

10. 入退居に当たっての留意事項

面 会	来訪者は、面会の都度職員に届け出てください。 また、面会時間(8:00～21:00)を遵守してください。 宿泊されるときは必ず許可を得てください。	* 2020年より感染対策のため、一部面会の制限を設けています。
外 出	門限(21:00)は守ってください。 外出・外泊前に必ず行き先と帰着予定日時を届け出てください。	* 2020年より感染対策のため、外出泊の制限を設けています。
住居・居室の利用	この共同生活住居内の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。	
迷惑行為	騒音の発生、放歌高吟等他の利用者の迷惑なる行為はご遠慮願います。 また、承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないでください。	
所持品 現金 等	なるべく、ご本人の管理とさせていただきますが、管理困難も予想されますので、貴重品は職員にお預けください。 現金もご本人の管理可能な金額にさせていただきますようお願いします。	
小遣い	受診等、現金が必要な時のために職員が預かり、小遣い帳にて管理いたします。	
喫 煙	所定の場所(一階玄関ロビー)での喫煙にご協力ください。	
その他	おやつなどの持ち込みは自由ですが、その内容については職員にお知らせ願います。	
契約の終了	契約の終了は、各種自己負担金等の支払い等、手続きの完了時点とします。	

11. 協力医療機関(嘱託医)

名 称	秀浦医院(秀浦 信太郎院長)
所 地	下松市生野屋西1丁目5番17号
電話番号	0833-41-5225
診 察 科	内科・外科・胃腸内科・リハビリテーション科
協力関係の概要	嘱託医契約を締結しており、受診・往診などには24時間365日対応可能です。また、日常的な健康管理指導をはじめ、ターミナルケアを目指して連携しています。

12. 非常災害時の対策

消防計画	別に定めます。
	消防計画 平成14年7月1日 下松市消防本部へ届出
	防火管理責任者:有吉充典 防火管理者:有吉 崇浩
避難訓練	年2回、火災、地震等を想定した訓練を行います。
災害対策委員会	災害対策委員会、災害に関する研修を定期的に行います。 災害時のBCP(業務継続計画)を作成し、事業所内で周知を図っています。
防災設備	自動火災報知器 煙感知器 ・ スプリンクラー ガス漏れ遮断器 誘導灯

13. 身体拘束の適正化に関する事項

身体拘束廃止に関する基本指針及び規程を別に定め、身体拘束適正化委員会を設置しています。

14. 虐待防止に関する事項

虐待防止に関する基本指針及び規程を定め、虐待防止委員会を設置しています。定期的な虐待防止にかかわる内部研修会を開催しています。

15. 感染対策に関する事項

感染対策に関する基本指針及び規程を定め、感染対策委員会を設置しています。定期的な感染対策にかかわる内部研修会を開催しています。

16. 事故発生時の対応

利用者に対する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、当該利用者の家族、市町、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

17. 外部評価の実施状況

外部評価機関	やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク(～令和2年度) (一社)広島県シルバーサービス振興会(令和4年度) (有)アウルメディカルサービス(令和6年度)
外部評価実施年度	平成16～22・24・26・28・30年度・令和2・4・6年度

18. 苦情申立

相談窓口 ご利用時間	平日:午前8時30分～午後5時30分
	土日:午前8時30分～午後5時30分
ご利用方法	電話:0833-44-5801
面接場所	当事業所 面接室(受付担当者:有吉 崇浩) 苦情解決責任者 有吉 充典
下松市 高齢福祉課 ご利用時間	平日:午前8時30分～午後5時15分
	土日祝: な し
ご利用方法	電話:0833-45-1831
面接場所	下松市役所1階⑨番窓口 高齢者福祉課介護保険係
山口県庁 長寿社会課 ご利用時間	平日:午前8時30分～午後5時15分
	土日祝: な し
ご利用方法	電話:083-933-2774
面接場所	山口県庁 長寿社会課 介護保険班
国民健康保険団体連合会 ご利用時間	平日:午前9時00分～午後5時00分
	土日祝: な し
ご利用方法	電話:083-995-1010
面接場所	山口県国保会館(介護サービス苦情相談窓口)
山口県周南健康福祉センター ご利用時間	平日:午前8時30分～午後5時15分
	土日祝: な し
ご利用方法	電話:0834-31-6394
面接場所	山口県 周南健康福祉センター

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、甲1・甲2 対して重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) サービス事業者

