

# 重要事項説明書

認知症対応型共同生活介護  
介護予防認知症対応型共同生活介護

社会福祉法人光志福祉会  
ネムの木グループホーム丸亀

### 1. 事業者

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| 事業者の名称  | 社会福祉法人 光志福祉会            |
| 事業者の所在地 | 香川県丸亀市川西町南 2 5 8 - 1    |
| 法人種別    | 社会福祉法人                  |
| 代表者名    | 喜井 規光                   |
| 電話番号    | 0 8 7 7 - 5 8 - 7 7 0 7 |

### 2 当(介護予防)認知症対応型共同生活介護の概要

|          |                         |
|----------|-------------------------|
| 施設の名称    | ネムの木グループホーム丸亀           |
| 施設の所在地   | 香川県丸亀市川西町南甲 2 2 0 - 1   |
| 管理者名     | 安藤 純子                   |
| 電話番号     | 0 8 7 7 - 8 5 - 5 5 1 0 |
| ファクシミリ番号 | 0 8 7 5 - 8 5 - 5 5 0 6 |

### 3 事業の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                                                                      |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | <p>ネムの木グループホーム丸亀が行う事業は、要支援 2 及び要介護者であって認知症の状態にあるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じた自立した生活を営むことができるように支援することを目的とする。</p> |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設運営の方針 | <p>①事業所は、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、住み慣れた地域で安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ支援する。</p> <p>②事業所は、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活が送ることができるよう配慮する。</p> <p>③事業所は、利用者の人格を尊重しその人らしさを支え、穏やかで楽しみのある暮らしが続けられるよう支援する。</p> <p>④共同生活住居における従事者は、指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスの提供に当たっては懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族や代理人に対し、サービスの提供方法について理解しやすいように説明を行う。</p> <p>⑤事業所自ら、その提供するサービスの質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図り良質なサービスの水準を確保する。</p> |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 4 施設の概要

##### (1) 敷地および建物

|    |           |                            |
|----|-----------|----------------------------|
| 敷地 |           | 1 9 0 7 m <sup>2</sup>     |
| 建物 | 構 造       | 木造（在来工法）                   |
|    | 延 べ 床 面 積 | 5 3 6 . 3 0 m <sup>2</sup> |
|    | 利 用 定 員   | 1 8 名                      |

##### (2) 主な設備

###### 1 階（1 丁目）

| 設備の種類    | 数           | 面積                                       | 1 人当りの面積            |
|----------|-------------|------------------------------------------|---------------------|
| 居室       | 9 室（定員 1 名） | 89.43 m <sup>2</sup>                     | 9.93 m <sup>2</sup> |
| 便所       | 2 箇所        | 3.31 m <sup>2</sup> 、4.97 m <sup>2</sup> |                     |
| 浴室       | 1 箇所        | 3.31 m <sup>2</sup>                      |                     |
| 台所・食堂・居間 | 1 箇所        | 57.14 m <sup>2</sup>                     |                     |
| 洗濯室      | 1 箇所        | 6.29 m <sup>2</sup>                      |                     |

###### 1 階（2 丁目）

| 設備の種類    | 数           | 面積                                       | 1 人当りの面積            |
|----------|-------------|------------------------------------------|---------------------|
| 居室       | 9 室（定員 1 名） | 89.43 m <sup>2</sup>                     | 9.93 m <sup>2</sup> |
| 便所       | 2 箇所        | 3.31 m <sup>2</sup> 、4.97 m <sup>2</sup> |                     |
| 浴室       | 1 箇所        | 3.31 m <sup>2</sup>                      |                     |
| 台所・食堂・居間 | 1 箇所        | 67.08 m <sup>2</sup>                     |                     |
| 洗濯室      | 1 箇所        | 6.29 m <sup>2</sup>                      |                     |

#### 5 職員体制（主たる職員）

| 従業者の職種  | 員数  | 区 分    |        |        |        | 保 有 資 格       |
|---------|-----|--------|--------|--------|--------|---------------|
|         |     | 常勤     |        | 非常勤    |        |               |
|         |     | 専<br>従 | 兼<br>務 | 専<br>従 | 兼<br>務 |               |
| 管 理 者   | 1   | 1      |        |        |        | 介護支援専門員、介護福祉士 |
| 介 護 職 員 | 1 4 | 1 1    | 1      | 2      | 1      | 介護福祉士等        |
| 看 護 職 員 | 1   |        |        | 1      |        | 准看護師          |
| 計画作成担当者 | 2   |        | 1      |        | 1      | 介護支援専門員       |

#### 6 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤 務 体 制                | 休 暇  |
|--------|------------------------|------|
| 管 理 者  | 勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務 | 週休2日 |

