重要事項説明書

グループホームエフビー小山

エフビー介護サービス株式会社

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護　重要事項説明書

当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号　0285－39－8213　（ 受付時間 ： 月曜日から金曜日、9時～17時 ）
担　　当　管理者　軽部　百合子

1. 概要

(1) 法人の概要

名　　称	エフビー介護サービス株式会社
代表者役職・氏名	代表取締役・栁澤美穂
法人所在地	長野県佐久市長土呂159番地2
電話番号	0267－88－8188
設立年月日	1987年4月3日

(2) 事業所の名称、所在地

事　業　所　名	（介護予防）認知症対応型共同生活介護 グループホームエフビー小山
所　　在　　地	栃木県小山市出井825番地2
介護保険事業所番号	0990800427

(3) 事業所の職員体制

職　　種	職員数	業　務　内　容
管理者	1名 （兼務）	職員及び業務の管理を一元的に行う。 利用申込みに関わる調整等を行う。
計画作成担当者	1名以上 （兼務）	利用者様に関わる介護計画の作成等を行う。
介護職員	9名以上 （兼務）	介護業務にあたる。

(4) 事業所の設備の概要

建物の構造 ： 木造平屋建、準防火建築（スプリンクラー完備）
延べ床面積 ： 560.20㎡

定　　員	18名（2ユニット）
居　住　個　室	1部屋 ： 9.06～9.19㎡ 洗面台、収納付　等（約5.5畳）
浴　　室	1室 ： 12.49㎡
ダイニングキッチン	2室（各ユニット1室 ： 37.21㎡）
ト　イ　レ	6箇所（各ユニット3箇所）

2. 運営方針

(1) 「基本的人権を尊重した安心と尊厳のある生活」を基本理念とし、認知症のある要介護高齢者と共に馴染みの環境を整え、穏やかに、和やかに、安全で安心な日常生活を支援します。

(2) サービスの内容

① 食事、入浴、排泄、着替え等の介護
② 食事の提供（身体の状況に応じた形態・内容の食事を提供する）
③ 日常生活上の介助
④ 日常生活の中での機能訓練（生活リハビリ）
⑤ 買い物、趣味の援助
⑥ 健康チェック（毎日のバイタル測定）
⑦ 服薬の管理
⑧ 生活相談
⑨ 受診
⑩ その他

以上を内容ごとに区分することなく、全体を包括して提供します。

3. 料金

(1) 介護保険利用料金

自己負担額は負担割合証に応じた1割から3割負担となります。介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。介護保険制度では要介護認定による介護度によって利用料金が異なります。利用料金は制度改正、物価の理由により変更する場合があります。金額表示については、端数処理により若干変動する場合があります。月の途中での入退居の場合は、利用料は利用日数により日割りの負担となります。

※ 当事業所は小山市（7級地）所在のため、下記料金に対して1.4%の金額が上乗せされます。

① 基本料金（1日あたりの自己負担額）

区分	1割	2割	3割
要支援2	749円	1,498円	2,247円
要介護1	753円	1,506円	2,259円
要介護2	788円	1,576円	2,364円
要介護3	812円	1,624円	2,436円
要介護4	828円	1,656円	2,484円
要介護5	845円	1,690円	2,535円

② 加算　　ご利用状況に応じて加算が算定されます。

加　算	1割	2割	3割	備　考
初期加算	30円/日	60円/日	90円/日	入居日から30日
若年性認知症利用者受入加算	120円/日	240円/日	360円/日	
入院時費用	246円/日	492円/日	738円/日	
看取り介護加算（※ご逝去後に算定）	72円/日	144円/日	216円/日	死亡日45日前～31日前
	144円/日	288円/日	432円/日	死亡日30日前～4日前
	680円/日	1,360円/日	2,040円/日	死亡日前々日、前日
	1,280円/日	2,560円/日	3,840円/日	死亡日
協力医療機関連携加算	100円/月	200円/月	300円/月	協力医療機関の体制による
	40円/月	80円/月	120円/月	
医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	37円/日	74円/日	111円/日	
科学的介護推進体制加算	40円/月	80円/月	120円/月	
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10円/月	20円/月	30円/月	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6円/日	12円/日	18円/日	
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ	所定利用料に22.0%を乗じた金額			

