

# 重要事項説明書 【契約書別紙】

＜令和7年12月1日現在＞

## 1. ホームの設置法人

- |           |                    |
|-----------|--------------------|
| (1) 名 称   | 社会福祉法人 赤碕福祉会       |
| (2) 所 在 地 | 鳥取県東伯郡琴浦町赤碕1061番地3 |
| (3) 電話番号  | (0858) 55-2051     |
| (4) 代 表 者 | 理事長 野 間 田 節 雄      |
| (5) 設立年月  | 平成3年7月             |

## 2. ホームの概要

- |              |   |
|--------------|---|
| (1) ホームの種類   | 認知症対応型共同生活介護事業所<br>介護予防認知症対応型共同生活介護事業所<br>平成18年6月21日指定（介護保険指定番号 3191400021）   |
| (2) ホームの目的   | 介護保険法令に基づき、利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、利用者に認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。   |
| (3) ホームの名称   | グループホーム きらり   |
| (4) ホームの所在地  | 鳥取県東伯郡琴浦町大字赤碕字きらり2540番地5  |
| (5) 電 話 番 号  | (0858) 55-5501  |
| (6) 管 理 者    | 澤 田 真 穂 子   |
| (7) ホームの運営方針 | 当事業所は、利用者に対して、介護計画に基づき、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護、日常生活上の世話、日常生活の中での機能回復訓練、相談、援助等の介護サービスを提供することにより、利用者の認知症の進行の緩和と、その有する能力に応じ自立した生活が営むことができるよう、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った介護の提供に努める。 |
| (8) 開 設 年 月  | 平成18年7月   |
| (9) 入 所 定 員  | 18名   |
| (10) 周 辺 環 境 | 大山を南に望み、近くに桜の名所のある風光明媚な日本海沿岸の農漁業の町、山陰自動車道のインターチェンジの近くにあり、交通の便は非常に良いところです。   |
| (11) 同法人実施事業 | 鳥取県知事の指定を受けて、介護老人福祉施設、居宅介護支援事業、通所介護サービス、訪問介護サービス、短期入所老人生活介護サービスも行っています。   |

### 3. 提供するサービスに関する相談窓口

電 話 (0858) 55-5501 (午前9時～午後5時)  
担 当 澤 田 真 穂 子

### 4. 居室等の概要

居室は全室個室で、押入、洗面手洗が整備されております。

居室・設備の種類	室 数	備 考
個室（1人部屋）	18室	
居間・食堂・台所	2室	同一場所
浴 室	2室	家庭浴槽

※ 上記は、厚生省が定める基準により、認知症対応型共同生活介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。

☆居室の変更・利用契約者及び利用者から居室の変更希望の申出があった場合は、居室の空き状況によりホームでその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、利用契約者と協議のうえ決定するものとします。

☆居室に関する特記事項 トイレは居室外に6か所あります。

### 5. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して認知症対応型共同生活介護サービスを提供する職員として、以下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	常 勤 換 算	指 定 基 準
1. 管理者	1名	1名
2. 計画作成担当者	2名	2名
3. 介護従事者	13名	

### 6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

また、当事業所が提供するサービスについて

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合  
(2) 利用料金の全額を契約者に負担いただく場合

があります。

○介護保険の給付の対象となるサービス

次の各号のサービス等を受けることができます。ただし、それらのサービスは、サービス毎に区分することなく、全体を包括して提供されます。

- 一 入浴、排泄、食事、着替等の介護
- 二 日常生活上の世話

### 三 日常生活の中での機能回復訓練

### 四 相談、援助

#### <サービスの概要>

##### ①食事（但し、食材料費は別途いただきます。）

- ・当事業所では、利用者を主体とし、当法人の栄養士の助言も含めた、栄養並びに利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。
  - ・利用者の自立支援のための食事は、利用者と介護従業者が共同で行うことを原則とします。
- （食事時間）

