

グループホームおひさま重要事項説明書

(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)

介護サービス提供開始にあたり、当事業所は下記の事項を説明させていただきます。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人さんよう
事業者の所在地	福山市草戸町五丁目8番24号
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 辰川 和美
電話番号	(084) 973-9911

2 事業所

事業所の名称	グループホームおひさま
事業所の所在地	福山市地吹町13番28号
管理者名 (ホーム長)	村上 里江
電話番号	(084) 959-3441
FAX 番号	(084) 959-3454
福山市の指定番号	3491502088

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的と運営の方針	利用者に対し、共同生活住居において家庭的な環境のもとで、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう共同生活介護サービスを提供する。
-------------	-------------------------------------------------------------------------------

4 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷地	1,331.38 m ²
構造	木造平屋
延べ床面積	691.36 m ²
利用定員	27名 (3ユニット)

(2) 主な設備

共同生活室・居間・食堂	3ヶ所
介護浴室	1ヶ所

個浴	2ヶ所
洗濯・脱衣室	3ヶ所
車いすトイレ	4ヶ所
トイレ	4ヶ所
居室	27室（全室個室）

5 職員の配置体制

管理者（ホーム長）	1名
計画作成担当者	1名以上
介護職員	15名以上
看護職員	訪問看護ステーション山陽と連携

6 職員の勤務体制

介護職員	・早出① 7時30分～16時30分
	・早出② 8時00分～17時00分
	・日勤 8時30分～17時30分
	・遅出① 10時00分～19時00分
	・遅出② 11時00分～20時00分
	・夜勤 16時30分～9時30分

7 利用者の条件

利用者の条件	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険の要介護認定で要介護または、要支援2、かつ主治医の診断書などで「認知症である」と認定されている方。 ・常時または随時、身の回りのお世話や見守りが必要な方。 ・既定の利用料の支払いが可能な方。 ・公的な医療保険に加入されている方。 ・公的な介護保険に加入されている方。 ・福山市内に住所（住民票）を要する方。 ・当ホームの利用契約書・利用規定等をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方。
利用をお断りする 場合	<p>以下の各項に該当する場合は利用をお断りする場合があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関への恒常的な入院治療を要するなど、当ホームにおいて適切な介護サービスの提供が困難な方。 ・暴力を振るうなど、他の人に害を及ぼす恐れのある方。 ・感染症などを有し、他の利用者に感染させる恐れのある方。 ・そのほか、当ホームでの共同生活に馴染まないと思われる方。

8 施設サービスの概要

介護保険給付サービス

食事、その他の家事介助	利用者の食事、その他の家事などは、原則として利用者と介護従事者が共同で行う。 (ただし、食材料費は給付対象外です。)
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。 (オムツ使用料は給付対象外です。)
入浴の介助	個々の利用者の入浴週間をふまえた上で、ゆっくりと入浴することができるよう配慮します。寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
着替えなどの介助	生活のリズムを考えて、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。
機能訓練(生活リハビリ)	利用者の状況に適合した援助を行い、生活機能の維持・改善に努めます。利用者の趣味または嗜好に応じた活動が行われるよう支援します。利用者がそれぞれの役割をもって日常生活を送ることができるよう配慮します。 ホーム内でのリハビリ ・家事作業(料理・洗濯物たたみ・掃除などの家事手伝い) ・歌、手遊び、ゲーム ・音楽療法、園芸療法、運動療法、散歩など
健康管理	看護職員により、健康管理に努めます。 また、緊急など必要な場合には協力医療機関に責任を持って引き継ぎます。
相談および援助	利用者およびその家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

9 利用料

■認知症対応型共同生活介護費(Ⅱ)(1日につき)

要介護度	基本単位	1日の料金	自費負担	1割負担	2割負担	3割負担
要支援2	749単位	7,490円	749円	1,498円	2,247円	
要介護1	753単位	7,530円	753円	1,506円	2,259円	
要介護2	788単位	7,880円	788円	1,576円	2,364円	
要介護3	812単位	8,120円	812円	1,624円	2,436円	
要介護4	828単位	8,280円	828円	1,656円	2,484円	
要介護5	845単位	8,450円	845円	1,690円	2,535円	

