

介護予防認知症対応型共同生活介護
認知症対応型共同生活介護
(グループホーム昭和館まどか)

重要事項説明書

<平成 27 年 8 月 1 日現在>

1 事業者(法人)の概要

名称・法人種別	医療法人社団睦会
代表者名	医療法人社団睦会 理事長 服部 福德
所在地・連絡先	(住所) 岐阜県羽島郡笠松町円城寺 971 (電話)058-388-3300 (FAX)058-387-6979

2 事業所の概要

事業所の名称	グループホーム 昭和館 まどか
所在地・連絡先	(住所) 岐阜県羽島郡笠松町円城寺 947-1 (電話)058-387-8803 (FAX)058-387-8960 (Eメール)madoka@ccn3.aitai.ne.jp
事業所番号	2170600510
管理者の氏名	鈴木 けい子

3 共同生活介護の目的及び運営方針

(1)目的

笠松町の住民であって(他市町村より指定を受けている場合を含む)要支援2又は要介護の認定を受け認知症の状態にある利用者に、適正な介護予防認知症対応型共同生活介護又は認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とします。

(2)運営方針

介護予防認知症対応共同生活介護並びに認知症対応型共同生活介護の従業者は、利用者(著しい精神症状や著しい行動異常があるもの、急性期状態にある者を除く)に対して、共同生活住居において、自立した日常生活を営むことができるよう、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他、日常生活上の世話及び機能訓練を行います。

当事業所のサービスの実施にあたっては、笠松町をはじめ関係市町村及び地域包括支援センター、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに総合的なサービスの提供に努めます。

当事業所の運営に当っては、運営推進会議を設置し利用者、ご家族、市町村職員、地域の代表者等に参加を求め提供しているサービスの内容を明らかにすることにより地域に開かれたサービスを行うとともにケアの質の向上に努めます。

(3)その他

事 項	内 容
介護予防認知症対応型共同生活介護 介護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、利用者の直面している課題等を評価し、利用者並びにご家族の希望を踏まえて、介護従業者と協議の上、サービス計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を利用者並びにご家族にご報告いたします。
従業員研修	年 1 回、認知症介護に係る研修を行っています。

4 設備の概要

(1)構造等 ※3ユニット

敷 地		1,697 m ²
建 物	構 造	木造平屋建て
	延 べ 床 面 積	785 m ²
	利 用 定 員	27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	27	11.9 m ²	6畳と押入れ ※3ユニット共通

(3)主な設備

設 備	ユニット A(面積)	ユニット B(面積)	ユニット C(面積)
居間兼食堂	1室(48.45 m ²)	1室(44.24 m ²)	1室(45.43 m ²)
台 所	1室(9.75 m ²)	1室(9.75 m ²)	1室(10.84 m ²)
浴 室	1室(6.30 m ²)	1室(6.30 m ²)	1室(5.40 m ²)
トイレ	2 箇所(13.65 m ²)	2 箇所(13.65 m ²)	2 箇所(14.05 m ²)

5 職員の体制

※この配置は、平成 27 年 8 月 1 日付

目 項 職 種	ユニット A	ユニット B	ユニット C	計
管理者・介護支援専門員 計画作成担当者・非常勤介護職員	管理者兼務 1名	1名	管理者兼務 1名	(2名)
介護支援専門員・計画作成担当者 常勤介護職員	1名	1名	1名	2名
計画作成担当者・常勤介護職員	—	—	—	—
常勤介護職員	6名	5名	6名	17名
非常勤介護職員	1名	3名	1名	5名

※利用者3人に1人の介護職員の配置です。

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	労働時間
管理者 介護支援専門員 計画作成担当者 常勤介護職員	早番 A	7:00～15:30
	日勤 B	8:30～17:00
	遅番 C	10:00～18:30
	遅番 D	13:00～21:30
	夜勤 E・F	21:30～ 7:30
	半勤 H	8:30～12:30
	半勤 I	14:30～18:30
		週平均 39.5時間

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、介護従業者が利用者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、排泄のお手伝いをを行います。
レクリエーション等	当事業所では、次のような娯楽設備を整えております。 ・家庭菜園 ・カラオケ
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。
医療連携体制	愛生病院と連携を行っております。

イ 費用

原則として料金表の利用料金の1割又は、2割が利用者の負担額となります。利用者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ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。

※生活保護を受給されている利用者の方は、介護扶助の対象となります。

【料金表】

介護給付	予防給付	日 額	1割 30日の場合	2割30日の場合
要支援2	———	743円	22,290円	445.80円
要介護1	———	747円	22,410円	44,820円
要介護2	———	782円	23,460円	46,920円
要介護3	———	806円	24,180円	48,360円
要介護4	———	822円	24,660円	49,320円
要介護5	———	838円	25,140円	50,280円

上記の料金の他に入居されてから30日間の間は、1日につき 30 円のご負担があります。又、介

護給付を受けられる利用者は、医療連携体制加算として日額39円、認知症専門ケア加算(Ⅰ)として日額3円、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イとして18円ご負担いただきます。

又、次の項目に該当する場合は、それぞれについてご負担いただきます。退去時相談援助加算 1回400円、看取り介護加算死亡日4日以上30に以下1日80円、死亡日前日前々日680円、死亡日1280円、若年性認知症受入加算 1日120円。介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、サービスの総合計の8.3%が加算されます。

(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。

種 類	内 容	利 用 料
レクリエーション行事	主なレクリエーション行事 新 年 会 食 事 会 お ま い り 等 参加されるか否かは任意です。	実費をご負担いただきます。