朝 食 7：00

昼 食 11：30

夕 食 17：00

##### ②入浴

- ・入浴は週2回以上行います。

##### ③排泄

- ・排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

##### ④機能回復訓練

- ・利用者の心身等の状況に応じて、家事、軽作業、レクリエーション等を行うことで、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

##### ⑤相談、援助

- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うように配慮し、清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう自立への相談、援助を行います。

##### ⑥看取り（ターミナルケア）

- ・利用者と家族の思いに沿ったターミナルケアが可能となるよう、主治医との密な協働で適切な支援を行います。

#### <サービス利用料金（1日あたり）>

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該認知症対応型共同生活介護が法廷代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定しています。

○介護報酬告示額…別紙

○介護保険の給付対象とならないサービス…別紙

#### （1）利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求します。

##### 支払方法

利用料金は、月ごとの精算とし毎月10日までに前月分の請求をいたします。

お支払いの方法は、金融機関、口座自動引き落としとしております。

口座引き落とし日は、毎月15日となっております。

##### 金融機関名

山陰合同銀行・鳥取銀行・各農協・倉吉信用金庫・鳥取信用金庫・米子信用金庫

## 7. 入退所の手続き

### (1) 入所の手続き

- ア ご来所又はお電話ください。居室に空きがあれば入所いただけます。  
入所と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。  
(ア) 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に、その介護支援専門員とご相談ください。
- イ 入所時に必要な書類等  
所定の健康診断書、介護保険証、健康保険証、印鑑等

### (2) 退所の手続き

- ア 利用者の都合で退所される時  
退所を希望する30日前までに文書をもってお申し出ください。
- イ 自動終了  
以下の場合には、双方の通知がなくても、自動的にサービスの提供を終了します。  
(ア) 利用者が他の介護保険施設に入所したとき  
(イ) 介護保険給付でサービスを受けていた場合に要介護認定区分が非該当又は要支援1と認定されたとき  
(ウ) 利用者が死亡したとき  
死亡退所時に特別の援助を要する方は、事前に文書によりお申し出ください。  
利用者がすでに判断能力を欠いている場合には、入所以前に入所者と生計を一にしていた家族、法定相続人、成年後見人等この契約の代理人となる方の希望を文書によってお申し出ください。  
(エ) 利用基準に満たない場合

## 8. 入居中の医療の提供について

利用者が病気または負傷等により検査や治療が必要となった場合、その他必要と認めた場合は、利用者は、下記協力医療機関において診療や治療を受けることができます。（但し、下記協力医療機関での優先的な診療・治療を保証するものではありません。また、下記協力医療機関での診療・治療を義務づけるものでもありません）

### ① 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団 赤碕診療所
所在地	鳥取県東伯郡琴浦町赤碕1920-74
診療科	内科・外科

医療機関の名称	医療法人社団 赤碕内科・外科クリニック
所在地	鳥取県東伯郡琴浦町赤碕1848
診療科	内科・外科

医療機関の名称	医療法人社団 岡田医院
所在地	鳥取県東伯郡琴浦町徳万 1 7 6 - 2
診療科	内科・外科

医療機関の名称	医療法人社団 くにとけ歯科クリニック
所在地	鳥取県東伯郡琴浦町八橋 7 9 - 9
診療科	歯科

## 9. ホームにあたっての留意事項

### (1) 持ち込みの制限

- ア 現金、宝石その他の貴重品は、なるべく持ち込まないでください。貴重品その他の所持品を持ち込まれるときは、原則として自己管理となります。但し、所定の手続きを経て管理者に保管を申し出られた場合には、管理者は、所定の期間保管します。
- イ ペットの持ち込み、飼育は固くお断りします。

### (2) 面会

- ア 面会時間は午前 7 時から午後 9 時までです。
- イ 来訪者持参し、摂取された飲食物によって引き起こされた事故については責任を負いかねます。事前に必ず摂取の可否を介護職員にお尋ねください。
- ウ 利用者の居室に親族が宿泊できます。

