

認知症対応型共同生活介護 及び 介護予防認知症対応型共同生活介護
 グループホーム西坂
 重要事項説明書
 <令和8年6月1日現在>

1 設置者の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	医療法人 福寿会
代 表 者 名	理事長 秋山 正史
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 〒710-0133 岡山県倉敷市藤戸町藤戸 1580 番地 (電話) 086(428)8523 (FAX) 086(428)8539

2 運営者（法人）の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	医療法人 福寿会
代 表 者 名	理事長 秋山 正史
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 〒710-0133 岡山県倉敷市藤戸町藤戸 1580 番地 (電話) 086(428)8523 (FAX) 086(428)8539

3 事業所の概要

事 業 所 の 名 称	グループホーム 西坂
所在地・連絡先	(住所) 岡山県 倉敷市 西坂 128-1 (電話) 086(430)5600 (FAX) 086(430)5601
事 業 所 番 号	3390200305
管 理 者 の 氏 名	鍋谷 一樹（両ユニットの管理者兼介護福祉士）

4 認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護の目的
及び運営方針

(1) 目的

少人数の生活の場で、可能な限り家庭に近い環境の下で共同生活を送って頂きます。日常生活では御利用者とスタッフが一緒に炊事、洗濯、掃除、買物等可能な限り共同で行ない、忘れかけていた感覚を再び呼び戻すとともに精神安定の確保に努めます。御利用者一人一人にあったサービスの提供ができるよう個別介護

計画を作成し、御利用者が安定した生活が送れるように援助します。

(2) 運営方針

私たちは、自分の家を離れざるを得なくなった認知症高齢者が、「第二の我が家」として、残存機能を生かしながら生きる喜び、生きる意欲を高める施設作りを目指します。

基本は、その方が送ってきた生活スタイルの継続です。職員が生活のパートナーとなり、普通に生活すること自体が生活リハビリとなり、「その人らしさ」の実現が可能となります。

認知症高齢者が、御利用者、御家族、職員やボランティア、地域の方々と食事や清掃、洗濯、園芸、レクリエーション、季節の行事を行なうことによって、良好な人間関係に基づく家庭的な生活環境の中で、個人の尊厳と生活の質を保ちながら穏やかな老後を送る事を支援します。

(3) その他

事 項	内 容
認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防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、御本人の直面している課題等を評価し、御本人の希望を踏まえて、介護従業者と協議の上、認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画書（以下「介護計画」という。）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、その結果を書面（サービス報告書）に記載して御利用者又は、その御家族（代理人）に説明のうえ交付します。
職員研修	採用時研修は採用後 6 ヶ月以内 継続研修年 1 回

5 設備の概要

(1) 構造等

敷 地		1808.70 m ²
建 物	構 造	鉄骨コンクリート平屋 造り
	述 べ 床 面 積	433.92 m ²
	利 用 定 員	18名（ユニット①9名・ユニット②9名）

(2) 居室

居室の種類	室 数	面積	備 考
一 人 部 屋	18	9.93 m ²	ユニット①9室・ユニット②9室

(3) 主な設備（各ユニットあたり） ※但し、事務所を除く

設 備	室 数	面積（一人あたりの面積）	備 考
食堂・居間・台所	1	88.46 m ² (9.82 m ²)	
浴室	1	5.43 m ²	
脱衣・洗濯室	1	4.50 m ²	汚物処理機能 有
トイレ	3	3.31 m ²	車椅子対応 可
事務所	1	19.87 m ²	両ユニットにて兼用
倉庫	1	4.96 m ²	

6 職員の体制

ユニット①（北側）

職 種	人 数	職 務 内 容
管理者	常勤1名	事業所全体の管理業務
計画作成担当者	常勤1名（介護職を兼務）	介護計画の作成・日常生活の援助
介護職員	介護職員 7名以上	日常生活の援助及び介護