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 介 護 職 員 | <p>1 丁目勤務体制</p> <p>日勤（ 8：30～17：30 ）</p> <p>早出（ 7：30～16：30 ）</p> <p>遅出（ 9：00～18：00 ）</p> <p>夜勤（16：00～10：00 ）</p> <p>2 丁目勤務体制</p> <p>日勤（ 8：30～17：30 ）</p> <p>早出（ 7：30～16：30 ）</p> <p>遅出（ 9：00～18：00 ）</p> <p>夜勤（16：00～10：00 ）</p> <p>昼間（ 7：00～21：00 ）は、原則として職員 3 名あたりで、入居者 9 名のお世話をします。</p> <p>夜間（ 21：00～ 7：00 ）は、原則として職員 2 名で、入居者 18 名のお世話をします。</p> | 週 40 時間勤務となるよう調整    |
| 計画作成担当者 | 勤務時間帯（8：30～17：30）<br>常勤で勤務                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 土・日・祝日<br>又は週 40 時間 |

## 7 営業日

|       |         |
|-------|---------|
| 営 業 日 | 年 中 無 休 |
|-------|---------|

## 8 施設サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

| 種 類       | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 利 用 料                                                                                                                      |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事 の 介 助 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養士等の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。（ただし、食材料費は給付対象外です。）</li> <li>・本人の希望や体調にあわせて、時間の変更をしたり場所を選べます。</li> <li>・利用者と職員ができる限りの範囲で食事の準備・後片付けを行い、役割や生きがい・充実感や達成感を持って生活していくことができるよう支援していきます。</li> </ul> <p>（食事時間）</p> <p>朝食 7：30～ 8：30</p> <p>昼食 12：00～13：00</p> <p>夕食 17：00～18：00</p> | <p>介護報酬の告示上の額</p> <p>（ただし、法定代理受領の場合は地域密着型介護（介護予防）サービス基準額の1割又は2割又は3割相当。</p> <p>法定代理受領でない場合は、地域密着型介護（介護予防）サービス基準額相当額です。）</p> |
| 排泄の介助     | ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            |
| 入浴の介助     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則、週2回以上の入浴、または清拭を行います。</li> <li>・利用者の状況に応じて適切な入浴介助を行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                            |

|               |                                                                                                                                                                           |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 着 替 え 等 の 介 助 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>・毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。</li> <li>・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。</li> <li>・清潔な寝具を提供します。</li> </ul> |
| 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。                                                                                                                                    |
| 健 康 管 理       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。ご家族の到着まで職員が付き添います。</li> <li>・定期受診については、原則ご家族でお願いします。</li> </ul>                             |
| 金 銭 管 理       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則、金銭・貴重品のお持込はご遠慮願います。<br/>(紛失した場合の責任は負えません)</li> </ul>                                                                           |
| 行 政 手 続 き 代 行 | ・行政機関への手続きが必要な場合は、利用者や代理人の状況によっては代行します。                                                                                                                                   |
| 相 談 お よ び 援 助 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者及び代理人からの相談について、誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。</li> </ul> (相談窓口) 安藤 純子                                                           |

## 9 利用料及びその他の費用

### (1) 介護保険一部負担金

| 要介護状態区分 | 1日当たりの<br>利用料金 |      | 1日当たりの<br>自己負担金 | 1ヶ月(30日)の<br>自己負担金 |
|---------|----------------|------|-----------------|--------------------|
| 要支援2    | 749 単位         | 1割負担 | 749 円           | 22,470 円           |
|         |                | 2割負担 | 1,498 円         | 44,940 円           |
|         |                | 3割負担 | 2,247 円         | 67,410 円           |
| 要介護1    | 753 単位         | 1割負担 | 753 円           | 22,590 円           |
|         |                | 2割負担 | 1,506 円         | 45,180 円           |
|         |                | 3割負担 | 2,259 円         | 67,770 円           |
| 要介護2    | 788 単位         | 1割負担 | 788 円           | 23,640 円           |
|         |                | 2割負担 | 1,576 円         | 47,280 円           |
|         |                | 3割負担 | 2,364 円         | 70,920 円           |
| 要介護3    | 812 単位         | 1割負担 | 812 円           | 24,360 円           |
|         |                | 2割負担 | 1,624 円         | 48,720 円           |
|         |                | 3割負担 | 2,436 円         | 73,080 円           |
| 要介護4    | 828 単位         | 1割負担 | 828 円           | 24,840 円           |
|         |                | 2割負担 | 1,656 円         | 49,680 円           |
|         |                | 3割負担 | 2,484 円         | 74,520 円           |

|       |        |       |         |          |
|-------|--------|-------|---------|----------|
| 要介護 5 | 845 単位 | 1 割負担 | 845 円   | 25,350 円 |
|       |        | 2 割負担 | 1,690 円 | 50,700 円 |
|       |        | 3 割負担 | 2,535 円 | 76,050 円 |