○ 家賃・共有部分の光熱水費等

利用者の自己負担となります。家賃は月額34,000円・共有部分の光熱水費は月額5,140円、合計39,140円となります。月の途中における入退所については、日割り計算いたします。但し、生活保護受給者の家賃は、厚生労働大臣の定める額とします。

※入居保証金として10万円を入居時にお預かりしますが、退去時に居室の壁紙等の修繕費やクリーニング代を差し引いてお返しします。但し、生活保護受給者については、厚生労働大臣の定める住宅扶助額の3ヶ月分の額とします。

○ その他の費用

食材料費その他、当事業所の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、利用者が負担することが適当と認められる費用は、利用者にご負担いただきます。

種 類	日 額	月 額(30日の場合)	備 考
食 費	820円	24,600円	おやつ等を含む
日 用 品 費	150円	4,500円	ティッシュ、ちり紙、台所用品、洗濯石鹼、入浴石鹼等
電 気 代	個別メーターによる		個人の居室の電気代 ※共有部分の光熱水費は月額5,140円
オムツ等代	実 費		紙おむつ1袋 3,500円 紙パンツ1袋 1,300円 紙パット1袋 1,600円 紙パット(夜用) 1,800円
そ の 他	実 費		行事等の参加に伴う個人の負担が適当と認められる費用等

8 利用料等のお支払方法

毎月、12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郵送にて請求いたしますので、1週間以内にお支払いをお願いします。尚、身元引受人は、利用料の支払いについて連帯保証していただきます。

※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

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 鈴木 けい子 ご利用時間 9:00～17:00 ご利用方法 電話(058-387-8803) 面接(当事業所 事務室) ご意見・苦情箱(玄関に設置) ※平成16年8月1日より社会福祉法第82条の規定による「苦情申出窓口」を設置しております。
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」のとおり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める「消防計画」のとおり年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。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	自動火災報知機	一式	ガス漏れ探知機	3箇所
	誘導灯	一式		
	水道直結型スプリンクラー			
	屋内消火栓 パッケージ型	3箇所		
	カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	羽島郡消防事務組合への届出日:平成22年4月1日 防火管理者:鈴木 けい子			

11 協力医療機関等

医療機関	病院名及び所在地	岐阜県羽島郡笠松町円城寺 971 愛生病院
	電話番号	058-388-3300
	診療科	内科・循環器科・胃腸科・リハビリテーション科・皮膚科・放射線科
	入院設備	入院施設 有り

12 夜間緊急時の対応機関

名称及び所在地	岐阜県羽島郡笠松町円城寺 971 愛生病院
電話番号	058-388-3300

13 住居の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 8:30~20:30 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行き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、自己の責任で管理してください。
宗教活動・政治活動	住居内での他の入居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、基本的にはお断りします。

14 秘密保持義務

正当な理由のない限り、当事業所及びサービス従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族等に関する秘密を、第三者に漏らしません。個人情報保護に関する法律その他の規範を遵守します。尚、個人情報の利用については同意書をいただきます。例として次の①、②のような場合については、その情報を用いることは正当な理由がある場合に含まれるものとします。

- ①介護保険サービスの利用のための市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者への情報提供、その他利用者が介護保険の給付を受けるために必要な者への開示、あるいは、他の医療機関への情報提供など、介護及び看護の記録について利用者、又はその家族に対して開示します。
- ②介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。尚、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

15 事故発生時の対応

- ①利用者に対する認知症対応型共同生活介護サービスの提供により、事故が発生した場合、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡するとともに必要な措置を講じます。
- ②当事業所のサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。但し、事故発生につき当事業所に過失がない場合はこの限りではありませんのでご了承ください。

16 運営推進会議

利用者及び町職員並びに地域住民の代表等に対し、提供するサービス内容等を明らかにすると共に地域との連携を保ち、更にはその提供するサービスの質の確保及び向上を図るために、運営推進会議を設置し2ヶ月に1回程度開催いたしますのでご理解とご参加をお願い致します。

(利用者・ご家族用)

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明をいたしました。

平成 年 月 日

事業者 住所 岐阜県羽島郡笠松町円城寺 947-1

事業者(法人)名 医療法人社団睦会
施設名 グループホーム昭和館まどか
(事業所番号) 2170600510
代表者名 医療法人社団睦会
理事長 服部 福德 印

説明者 職名 _____
氏名 _____ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明を受けました。尚、身元引受人が複数の場合は、代表して説明を受けた身元引受人が他の身元引受人に内容を説明し、同意を得ます。

平成 年 月 日

利用者 住所 _____
氏名 _____ 印

代理人(選任した場合) 住所 _____
氏名 _____ 印

第一身元引受人 住所 _____
氏名 _____ 印

第二身元引受人 住所 _____
氏名 _____ 印

(事業者控え)

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明をいたしました。

平成 年 月 日

事業者 住所 岐阜県羽島郡笠松町円城寺 947-1

事業者(法人)名 医療法人社団睦会
施設名 グループホーム昭和館まどか
(事業所番号) 2170600510
代表者名 医療法人社団睦会

理事長 服部 福德 印

説明者 職名 _____
氏名 _____ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明を受けました。尚、身元引受人が複数の場合は、代表して説明を受けた身元引受人が他の身元引受人に内容を説明し、同意を得ます。

平成 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人(選任した場合) 住所 _____

氏名 _____ 印

第一身元引受人 住所 _____

氏名 _____ 印

第二身元引受人 住所 _____

氏名 _____ 印

