認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

＜令和 8年 6月 1 日現在＞

1 事業者(法人)の概要

名称・法人種別	有限会社　ポラリス
代表者名	代表取締役　草野太成
所在地・連絡先	(住所) 長崎県諫早市有喜町199番地 (電話) 0957－28－6330 (FAX) 0957－28－6331

2 事業所の概要

事業所の名称	グループホーム　イーハトーブ
所在地・連絡先	(住所) 長崎県諫早市有喜町151番地10 (電話) 0957－28－6330 (FAX) 0957－28－6331
事業所番号	4270401187
管理者の氏名	川口千草

3 共同生活介護の目的及び運営方針

(1)目的

認知症によって、自立した生活が困難になった入居者の方が、家庭的な環境のもとで、安心と尊厳ある生活を、送って頂き、その有する能力に応じ可能な限り自立して過ごされるよう支援いたします。

(2)運営方針

入居者の人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービス、必要とする適切なサービスを提供致します。

(3)その他

事項	内容
認知症対応型共同生活介護計画の作成及び事後評価	計画作成担当者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、介護従業者と協議の上、認知症対応型共同生活介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面(サービス報告書)に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	年2回以上、研修を行っています。

4 設備の概要

(1)構造等

敷　　地		560.72 ㎡
建 物	構　　造	軽量鉄骨造亜鉛メッキ銅版葺弐階建
	述 べ 床 面 積	195. 64㎡
	利 用 定 員	9名

(2)居室

居室の種類	室 数	面積(一人あたりの面積)	備 考
一 人 部 屋	9	83.85 ㎡(9.31 ㎡)	
二 人 部 屋	0	㎡(　　㎡)	

(3)主な設備

設 備	室 数	面積(一人あたりの面積)	備 考
居 間	1	39.50 ㎡(4.38 ㎡)	
台 所	1	9.32 ㎡	
浴 室	1	3.38 ㎡	

5 職員の体制

従業者の職種	人数(人)	区 分				常勤換算後の人数(人)	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			1	管理業務及び介護業務
計画作成担当者(介護支援専門員)	1		1			1	計画作成業務及び介護業務
介護従業者	7	5	2	2		9	介護業務

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管 理 者	月単位の変形労働時間制、(日勤)常勤で勤務	月単位の変形労働時間制
介護従事者	シフトによる	同上
計画作成担当者(介護支援専門員)	月単位の変形労働時間制、(日勤)常勤で勤務	同上

7 サービスの内容と費用

(1)介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

食事、掃除、その他の家事等について、介護従業者がお客様のお手伝いをします。

種　　類	内　　容
日常生活の援助	食事、掃除などの家事や入浴、排泄のお手伝いを行います。
レクリエーション等	皆で楽しみながら、簡単な体操等を取り入れたり、それぞれの方の趣味を生かした取り組みを行います。
相談及び援助	入所者とその家族からのご相談に応じます。

イ 費用

利用料金及利用者負担額は下記の通りです。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に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証を発行します。

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ときに必要となります。

【料金表】

介護度	利用料 (1 日あたり)	利用者負担額		
		1 割負担 の場合	2 割負担 の場合	3 割負担 の場合
要支援２	7,610 円	761 円	1,522 円	2,283 円
要介護１	7,650 円	765 円	1,530 円	2,295 円
要介護２	8,010 円	801 円	1,602 円	2,403 円
要介護３	8,240 円	824 円	1,648 円	2,472 円
要介護４	8,410 円	841 円	1,682 円	2,523 円
要介護５	8,590 円	859 円	1,718 円	2,577 円

項目		利用料	利用者負担額		
			1 割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
初期加算	・入居されてから30日以内の期間については、1日につき加算されます。 ・30 日を超える病院又は診療所への入院の後に再び入居した場合、入居されてから30日以内の期間については、1日につき加算されます。	300 円	30 円	60 円	90 円
退去時相談援助加算	退去時に厚生労働大臣が定める基準に適合した相談援助を行った場合に 1 回を限度として加算されます。	4,000 円	400 円	800 円	1200 円

退去時情報提供加算	医療機関へ退去するご入居者について、ご入居者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、1回を限度として加算されます。	2,500円	250円	500円	750円
サービス提供体制強化加算	介護福祉士や勤続年数、常勤職員の占める割合が厚生労働大臣の定める基準に適合する場合に加算Ⅰ～Ⅲのいずれかが1日につき加算されます。	加算Ⅰの場合 220円	22円	44円	66円
		加算Ⅱの場合 180円	18円	36円	54円
		加算Ⅲの場合 60円	6円	12円	18円
協力医療機関連携加算	協力医療機関との間で、ご入居者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催した場合に加算されます。 （協力医療機関の要件） ① 入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。 ② 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。	左記①②の要件を満たす場合 1,000円	100円	200円	300円
		左記①②の要件以外の場合 400円	40円	80円	120円