主たる事務所所在地 山口県下松市清瀬町3丁目1番10号

名 称 グループホーム 清瀬の里

説明者・所属 氏名 有吉 崇浩 (職名: ホーム長)

(甲) 私は、書面に基づいて、乙の職員 から説明を受けたことを確認します。

(甲1) 利用者住所

氏 名

(甲2) 利用者の家族住所

氏 名

重要事項説明書(短期利用認知症対応型共同生活介護サービス)

あなたに共同生活介護サービスを提供するにあたり、厚生労働省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	有限会社 清瀬ホーム			
主たる事務所の所在地	山口県下松市清瀬町1丁目11番8号			
法人種別	有限会社			
代表者名	代表取締役 有吉 充典			
連絡先	TEL	0833-44-8552	FAX	0833-44-8653

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	本事業は、介護の必要な認知症の状態にある方及びご家族の状況を勘案して、緊急的かつ30日間を限度とする一時的に、専門スタッフとの協同によるケアの創意、工夫を通して、ご本人及びご家族が人としての尊厳ある暮らしと人生を実現することを目的とする。
運営の方針	1. 専門スタッフと関係機関との連携により、認知症がありながらも人としての尊厳ある暮らしづくりに努める。 2. 認知症高齢者の自立した日常生活を可能にするためのさまざまな介助および生活環境づくりと住まいづくりに努める。 3. 家事をはじめとする生活関連行為や屋外での野菜づくり等に取り組むことを通して潜在機能および能力の最大限の発揮を促すよう努める。 4. 地域福祉への貢献を念頭に、地域に密着した文化やゆとりを大切にしたケアの実践に努める。 5. ITを積極的に導入し、情報を生かしたケアに取り組むとともに、地域でのネットワークづくりに努める。

3. 利用者・家族の権利と義務

利用者・家族の権利	①独自の生活歴を有する個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を維持すること ②生活やサービスにおいて、十分な情報が提供され、個人の自由や好み、および主体的な決定が尊重されること ③安心感と自信がもてるように配慮され、安全と衛生が保たれた環境で生活できること ④自らの能力を最大限に発揮できるように支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受けられること ⑤必要に応じて適切な医療を受けることについて援助を受けられること ⑥家族や大切な人との通信や交流の自由が保たれ、個人情報を守られること ⑦地域社会の一員として生活し、選挙その他一般市民としての行為を行えること ⑧暴力や虐待および身体的精神的拘束を受けないこと ⑨生活やサービスについて職員に苦情を伝え、解決されない場合には、専門家または第三者機関の支援を受けること
利用者・家族の義務	①利用者の能力や健康状態についての情報を正しく事業者提供すること ②他の利用者やその訪問者および事業者の職員の権利を不当に侵害しないこと ③特段の事情がない限り、事業者の取り決めやルールおよび事業者またはその協力医師の指示に従うこと ④事業者が提供する各種のサービスに異議がある場合に、速やかに事業者に知らせること ⑤市町村ならびに介護保険法その他省令に基づく当グループホームへの立ち入り調査について、利用者および家族・利用者代理人は協力すること

4. 事業所

事業所の名称	グループホーム 清瀬の里					
指 定 番 号	3570700306					
所 在 地	山口県下松市清瀬町3丁目1番10号					
連 絡 先	TEL	0833-44-5801	FAX	0833-44-5801		
敷 地	自社所有					
建 物	住 居 数	9戸	総戸数	18戸	総定員	18人
	延床面積		487.75㎡			
職 員 数	専任職員9名・非常勤職員8名					

5. ご利用住居

名 称	グループホーム 清瀬の里				
所 在 地	下松市清瀬町3丁目1番10号				
管 理 者①	氏 名	相本 千夏			
	保有資格	介護支援専門員・介護福祉士		兼 務	ユニット①、②管理者兼務
管 理 者②	氏 名	同上			
	保有資格	同上		兼 務	同上
連 絡 先	電 話	0833－44－5801		F A X	0833－44－5801
敷 地	自社所有 菜園を併設				
建 物	構 造	軽量鉄骨造り 2階建て(階部分)			
	延床面積	487.75㎡			
	居 室 数	9部屋			
	入居定員	9名			
利用居室	号室 ㎡（定員1名）				
共用施設	食堂・居間・浴室・便所				

6. 職員体制

	常 勤		非 常 勤		保有資格
	専従	兼務	専従	兼務	
管 理 者	1				介護支援専門員・介護福祉士
介護職員	8		7		介護支援専門員・介護福祉士・訪問介護員2級・初任者研修修了
看護職員		1			正看護師