ユニット②（南側）

職 種	人 数	職 務 内 容
管理者	常勤1名	事業所全体の管理業務
計画作成担当者	常勤1名（介護職を兼務）	介護計画の作成・日常生活の援助
介護職員	介護職員 7名以上	日常生活の援助及び介護

7 職員の勤務体制

勤務	時 間	
早出	7:00～15:45	(ユニット①) 日中は御利用者9名に対して常時2～3名の職員体制を原則としています。夜間は1名の職員を配置します。
日勤	8:30～17:15	
遅出	9:45～18:30	(ユニット②) 日中は御利用者9名に対して常時2～3名の職員体制を原則としています。夜間は1名の職員を配置します。
準夜A	14:30～23:15	
準夜B	18:00～23:15	
深夜	23:00～8:00	

8 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、介護従事者が御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、排泄のお手伝いをします。
レクリエーション等	御利用者の日常の娯楽を提供するとともに身体及び精神の機能の維持向上を図っていきます。
相談及び援助	御利用者とその御家族(代理人)からのご相談に応じます。

イ 費用

原則として料金表の利用単位（1単位＝10円）の1割または2割か3割が御利用者の負担額となります。（なお、負担額の割合については介護保険負担割合証の示す割合に基づいて1割または2割か3割に決定されます）

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。

【料金表】（１単位＝１０円）

要支援２ ７４９円/日	要介護１ ７５３円/日	要介護２ ７８８円/日
要介護３ ８１２円/日	要介護４ ８２８円/日	要介護５ ８４５円/日
■初期加算（入居及び３０日以上入院後の再入居から３０日間）３０単位／日 ■医療連携体制加算Ⅰ ３７単位／日（但し、要支援２を除く） ■医療連携体制加算Ⅱ ４９単位／日（但し、要支援２を除く） ■協力医療機関連携加算 １００単位／月 ■若年性認知症利用者受入加算 １２０単位／日（若年性認知症入居者に限る） ■生産性向上推進体制加算(Ⅱ) １０単位／月 ■退居時相談援助加算 ４００単位／回（利用期間が１ヶ月を超え退居し、居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合） ■退居時情報提供加算 ２５０単位／回 ■サービス提供体制強化加算（Ⅰ） ２２単位／日 ■看取り介護加算 （死亡日４５日～３１日前） ７２単位／日 （死亡日３０日～４日前） １４４単位／日 （死亡日前日・前々日） ６８０単位／日 （死亡日） １２８０単位／日 ■入院時費用 ２４６単位（１月に６日を限度） ■介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）□ ２２８／１０００単位		

※■の印が説明時の加算項目です。説明時以降加算する場合は、加算開始日前月の請求書郵送時に書面にてお知らせいたします。

※上記料金表の１割または２割または３割が御利用者負担となります

（２）介護保険給付対象外サービス（自己負担分）

食 材 費	１日１３００円	朝食 ３７０円 夕食 ５００円	昼食 ４３０円
管理費	１日 ７９２円		
室 料	１日１３８０円		

※生活保護受給者の室料については別途対応となります

○ おむつ代

おむつは各々にあった種類の物を当事業所で準備し使用させていただきます。

（おむつの持ち込みも可能です）

○その他の費用

認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護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、御利用

者に負担頂くことが適当と認められる費用は、原則として購入代行（立替）させて頂き、御利用者の負担となります。

9 利用料等のお支払方法

毎月 20 日頃に「8. 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請求いたしますので、当月末までに下記口座に振り込み送金してお支払いください。

ゆうちょ銀行	口座番号	01330-9-70799番
	口座名称	グループホーム 西坂

*入金確認後、領収書を発行します。

10 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所利用者相談窓口	窓口責任者	グループホーム 西坂
	管理者	鍋谷 一樹
	利用時間	9:00~17:00 対応曜日（毎日）
	利用方法	電話086（430）5600
		面談（当事業所内）
		苦情箱（1箇所設置）
	E-mail	nishizaka @fukujyu.or.jp