※夜勤を行う職員の数が増える場合、所定単位数から1日につき50単位を差し引

いた単位数とする。

■短期利用認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）（1日につき）

要介護度	基本単位	1日の料金	自費負担 1割負担・2割負担・3割負担
要支援2	777単位	7,770円	777円 ・ 1,554円 ・ 2,331円
要介護1	781単位	7,810円	781円 ・ 1,562円 ・ 2,343円
要介護2	817単位	8,170円	817円 ・ 1,634円 ・ 2,451円
要介護3	841単位	8,410円	841円 ・ 1,682円 ・ 2,523円
要介護4	858単位	8,580円	858円 ・ 1,716円 ・ 2,574円
要介護5	874単位	8,740円	874円 ・ 1,748円 ・ 2,622円

※7日以内を原則として、利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日以内
 ※夜勤を行う職員の数が2人以上とする場合、所定単位数から1日につき50単位を差し引いた単位数とする。

■加算保険利用料 加算料金

加算名	単位	自費負担 1割・2割・3割負担	備考
夜間支援体制加算（Ⅰ）	50単位/日	50円・100円・150円	
夜間支援体制加算（Ⅱ）	25単位/日	25円・50円・75円	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位/日	200円・400円・600円	早急な施設入所が必要と医師が診断 入居日から7日を上限
若年性認知症利用者受入加算	120単位/日	120円・240円・360円	ニーズに応じたサービスを提供（40歳以上65歳以下）
利用者が入院したときの費用の算定	246単位/日	246円・492円・738円	1ヶ月に6日を上限
看取り介護加算	72単位/日	72円・144円・216円	死亡日以前31日以上45日以下
	144単位/日	144円・288円・432円	死亡日以前4日以上30日以下
	680単位/日	680円・1,360円・2,040円	死亡日以前2日または3日
	1,280単位/日	1,280円・2,560円・3,840円	死亡日
初期加算	30単位/日	30円・60円・90円	入居日から30日以内 入院後、再入居日から30日以内
医療連携体制加算（Ⅰ）イ	57単位/日	57円・114円・171円	

医療連携体制加算（Ⅰ）ロ	47 単位/日	47 円・94 円・141 円	
医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	37 単位/日	37 円・74 円・111 円	
医療連携体制加算（Ⅱ）	5 単位/日	5 円・10 円・15 円	
退居時相談支援加算	400 単位/回	400 円・800 円・1,200 円	1 人につき 1 回を限度
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	40 円・80 円・120 円	
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3 単位/日	3 円・6 円・9 円	
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4 単位/日	4 円・8 円・12 円	
認知症チームケア推進加算Ⅰ	150 単位/月	150 円・300 円・450 円	
栄養管理体制加算	30 単位/月	30 円・60 円・90 円	
生活機能向上連携加算Ⅰ	100 単位	100 円・200 円・300 円	3 ヶ月に 1 回を限度
生活機能向上連携加算Ⅱ	200 単位	200 円・400 円・600 円	
口腔衛生管理体制加算	30 単位/月	30 円・60 円・90 円	
口腔栄養スクリーニング加算	20 単位/回	20 円・40 円・60 円	6 ヶ月に 1 回を限度
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 単位/日	22 円・44 円・66 円	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 単位/日	18 円・36 円・54 円	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位/日	6 円・12 円・18 円	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	1000 分の 186	要介護度・実績に応じて金額が変わります。	
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	1000 分の 178	要介護度・実績に応じて金額が変わります。	
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	1000 分の 155	要介護度・実績に応じて金額が変わります。	

※上記加算料金は主な例示です。他に制度に定める加算に該当すれば別途加算料金が必要です。

※介護保険の給付額に変更があった場合は負担額を変更します。

■その他の料金

項目	利用料（月額）
家賃	40,000円
生活管理費（光熱水費含む）	25,000円
食材料費（おやつ代含む）	45,000円
寝具・ベッドリース代	5,000円