7. 職員の勤務体制

区 分	勤 務 時 間	休 暇	員 数
常 勤	7:00 ~ 16:00	4週8休	9名
	10:30 ~ 19:30		
	8:30 ~ 17:30		
	15:30 ~ 0:30		
	0:30 ~ 9:30		
非 常 勤	11:00~16:00	週15時間勤務	1名
	10:30~15:30	週15時間勤務	3名
	7:00 ~ 11:00	週12時間勤務	1名
	15:30~19:30	週12時間勤務	1名

8. 休業日

休業日	なし
-----	----

9. サービス内容

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容	利用料
食 事	・利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して提供します。 ・食費は給付対象外です。 ・食事は離床して食堂でとっていただくよう配慮します。 ・食事時間 - 朝食 7:30 ～ 8:30 - 昼食 12:00 ～ 13:00 - 夕食 18:00 ～ 19:00	要介護度に応じて算出します。 利用料(1日当たり) = 下記単位 × 金10円 × 1000 / 1000 ・法定代理受領の場合は、1割～3割相当額となります。(介護保険負担割合証による) 要支援2: 777単位 要介護1: 781単位 要介護2: 817単位 要介護3: 841単位 要介護4: 858単位 要介護5: 874単位
排 泄	・利用者の状況に応じ、適切な排せつの介助と、排せつの自立の援助を行います。 ・おむつの交換は1日7回を原則としますが、必要があれば回数を増やします。 ・介助は同性の介護従業者が行います。	・利用者の状況及び職員体制により
入 浴	・毎日、入浴または清拭を行います。 ・介助は同性の介護従業者が行います。	下記の加算が算定されます。 認知症行動・心理症状緊急対応加算
日常生活上の介護	・離床 - 寝たきり防止のため離床に配慮します。 ・着替え - 着替えの介助をします。 ・整容 - 身の回りの介助をします。 ・寝具消毒 ・シーツ交換 ・健康管理 ・洗濯 ・居室内清掃 ・役所手続の代行	200単位/1日につき(7日間限度) 医療連携体制加算(Ⅰ)イ*要支援除 57単位/1日につき サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位/1日につき 生産性向上推進体制加算 10単位/1月につき ・介護職員処遇改善加算として下記の加算が算定されます。 ①介護職員等処遇改善加算(Ⅰロ) 総単位数 × 228 / 1000 (22.8%) / 月
機能訓練	・離床援助、屋外散歩同行、家事共同等により生活機能の維持・改善に努めます。	
医師との連携	・嘱託医契約を締結しており、受診や往診等による24時間365日の医療連携体制を整えています。 ・「入居者の重度化に対応する指針」を定め、管理者をはじめ、看護職員、介護職員がターミナルケアを念頭に嘱託医の指示の下、ケアします。	* 総単位数は、基本サービス費に 各種加算減算を加えた単位数の合計
相談および援助	・利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。	

(2) 介護保険給付外費用

※以下は介護保険給付の対象外です。実費をお支払いください。

種 類	内 容
食 費	・管理者が検収した食材を用いて調理します。その費用は次のとおりです。 ・朝食:510円 ・昼食:620円 ・夕食:620円
おむつ代等 (すべて1箱あたり)	・実 費
通院時交通費	・医療機関への受診に際しては公用車を利用(交通費無料)
理美容代	・実 費
娯楽費	・実 費
家 賃	・居室の利用も保険給付の対象外です。 利用料1日につき 1,600円
水光熱費	・電気、ガス、水道代 1日につき 550円
管理費	・エレベーター保守点検管理費、日用品費など 1日につき 380円

(3) その他費用

種 類	内 容
退居に際しての清算	・退居に際しての個人物品の搬出等および利用居室の清掃、消毒等に関わる費用は、入居者および家族、身元引受人による実費負担とします。
受診付き添い 代行サービス	* 下松市内の医療機関を受診する場合には原則として無料とします。なお、下松市外への受診に際しては状況により本人及び代理人と相談し、当社との合意の上で以下のように措置する場合があります。・①医師の指示により、同一の傷病を理由に一週間に一回以上の受診(診察、治療、処置等)を要する場合、②受診頻度が定期的な受診付き添い介助の範囲内であっても、受診等に際して介護職員等の付き添いを必要とする場合、受診付き添い代行サービスとして、初診を含む二回を超えて、一回につき3,000円の料金を徴収します。おって、代行サービスの内容は、医師への症状報告の代弁、医師の間診や診察、処置等に関する本人への説明や同意を得るための介護、受診結果等の家族への報告等とします。

