

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 円座

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 円座
施設の所在地	香川県高松市円座町字西村 94 番 1
管理者名	入谷 晴美・兜 江津子
電話番号	0 8 7 - 8 1 5 - 7 7 1 1
ファクシミリ番号	0 8 7 - 8 1 5 - 7 7 1 2

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	ネムの木 グループホーム 円座が行う事業は、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。
施設運営の方針	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。 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。 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。 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。 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。

4 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地		2 1 4 7, 1 1 m ²
建物	構 造	1 階鉄筋コンクリート造 ・ 2 階木造
	延 べ 床 面 積	9 8 2, 0 5 m ²
	利 用 定 員	1 8 名

(2) 主な設備

2 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）	71.28 m ²	7.92 m ²
トイレ	2 箇所	2.40 m ²	
浴室	1 箇所	2.56 m ²	
台所・食堂・居間	1 箇所	41.00 m ²	
洗濯室	1 箇所	5.07 m ²	

2 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）	71.28 m ²	7.92 m ²
トイレ	2 箇所	2.40 m ²	
浴室	1 箇所	2.56 m ²	
台所・食堂・居間	1 箇所	42.63 m ²	
洗濯室	1 箇所	5.00 m ²	

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 従	兼 務	専 従	兼 務	
管 理 者	2		2			介護支援専門員、介護福祉士
介 護 職 員	22	10	4	7	1	介護福祉士等
看護職員	2				2	看護師、准看護師
計画作成担当者	2		2			介護支援専門員等

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	1丁目勤務体制 日勤（ 8：30～17：30 ） 早出（ 7：30～16：30 ） 遅出（ 9：00～18：00 ） 夜勤（17：00～ 9：00 ） 2丁目勤務体制 日勤（ 8：30～17：30 ） 早出（ 7：30～16：30 ） 遅出（ 9：00～18：00 ） 夜勤（17：00～ 9：00 ） 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。 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。	週休2日程度 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）常勤で勤務	週休2日

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
食事の介助	・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。） ・本人の希望や体調にあわせて、時間の変更や場所を選択できます。 ・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。 （食事時間） 朝食 7：30～ 8：30 昼食 12：00～13：00 夕食 17：00～18：00
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適切な援助を行います。
入浴の介助	・原則、週2回以上の入浴、または清拭を行います。 ・利用者の状況に応じて適切な入浴介助を行います。

着替え等の 介助	・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・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。 ・清潔な寝具を提供します。
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	・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。 ・定期受診については、原則ご家族でお願いします。
金 銭 管 理	・原則、金銭・貴重品のお持込はご遠慮願います。 (紛失した場合の責任は負えません)
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	・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。 (相談窓口) 入谷 晴美・白崎 千栄美
利用料	・介護報酬の告示上の額 (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。 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。)

9 利用料及びその他の費用

(1) 介護保険費用

要介護状態区分	1日あたりの 単位数	介護保険適用の自己負担額			
			1割負担	2割負担	3割負担
要支援2	749単位	1日あたり	760円	1,519円	2,279円
		1月(30日)	22,785円	45,569円	68,354円
要介護1	753単位	1日あたり	764円	1,527円	2,291円
		1月(30日)	22,907円	45,813円	68,719円
要介護2	788単位	1日あたり	799円	1,598円	2,397円
		1月(30日)	23,971円	47,942円	71,913円
要介護3	812単位	1日あたり	824円	1,647円	2,470円
		1月(30日)	24,701円	49,402円	74,103円

要介護 4	828 単位	1 日あたり	1,039 円	1,679 円	2,519 円
		1 月（30 日）	25,188 円	50,376 円	75,564 円
要介護 5	845 単位	1 日あたり	857 円	1,714 円	2,571 円
		1 月（30 日）	25,705 円	51,410 円	77,115 円