(2) 介護保険外の費用

家　　賃	66,000円／月
食　材　費	48,000円／月（1日あたり1,600円） 朝450円、昼500円、夕550円、おやつ100円
管理費（光熱水費）	27,000円／月
実　　費	理美容代、紙おむつ、レクリエーションにおける交通費、入場料等、お小遣い、医療費、ご家族より依頼された物品の購入、教養娯楽費 等

※ 入院外泊等により不在の場合は、家賃と管理費のみ請求します。

(3) 支払い方法

毎月15日前後に前月分を請求します。お支払い方法は、原則口座引き落としです。口座振替日は毎月27日とし、27日が金融機関の休業日にあたる場合は翌営業日とします。

(4) サービス利用にあたっての留意事項

① ケアスタッフは専門資格者を揃え、日常生活全般のケアを専門的に支援します。
② ケアスタッフには、認知症の専門知識を得るため、研修を実施しています。
③ ケア記録は、利用者様及びご家族等の希望により開示し、ご家族と密に連携をとります。
④ 面会は自由です。
⑤ 外出・外泊は自由です。（届け出用紙に記入）
⑥ 金銭は立替金取扱いに基づいて管理します。（明細をご家族に報告します。）
⑦ 使い慣れた馴染みの物（箪笥、箸、茶碗、湯のみ等）は持ち込み可能です。
貴重品はご遠慮下さい。
⑧ 協力医への定期受診などについては当事業所で対応することも可能ですが、基本的にはご家族でお願いします。
⑨ その他相談に応じます。

4. 緊急時の対応方法

グループホームは家庭の延長であり病院や施設ではありません。緊急時は協力病院が対応します。当事業所では、下記の病院と連携しています。

・医療法人社団フィーカ　関医院　・たむら歯科医院

5. 重度化した場合における対応に係る事業所の指針

(1) 緊急時における連携体制

緊急を要する際は、協力医、事業所の職員と連携を図り、早急に治療が受けられる体制をとっています。

(2) 重度化した場合の対応

利用者様の状態変化により当事業所での生活が困難となった場合は必要に応じて、以下のような対応をとります。

・連携施設等への入所の支援
・その他の施設（介護老人福祉施設等）、病院等への入所・入院の支援
・在宅介護【居宅介護支援専門員との連絡、調整】の支援

(3) 入院期間中の取扱い

利用者様との話し合いにより、退院後の再開を希望され、またそれが可能であると思われる場合、入院期間中も家賃と管理費をお支払い頂ければ、おおよそ3か月を目処に居室を確保することが可能です。入院中の食費については請求しません。

(4) 終末期の対応について

利用者様の状態の変化に伴い当事業所での対応が困難となった場合は、しかるべき医療機関、介護保険施設などへの入院・入所に係る支援をします。事業所での看取りを希望される場合、その意思がご本人ご家族共に明確で、ご家族の協力が得られるなど当事業所での対応が可能であると判断した場合はこの限りではありません。その場合は、主治医立会いのもとご本人もしくは代理人様よりご本人及びご家族の意思を確認させて頂きます。

※ 体調の変化等緊急の場合には以下のところへ連絡します。

主治医	氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

6. 事故発生時の対応方法について

(1) サービス提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際してとった処置については、記録を整備します。

(2) 事故が発生した場合の対応、報告の方法等が記載された事故発生の防止、発生時のための指針を整備します。

(3) 事故が発生したとき、またそれに至る危険性がある事態が生じたときに、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を職員に周知徹底する体制を整備します。

(4) 事故発生の防止のための委員会及び職員に対する研修を定期的に行います。

(5) 万一の事故に備え下記の損害賠償保険に加入するものとし、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うものとします。

保険会社	あいおいニッセイ同和損保
保険名称	介護保険・社会福祉事業者総合保険
保険内容	対人賠償 ― 5,000万
	対物賠償 ―　500万
	管理財物 ―　100万
	使用不能 ― 3,000万
	人格権侵害 ― 500万
	見舞金 ― 0.3万～5万（治療・入院等による）
	事故対応費用 ― 500万
	経済的損害 ― 100万