※ サービスに対する苦情

〒700-8568 岡山市北区桑田町 17-5
岡山県国民健康保険連合会

TEL：086-233-8811 Fax：086-233-9109
（受付時間 8:30~17:00 土・日・祝日・年末年始を除く）

〒710-8565 倉敷市 西中新田 640
倉敷市役所・介護保険課

TEL：086-426-3343 Fax：086-421-4417
（受付時間 8:30~17:15 土・日・祝日・年末年始を除く）

11 非常災害時の対策

	別途定める「グループホーム 西坂 消防計画」にのっとり対応を行ないます。			
避難訓練及び防災設備	別途定める「グループホーム 西坂 消防計画」に基づき年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を行ないます。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	自動火災報知設備	1ヶ所	消火器	5ヶ所
	誘導灯	5灯	ナースコール	28カ所
	カーテンは防災性能のあるものを使用しています。			
	スプリンクラー設備を設置しており、火災時に初期消火として各居室・食堂等をカバーします。			

1 2 協力医療機関・医療連携等

協力病院 医療連携 機関	病 院 名 及 び 所 在 地	医療法人 福寿会 藤戸クリニック 岡山県 倉敷市 藤戸町 藤戸1573-1
	電 話 番 号	086(428)8572
	診 療 科	内科
	入 院 設 備	あり(19床)
歯 科	病 院 名 及 び 所 在 地	すごう歯科医院 岡山県 倉敷市 西坂1718-6
	電 話 番 号	086(462)7262

1 3 夜間緊急時の対応機関

名 称 及 び 所 在 地	医療法人 福寿会 藤戸クリニック 岡山県 倉敷市 藤戸町 藤戸1573-1
電 話 番 号	086(428)8572

1 4 秘密保持

当事業所の従事者は、業務上知り得た秘密を漏らしてはならないものとします。また、従事者であった者が業務上知り得た秘密を漏らすことがないよう、従事者でなくなった後においてもこれらの者の秘密を保持するべき旨に従事者との雇用契約の内容といたします。

1 5 事故発生時の対応

当事業所は、御利用者に対する認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護の提供により事故が発生した場合には、市町村・当該御利用者の御家族・当該御利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行なう等の必要な措置を講じるとともに、当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、当該事業所に帰すべき事由によってご利用者が損害を被った場合は損害賠償を速やかに行ないます。
(株式会社全老健共済会・居宅サービス事業者賠償責任保険に加入済み)

16 カスタマーハラスメントについて

当事業所では、暴力・暴言・威嚇行為、職員や他ご利用者への人格否定、事業所の提供範囲を超えた過剰要求、度重なる執拗な苦情などの行為をカスタマーハラスメントと定義しております。

ハラスメント行為が確認された場合には、事実確認と注意喚起を行い、行為が続く場合はサービスの制限や契約解除等の措置を講じることがあります。

安心して働ける環境があることで、安定した介護サービスが提供できるよう、ご協力をお願いいたします。

17 見守り機器等の使用について

当事業所では、ご利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する生産性向上の取り組みとして見守り機器等の導入を実施しております。見守り機器等の使用については使用開始前に個別にご説明させていただきます。

18 住居の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間は原則 9：00～17：00としますが、ご都合の関係で他の時間に面会することも可能です。 必ず面会の都度職員にお知らせください。 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。 その際には寝具等をご用意下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行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	騒音等他の御利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の御利用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、原則として自己の責任で管理してください。
宗教活動・政治活動	住居内での他の御利用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お断りします。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業所	住 所	倉敷市 西坂128-1
	事業者（法人）名	医療法人 福寿会
	事業所名	グループホーム 西坂
	事業所番号	3390200305
	代表者名	理事長 秋山 正史 印
	説 明 者（管理者）	氏 名 鍋谷 一樹 印

私は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

御利用者 住所

氏名 印

御利用者代理人 住所

氏名 印

（御利用者との関係： ）