項目	内容
処遇改善加算	厚生労働大臣が定める基準に適合する場合、基本利用料と各種加算減算の合計に、下記の加算Ⅰ～Ⅳのいずれかが加算されます。 処遇改善加算Ⅰイ･･･21.0%　処遇改善加算Ⅰロ･･･22.8% 処遇改善加算Ⅱイ･･･20.2%　処遇改善加算Ⅱロ･･･22.0% 処遇改善加算Ⅲ･･･17.9% 処遇改善加算Ⅳ･･･14.9%

(2)介護保険給付対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

- ○ 紙おむつ代　（実費）
- ○ 病院受診料　（実費）
- ○ 理･美容代金　（実費）
- ○ 居室利用料　1,120円　/　日　※医療機関への入院及び外泊時も、居室料は頂きます。
- ○ 食費　1,570円　/　日　（朝　440円、昼　480円、夜　650円）
- ○ 光熱水費　400円　/　日
- ○ その他の費用

  食材料費その他認知症対応型共同生活介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

8 利用料等のお支払方法

毎月、10日までに「7 サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、15 日までに次ページ記載の口座に振り込み送金してお支払いください。

たちばな信用金庫有喜支店

普通預金口座 (口座番号 1516939)

口座名義 有限会社 ポラリス 代表取締役 草野太成

※入金確認後、領収証を発行します

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1)当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談(相談窓口)

サービスに対しての苦情やご意見、利用料のお支払いや手続き等、サービス利用に関するご相談、利用者の記録などの情報開示の請求は以下の窓口で受け付けます。

○ 相談窓口 【苦情受付窓口】 管理者 川口千草

○ 受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00

ご利用方法 電話番号(0957－28－6330)

面接(当事業所) 意見箱(2F 玄関に設置)

○ 苦情解決責任者 管理者 川口千草

(2)行政関係その他苦情受付機関

・諫早市役所介護保険課 電話番号 : 0957－22－1500

・長崎運営適正化委員会 電話番号 : 095－895－2431

・長崎県長寿社会課 電話番号 : 095－842－6410

10 高齢者虐待防止について

(1)当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のために次の措置を講ずるものとします。

① 虐待を予防するための従業者に対する研修の実施

② 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備

③ その他虐待防止のために必要な措置。

(2)当事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

(3)虐待防止の責任主体を明確にするため、虐待予防責任者を配置するものとし、虐待防止責任者は、管理者とします。

11 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「ポラリス 消防計画」にのっとり対応を行います。

<table>
<tr><td rowspan="6">避難訓練及び防災設備</td><td colspan="4">別途定める「ポラリス　消防計画」にのっとり年 2 回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居の方も参加して行います。</td></tr>
<tr><td>設備名称</td><td>個数等</td><td>設備名称</td><td>個数等</td></tr>
<tr><td>スプリンクラー</td><td>あり</td><td>防火扉・シャッター</td><td>なし</td></tr>
<tr><td>避難階段</td><td>なし</td><td>消火器</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>自動火災報知機</td><td>あり</td><td>ガス漏れ探知機</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>誘導灯</td><td>4 箇所</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">カーテン、布団等は防炎性能のあるものを使用しています。</td></tr>
<tr><td>消防計画等</td><td colspan="4">諫早消防署への届出日:平成 28 年 2 月 1 日
防火管理者:川口　千草</td></tr>
</table>

12 協力医療機関等

医療機関	病院名及び所在地	藤原医院 長崎県諫早市有喜町 257 番地 1
	電話番号	0957－28－2201
	診療科	内科　外科
	入院設備	なし
歯科	病院名及び所在地	デンタルクリニックオーラボーテ　エムズ 長崎県諫早市小川町 595-36
	電話番号	0957－46－5880
	入院設備	なし

13 夜間緊急時の対応機関

名称及び所在地	西諫早病院 長崎県諫早市貝津町3015
電話番号	0957－25－1150

14 住居の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	いつでもご自由に面会できます。申し出があれば、入居者と一緒にお食事できます。(一食 380 円) 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。 宿泊される時は宿泊代として 1,000 円頂きます(食事代別)
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行く先と帰宅日時を職員に申し出てください。
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ください。 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ください。

迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないでください。
所持金品の管理	所持金品は、職員が専用金庫にてお預かりします。
宗教活動・政治活動	住居内での他の入所者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	住居内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

15 第三者評価について

評価の実施	有
評価実施日	令和 7 年 10 月15 日実施
評価者	特定非営利活動法人 ローカルネット日本評価支援機構
評価結果の開示状況	「ワムネット」のサイトに表示

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、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しました。

令和　　年　　月　　日

事業者　　事業者（法人）名　有限会社 ポラリス
施　　設　　名　グループホーム イーハトーブ
（事業所番号）　4270401187
代表者名　　草野 太成　　印

説 明 者　　職　名　　管理者

氏　名　　川口千草　　印

私は、重要事項説明書に基づいて、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同意し、交付を受けました。

令和　年　月　日

利用者　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（ご家族・身元引受人）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【続柄】＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