### (3) 外出・外泊

- ア 外出・外泊を希望される場合は、必ず前日までにお申し出ください。
- イ 外出・外泊される場合は、外出・外泊届出書をご提出ください。  
外泊された場合、家賃はご負担いただきます。

### (4) 食事

食事が不要の場合は、前日までにお申し出ください。前日までにお申し出があった場合には、その食事に係る自己負担額は減免されます。

### (5) 飲酒、喫煙

施設内の定められた場所以外での飲酒及び喫煙はお断りします。

## 10. 緊急時の連絡

利用者の容態に急変があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講じるとともに、ここに届けられたご家族等にも速やかに連絡します。

緊急連絡先

①	氏 名
	住 所
	電話番号
	続 柄
②	氏 名
	住 所
	電話番号
	続 柄
③	氏 名
	住 所
	電話番号
	続 柄

## 1 1. 非常災害対策について

防災時の対応・・・非常時マニュアルに従って琴浦消防署、琴浦大山警察署に通報するとともに、緊急連絡網により全職員を召集して、直ちに自衛消防組織を始動させます。

防災設備・・・・・・警報装置、スプリンクラー、消火栓、消防署への緊急通報システムを完備しています。いずれも定期点検を行っております。

防災訓練・・・・・・職員による防災訓練は年4回行っておりますが、いずれも琴浦消防署指導のもとに、職員全員参加による総合防災訓練、夜間総合防災訓練を実施しています。

防災責任者・・・・・澤 田 真 穂 子 （防火管理者）

## 1 2. 遺体及び遺留金品の引渡し

利用者の死亡によって契約が自動終了した場合に備え、ご遺体及び遺留金品等を代表して引き受けていただく方について、利用者及びその家族等と事業者とが協議し、当該引受人の同意を得て、下記のとおり決定しました（引受人の自書押印）。

なお、当該引き受けに係る費用は、利用者又は代表引受人の負担とします。

私は、利用者の遺体及び遺留金品について、その家族等を代表して引き受けます。

利用者との続柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

以上の事実相違ありません。

代表引受人署名 \_\_\_\_\_ 印

＊この契約締結時までに、上記引受人がさだめられていない場合であっても、この契約を結ぶことは可能です。

### 1 3．損害賠償責任

事業者は、利用者に対する損害賠償責任を明確にするため、「社会福祉施設総合賠償補償共済制度」に加入し、株式会社損害保険ジャパンと契約しています。

### 1 4．サービス内容に関する要望、苦情

#### ① このホームにおける窓口

☆ 担当者 澤田 真穂子

☆ 受付時間 午前9時～午後5時

☆ 電話番号 (0858) 55-5501

☆ FAX番号 (0858) 55-5502

★ 事務室窓口に苦情受付ポストを設置しています。

#### ② その他

市町村の介護保険担当窓口、鳥取県国民健康保険団体連合会  
鳥取県社会福祉協議会でも受け付けます。

★琴浦町介護保険係

電話番号 (0858) 52-1716

★鳥取県国民健康保険団体連合会

電話番号 (0857) 20-2100

★鳥取県社会福祉協議会

電話番号 (0857) 59-6335

#### 15. 第三者評価の状況

(1) 実施の有無 無

(2) 実施直近日

(3) 評価機関

(4) 評価結果の開示状況 ホームページ <http://www.hyakujyuen.jp/>

#### 16. 虐待防止に関する事項

1. 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

2. 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する。



令和 年 月 日

認知症介護サービスの提供に際し、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

説明者

事業所 所在地 鳥取県東伯郡琴浦町大字赤碕字きらり 2 5 4 0 番地 5

名 称 グループホーム きらり

職・氏名 管理者 澤 田 真 穂 子 ㊞

説 明 者 ㊞

私は、契約書及び本書面により、事業者から重要事項の説明を受け、指定サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住 所

氏 名 ㊞

利用者の代理人

利用者との続柄

住 所

氏 名 ㊞