(2) 各種加算

	単位数	介護保険適用の自己負担額		
		1 割負担	2 割負担	3 割負担
認知症対応型初期加算 ※30 日まで	30 単位/日	31 円	61 円	92 円
認知症対応型医療連携体制加算Ⅰハ	37 単位/日	38 円	75 円	113 円
協力医療機関連携体制加算	40 単位/月	41 円	81 円	122 円
退去時情報提供加算	250 単位/回	254 円	507 円	761 円
生産性向上体制加算Ⅱ	10 単位/月	11 円	21 円	31 円
認知症対応サービス提供体制加算Ⅲ	6 単位/日	6 円	12 円	18 円
認知症対応型処遇改善加算Ⅱ	介護報酬総単位数×サービス別加算率（17.4%）			
認知症対応型科学的介護推進体制加算	40 単位/月	41 円	81 円	122 円

※上記（1）（2）について

高松市は地域区分が「7 級地」である為、上記の単位数の 10.14 円を乗じた金額の 1 割又は 2 割又は 3 割が自己負担となります。

※認知症対応型初期加算については、入居後 30 日間のみ加算されます。

(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 1,260 円	1 ヶ月（30 日）	37,800 円
管理費	1 日 900 円	1 ヶ月（30 日）	27,000 円

※食材料費（朝 360 円、昼 500 円、夜 400 円）

※管理費の内容

水道、ガス、光熱費 300 円/1 日

エレベーター、保守点検、ワックス、空調などの共有部分の維持…600 円/1 日

※理美容代、おむつ代、外食費用、レク費、医療費、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。

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 日以降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 苦情対応	ご利用方法 ・電話 087-815-7711 ・面接 2階の窓口 ・苦情箱（2階窓口に設置） 担当者 入谷 晴美 ご利用時間 毎日午前8時30分～午後5時30分
高松市	健康福祉部 介護保険係 電話 087-839-2326
香川県国保連合会	介護サービス苦情窓口 電話 087-822-7435

1.2 事故（苦情）発生時の対応

・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。 ・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。
--

1.3 協力医療機関

No.	医療機関の名称	院長名	所在地	電話番号	入院設備の有無
	診療科				
1	綾川町国民健康保険 陶病院	大原 昌樹	<u>綾歌郡綾川町陶 1720 番地 1</u>	087-876-1185	あり
	内科、皮膚科、泌尿器科				
2	菅循環器内科 クリニック	菅 敬彦 (理事長)	<u>高松市中間町 40 番地 1</u>	087-885-5100	なし
	循環器内科				
3	医療法人社団 牛山クリニック	牛山 貴文 (理事長)	<u>高松市檀紙町 68 番地 1</u>	087-886-0119	なし
	外科、内科、消化器内科				

1 4 協力歯科医療機関

No.	医療機関の名称	院長名	所在地	電話番号	入院設備の有無
	診療科				
1	鳥かい歯科医院	鳥養 弘一	香川県高松市檀紙町 1514 番地 1	087-885-2525	-
	歯科				

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。 来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。 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。 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。 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。 飲酒は、日常生活に支障がない程度にかぎりします。
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。

1 6 災害、非常時への対応

- (1) 当事業所は、消防法令に基づき、防火管理者を選任し、消火設備、非常設備等、災害・非常時に備えて必要な設備を設けています。
- (2) 当事業所は、消防法令に基づき、消防計画をたて、職員及び利用者が参加する消火、通報及び避難訓練を原則として少なくとも年 2 回は実施しています。
- (3) 非常災害に備え、定期的に地域の協力機関等と連携を図り、避難訓練を実施します。

1 7 その他運営に関する留意事項

- (1) 当事業所は、厚生労働省が定める事業者にかかる情報の開示を法人・施設のホームページ等において行っています。
- (2) 従事者の質的向上を図るため研修の機会を設け、業務体制を整備しています。
 - ・採用時研修 採用後 6 か月以内
 - ・継続研修 随時
- (3) 当事業所はこの事業を行うため、ケース記録、利用者負担金収納簿、その他必要な記録、帳簿を整備しています。
- (4) 運営に関する重要事項は社会福祉法人光志福祉会と事業所の管理者との協議に基づき定めるものとします。

(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。