10. 利用開始及び終了に当たっての留意事項

面 会	来訪者は、面会の都度職員に届け出てください。 また、面会時間(8:00～21:00)を遵守してください。 宿泊されるときは必ず許可を得てください。	* 2020年より感染対策のため、一部面会の制限を設けています。
外 出	門限(21:00)は守ってください。 外出前に必ず行き先と帰着予定日時を届け出てください。	* 2020年より感染対策のため、外出泊の制限を設けています。
住居・居室の利用	この共同生活住居内の設備、備品等は本来の用法に従って大切にご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。	
迷惑行為	騒音の発生、放歌高吟等他の利用者の迷惑なる行為はご遠慮願います。 また、承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないでください。	
所持品 現金 等	なるべく、ご本人の管理とさせていただきますが、管理困難も予想されますので、貴重品は職員にお預けください。 現金もご本人の管理可能な金額にさせていただきますようお願いします。	
小遣い	受診等、現金が必要な時のために職員が預かり、小遣い帳にて管理いたします。	
喫 煙	所定の場所(一階玄関ロビー)での喫煙にご協力ください。	
その他	おやつなどの持ち込みは自由ですが、その内容については職員にお知らせ願います。	
契約の終了	契約の終了は、各種自己負担金等の支払い等、手続きの完了時点とします。	

11. 協力医療機関(嘱託医)

名 称	秀浦医院(秀浦 信太郎院長)
所 地	下松市生野屋西1丁目5番17号
電話番号	0833-41-5225
診 察 科	内科・外科・胃腸内科・リハビリテーション科
協力関係の概要	嘱託医契約を締結しており、受診・住診などには24時間365日対応可能です。また、日常的な健康管理指導をはじめ、ターミナルケアを目指して連携しています。

12. 非常災害時の対策

消防計画	別に定めます。
	消防計画 平成14年7月1日 下松市消防本部へ届出
	防火管理責任者:有吉充典 防火管理者:有吉 崇浩
避難訓練	年2回、火災、地震等を想定した訓練を行います。
防災設備	自動火災報知器 煙感知器 ・ スプリンクラー ガス漏れ遮断器 誘導灯

13. 事故発生時の対応

利用者に対する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、当該利用者の家族、市町、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

14. 外部評価の実施状況

外部評価機関	やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク(～令和2年度) (一社)広島県シルバーサービス振興会(令和4年度) (有)アウルメディカルサービス(令和6年度)
外部評価実施年度	平成16～22・24・26・28・30年度・令和2・4・6年度

15. 苦情申立

相談窓口 ご利用時間	平日:午前8時30分～午後5時30分
	土日:午前8時30分～午後5時30分
ご利用方法	電話:0833-44-5801
面接場所	当事業所 面接室(受付担当者:有吉 崇浩) 苦情解決責任者 有吉 充典
下松市 高齢福祉課 ご利用時間	平日:午前8時30分～午後5時15分
	土日祝: な し
ご利用方法	電話:0833-45-1831
面接場所	下松市役所1階⑨番窓口 高齢者福祉課介護保険係
山口県庁 長寿社会課 ご利用時間	平日:午前8時30分～午後5時15分
	土日祝: な し
ご利用方法	電話:083-933-2774
面接場所	山口県庁 長寿社会課 介護保険班
国民健康保険団体連合会 ご利用時間	平日:午前9時00分～午後5時00分
	土日祝: な し
ご利用方法	電話:083-995-1010
面接場所	山口県国保会館(介護サービス苦情相談窓口)
山口県周南健康福祉センター ご利用時間	平日:午前8時30分～午後5時15分
	土日祝: な し
ご利用方法	電話:0834-31-6394
面接場所	山口県 周南健康福祉センター

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、甲1・甲2 対して重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) サービス事業者

主たる事務所所在地 山口県下松市清瀬町3丁目1番10号

名 称 グループホーム 清瀬の里

説明者・所属 氏名 有吉 崇浩 (職名: ホーム長)

(甲) 私は、書面に基づいて、乙の職員 から説明を受けたことを確認します。

(甲1) 利用者住所

氏 名

(甲2) 利用者の家族住所

氏 名