※理美容代・おむつ代は実費となります。

※居室内に持ち込まれたテレビ等の電気製品使用につきましては、電気代として 1 台につき 50 円/日（税込み）をいただきます。

※月の中途入居・中途退去の場合、上記料金表の額を 30 日分として日割り計算させていただきます。

※外泊中であっても費用をご負担いただきます。ただし、入院の場合は家賃と生活管理費はご負担、食材費・寝具ベッドリース代は日割り計算とさせていただきます。

※ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間にかかる料金 1日につき 5,000円。

■ご利用様が施設内で亡くなられた場合の処置料

ご利用様が施設内で亡くなられた場合は、処置料として 16,500円をいただきます。

10 利用料金のお支払い方法

利用料金は1ヵ月ごとに計算し、ご請求します。翌月末頃までに下記の預金口座での自動振替又は指定口座振込の方法でお支払いください。なお指定口座振込の手数料はご契約者でご負担願います。(1ヵ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

利用料等の支払い方法

① 振込の場合

広島銀行福山営業本部 普通預金 3 4 7 4 2 5 0
金融機関コード 0 1 6 9 店舗コード 1 0 5
口座名義 社会福祉法人さんよう

② 郵便口座からの自動引落

利用した翌月の末頃に引き落とされます。

11 苦情等申立先

当ホーム利用相談室	電話	(084) 959-3441
	FAX	(084) 959-3454
	責任者	管理者 村上 里江
	対応時間	9時00分～17時00分
福山市介護保険課	所在地	福山市東桜町3-5
	電話	(084) 928-1166
	FAX	(084) 928-1370
	対応時間	9時00分～17時00分
広島県国民健康保険 団体連合会	所在地	広島県広島市中区富士見町11番6号
	電話	(082) 542-5555
	FAX	(082) 542-4455
	対応時間	9時00分～17時00分

1.2 協力医療機関、歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人辰川会山陽病院
所在地	福山市野上町二丁目8番2号
電話	(084) 921-1133
診療科	内科・外科・泌尿器科・整形外科

歯科医院の名称	ひらい歯科
所在地	福山市道三町7-14
電話	(084) 932-3223

1.3 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。
平常時の訓練など	別途定める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、利用者も参加して実施します。
防災設備	消火器具・スプリンクラー設備・自動火災報知設備・消防機関へ通報する火災報知設備・誘導灯及び誘導標識
防火管理者	石井 秀典

1.4 当ホームご利用の際に留意いただく事項

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従ってご利用ください。これに反したご利用により破損などが生じた場合、賠償していただくことがございます。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
喫煙	喫煙は原則禁止としています。
迷惑行為など	騒音など他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
宗教活動・政治活動	ホーム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	ホーム内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りしています。
現金等の管理	入居中特に必要性が認められませんので、原則お預かりできません。

15 契約の終了

<p>利用者からの解約</p>	<p>利用者は、1ヶ月前までに書面で通知することによりいつでも契約を解約することができます。</p> <p>※「1ヶ月前」とは暦月での基準となります。例えば7月20日契約解除のご希望があれば、前月6月20日以前の「契約解除届」提出が必要となります。</p> <p>次の事由に該当する場合には、当ホームは利用者および保証人に対して、理由を示した書面で通知するほか、説明および協議を行ったうえで、契約を解除することができます。</p>
<p>当ホームからの解約</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が利用料の支払いを2ヶ月以上遅延し、利用料を支払う勧告したにもかかわらず、14日以内に支払われないとき。 ・利用者の行動が、利用者自身または他の利用者あるいは当ホームの職員の身体または生命に危害を及ぼす恐れがある場合、他の利用者に対する介護に著しく置く影響を及ぼす場合、または利用者が、医療施設への恒常的な入院入所を要する状態となるなど、当ホームにおいて利用者に対する適切な介護サービスの提供が困難であると合理的に判断されるとき。 ・当ホームを不在にする期間が連続して1ヶ月をこえ、当ホームへの復帰が困難、あるいは利用者に復帰の意思がないと合理的に判断されるとき。 ・利用者またはその家族が当ホームまたはその従業員に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行ったとき。

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護サービス等の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

年 月 日

グループホームおひさま

説明者

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、(介護予防) 認知症対応型共同生活介護サービス等の提供開始に同意しました。

年 月 日

利用者 住所

名前

身元引受人 住所

名前

利用者との関係 ()