7. 非常災害対策

非常災害時には別途定める消防計画に則って対応します。防災訓練は利用者様と共に行います。

・防災設備 …… スプリンクラー、火災通報システム、消火器
・防災訓練 …… 年2回以上実施（昼間、夜間対応 各1回）
・防火責任者 …… 新村　耕

8. 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 事業者及び職員は、サービス提供をするうえで知り得た利用者様またはご家族の情報を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

(2) 事業者は、職員に業務上知り得た利用者様またはご家族の秘密を保持させるため、在職中及び離職後も、その秘密を保持するべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。

9. 虐待の防止について

(1) 事業者は、利用者様の人権の擁護、虐待の防止のために下記の対策を講じます。

① 虐待防止に関する責任者を選任します。

虐待防止に関する責任者	管理者　軽部　百合子

② 成年後見制度の利用を支援します。

③ 苦情解決体制を整備します。

④ 職員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を年2回以上実施します。

⑤ 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。

⑥ 虐待の防止のための指針を整備します。

(2) 事業者は、職員または養護者（利用者様のご家族等現に養護する者）から虐待を受けたと思われる利用者様を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するとともに、虐待の早期発見のため、行政が行う調査等に協力します。

10. 身体拘束について

(1) サービス提供において当該利用者様または他の利用者様等の生命もしくは身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束のほか、利用者様の行動の制限は行いません。

(2) 緊急やむを得ず身体拘束をする場合には、その態様及び時間、その際の利用者様の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。

(3) 「身体拘束廃止委員会」を定期的に開催し結果の周知徹底を行うとともに、研修会等に参加させるなどして職員の自己啓発に努め、職員全体で身体拘束廃止に取り組みます。

(4) 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。

11. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

- 実施の有無　…　有
- 実施した直近の年月日　…　2025　年　1　月　23　日
- 実施した評価機関名称　…　一般社団法人　栃木県社会福祉士会
- 評価結果の開示状況　…　有

12. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 事業所における苦情対応

担　　当　管理者　　軽部　百合子

電話番号　0285－39－8213　　（ 受付時間 ： 月曜日から金曜日、9時～17時 ）

(2) 苦情処理手順

① 利用者様及び代理人様から苦情を受けた職員は、その内容を的確に判断し、報告書に記入したうえで管理者へ報告します。

② 管理者は、報告書を吟味したうえで利用者様に確認をとります。

③ 苦情の内容により講ずるべき措置について、保険者となっている各市町村と協議します。

(3) その他事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

・小山市高齢生きがい課　0285－22－9541
月曜日から金曜日（年末年始・祝日を除く）8時30分～17時15分

・栃木県国民健康保険団体連合会　028－643－2220
月曜日から金曜日（年末年始・祝日を除く）9時～17時

・栃木県運営適正化委員会　028－622－2941
月曜日から金曜日（年末年始・祝日を除く）9時～16時

13. その他運営に関する留意事項

(1) 職員の資質向上を図るため研修の機会を設け、業務体制を整備します。
- ・採用時研修　採用後3か月以内
- ・継続研修　　年12回（年間計画による）

(2) 事業者は利用者様に対するサービスの提供に関する次に揚げる記録を整備しその完結の日から全て5年間保存します。

① 利用者様個別の記録に関するもの
- ア）提供した具体的なサービスの内容等の記録
- イ）身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者様の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
- ウ）利用者様に関する市町村への通知に係る記録

② 事業運営に関わる記録（発生後5年間保存する。）
- ア）運営推進会議、会議に係る報告、評価、要望、助言等について記録
- イ）苦情の内容等の記録
- ウ）事故の状況及び事故に対する処置内容の記録

この重要事項説明書の説明年月日　　年　　月　　日

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、利用者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事　業　者	法　　人	エフビー介護サービス株式会社　㊞
	法人所在地	長野県佐久市長土呂159番地2
	事業所名称	グループホームエフビー小山
	事業所番号	0990800427
	事業所住所	栃木県小山市出井825番地2
	電話番号	0285－39－8213
	事業所管理者	軽部　百合子

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についての重要事項の交付及び説明を受け、内容について承諾しました。

利 用 者 様	住　　所	〒	
	電　　話		
	氏　　名		㊞
代 理 人 様	住　　所	〒	
	電　　話		
	氏　　名		㊞
連帯保証人様	住　　所	〒	
	電　　話		
	氏　　名		㊞