(2) 各種加算

|                | 1 日あたりの<br>利用料金 | 介護保険適用の 1 日あたりの自己負担額      |         |         |
|----------------|-----------------|---------------------------|---------|---------|
|                |                 | 1 割負担                     | 2 割負担   | 3 割負担   |
| サービス提供体制加算 (Ⅲ) | 6 単位            | 6 円/日                     | 12 円/日  | 18 円/日  |
| 医療連携加算 (Ⅰハ)    | 37 単位           | 37 円/日                    | 74 円/日  | 111 円/日 |
| 初期加算           | 30 単位           | 30 円/日                    | 60 円/日  | 90 円/日  |
| 入院時費用          | 246 単位          | 246 円/日                   | 492 円/日 | 738 円/日 |
| 科学的介護推進体制加算    | 1 月あたり<br>40 単位 | 40 円/月                    | 80 円/月  | 120 円/月 |
| 協力医療機関連携体制加算   | 100 単位          | 100 円/月                   | 200 円/月 | 300 円/月 |
| 生産性向上体制加算 (Ⅱ)  | 10 単位           | 10 円/月                    | 20 円/月  | 30 円/月  |
| 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) |                 | 介護報酬総単位数×サービス別加算率 (17.8%) |         |         |

(3) 介護保険給付外サービス

|      |                              |             |          |
|------|------------------------------|-------------|----------|
| 家賃   | 1 日 1,800 円                  | 1 ヶ月 (30 日) | 54,000 円 |
| 食材料費 | 1 日 1,300 円                  | 1 ヶ月 (30 日) | 39,000 円 |
|      | (朝食 360 円、昼食 500 円、夕食 440 円) |             |          |
| 管理費  | 1 日 1,000 円                  | 1 ヶ月 (30 日) | 30,000 円 |

※寝具リース代は管理費に含まれています。

※理美容代、おむつ代、日用品費、介護保険外でのサービス費は利用者負担になります。

※電気製品を持ち込む場合には一部の電気製品について料金を負担して頂きます。

冷蔵庫 (備付以外) 42 円/日。テレビ・扇風機・電気あんか・電気毛布・加湿器等 21 円/日。

ラジオ・CD ラジカセ・電気髭剃り等に負担はありません。

※くもん学習療法として、2,200 円/月。

10 料金の支払い方法

原則、自動口座引落しをお願いします。

1 ヶ月ごとに計算して、翌月 10 日までに請求書を送付します。支払い方法は、原則自動引落としとさせていただきます。特別な理由がない限り、翌々月の 10 日までにご入金下さい。

金融機関口座からの自動引落し  
ご利用できる金融機関：全ての金融機関  
自動引落し：翌々月の 10 日

## 1 1 サービスについて意見・要望・苦情等申立先

|                   |                                                                                             |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当グループホームの<br>苦情対応 | ご利用方法<br>・電話 0877-85-5510<br>・面接 相談室<br>・苦情箱（玄関に設置）<br>担当者 安藤 純子<br>ご利用時間 毎日午前8時30分～午後5時30分 |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

|          |                                 |
|----------|---------------------------------|
| 丸亀市      | 健康福祉部 高齢者支援課<br>電話 0877-24-8831 |
| 香川県国保連合会 | 介護サービス苦情窓口<br>電話 087-822-7435   |

## 1 2 事故（苦情）発生時の対応

|                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に対する共同生活介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族、当該利用者に関する居宅支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとする。</li> <li>・利用者に対する共同生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって対応し、損害賠償を行うものとする。</li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 1 3 協力医療機関

|         |                    |
|---------|--------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人社団里仁会 瀬戸内クリニック |
| 院長名     | 真鍋 后輝              |
| 所在地     | 香川県丸亀市川西町北188-1    |
| 電話番号    | 0877-28-1511       |
| 診療科     | 循環器科・内科            |
| 入院設備    | なし                 |

## 1 4 協力歯科医療機関

|         |                  |
|---------|------------------|
| 医療機関の名称 | いわた歯科クリニック       |
| 院長名     | 岩田 和久            |
| 所在地     | 香川県坂出市旭町1丁目1番17号 |
| 電話番号    | 0877-46-5026     |
| 診療科     | 歯科・矯正歯科・歯科口腔外科   |

## 1 5 当グループホームご利用の際に留意いただく事項

|         |                                                                                     |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 来訪 ・ 面会 | 来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。<br>来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。<br>又、ご家族の定期的な面会を希望します。 |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|

|             |                                                                            |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 外出 ・ 外泊     | 外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。<br>お盆、お正月には、可能であれば、外泊にご協力お願いします。           |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。<br>これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。 |
| 喫煙 ・ 飲酒     | 喫煙はご遠慮下さい。<br>飲酒は、日常生活に支障がない程度にかぎります。                                      |
| 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願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。                 |
| 宗教活動・政治活動   | 施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。                                          |
| 動物飼育        | 施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。                                                 |

（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基  
づき、重要な事項を説明しました。

\_\_\_\_\_  
様

説明年月日      令和      年      月      日

説明者署名      \_\_\_\_\_

私（                                      ）は、本書面に基づいて  
（職名\_\_\_\_\_氏名\_\_\_\_\_）から（介護予防）認知症対応型共同生活介  
護についての重要な事項の説明を受けました。