

重要事項説明書

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

グループホーム高梁
(ユニット①・ユニット②)

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	グループホーム高梁
所在地・連絡先	〒716-0061 (住所) 岡山県高梁市落合町阿部 2215-3 (電話) 0866-21-3021 (FAX) 0866-21-3022
事業所番号	3390900052
管理者の氏名	松藤ひろみ

4 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。日常生活ではご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。ご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援助計画を作成し、ご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、ご利用者、ご家族、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の作成及び事後評価	計画作成担当者が、ご利用者が直面している課題等を評価し、ご利用者の希望を踏まえて、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）に記載してご利用者に説明のうえ交付します。
従業員研修	<ul style="list-style-type: none"> ・採用時研修は採用後 3 ヶ月以内 継続研修年 1 回 ・認知症介護基礎研修 (主に介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉の資格を有さない者)

5 設備の概要

(1) 構造等

敷 地		1,192 m ²
建 物	構 造	木造瓦葺平屋建
	述 べ 床 面 積	445.09 m ²
	利 用 定 員	18 名

(2) 居室

居室の種類	室 数	面積	備 考
一 人 部 屋	18	9.93 m ²	

(3) 主な設備 (各ユニットあたり)

設 備	室 数	面積 (一人あたりの面積)	備 考
居 間	1	66.72 m ² (7.4 m ²)	居間・食堂 共用
食 堂	1	居間と兼用	
台 所	1	9.35 m ² (1.0 m ²)	
浴 室	1	8.28 m ²	
共同トイレ	3	3.30 m ²	3.30 m ² ～8.28 m ²

6 職員の体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				職 務 の 内 容
		常勤(人)		非常勤(人)		
		専従	兼務	専従	兼務	
管 理 者	1		1			管理業務
ユニット1 計画作成担当者	1	1				計画作成担当者・介護職
介護従業者	8	6		2		介護
ユニット2 計画作成担当者	1	1				計画作成担当者・介護
介護従業者	8	6		2		介護

7 職員の勤務体制

勤務	時間	日中は利用者 9 名 に対して 3～4 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	
早出	7:00～15:45	
遅出	9:45～18:30	
準夜	14:30～23:15	
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、介護従業者がお客様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	ご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	ご利用者とそこご家族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 割から 3 割のいずれかが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割から3割のいずれかに決定されます)

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
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 (1割) 748 単位/日 (2割) 1496 単位/日 (3割) 2,244 単位/日	要介護 1 (1割) 752 単位/日 (2割) 1,504 単位/日 (3割) 2,256 単位/日	要介護 2 (1割) 787 単位/日 (2割) 1,574 単位/日 (3割) 2,361 単位/日
要介護 3 (1割) 811 単位/日 (2割) 1,622 単位/日 (3割) 2,433 単位/日	要介護 4 (1割) 827 単位/日 (2割) 1,654 単位/日 (3割) 2,481 単位/日	要介護 5 (1割) 844 単位/日 (2割) 1,688 単位/日 (3割) 2,534 単位/日
<p>■ 初期加算 (新入居及び30日以上入院後の再入居から30日間) 30 単位/日</p> <p>■ 医療連携体制加算 I (ハ) 37 単位/日 (但し、要支援 2 を除く)</p> <p>■ 協力医療機関連携加算 100 単位/月 (令和 7 年度以降 50 単位)</p> <p>■ 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)</p> <p>■ 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)</p> <p>■ 退居時情報提供加算 250 単位/回</p> <p>■ サービス提供体制強化加算 (III) 6 単位/日</p> <p>■ 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</p> <p>■ 入院時費用 246 単位 (1 月に 6 日を限度)</p> <p>■ 生活機能向上連携加算 (II) 200 単位/月</p> <p>■ 介護職員等処遇改善加算 (II) ロ 所定単位数の 220/1000 単位</p> <p>■ 生産性向上推進体制加算 (II) 10 単位/月</p>		

※■の印がご説明時の加算項目です。説明時以降加算を変更する場合は、事前にお知らせい
たします。

※上記料金表の1割または2割または3割がご入居者様負担となります

(2) 介護保険給付対象外サービス (自己負担分)

食材費	1 日 1,300 円	朝食 370 円 夕食 500 円	昼食 430 円
管理費	1 日 990 円	内訳：電気・水道代・施設維持費	
室料	1 日 1,000 円	居室及び共有部分の利用費	

○ その他の費用

食材料費その他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、ご利用者に負担頂くことが適当と
認められる費用は、ご利用者の負担となります。紙オシメを使用される場合は原則としてご
利用者の持込となります。また、個人使用のテレビ・電気毛布等は一箇につき一日 50 円
と致します。

9 利用料等のお支払方法

毎月 20 日頃までに「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、当月末までに別途指定する口座に振り込み送金するか施設に持参してお支払いください。

※入金確認後、領収証を発行します。

10 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	苦情受付者	グループホーム高梁	
	管理者	松藤 ひろみ	
	ご利用時間	9:00 ~ 17:00	
	ご利用方法	電話	0866-21-3021
		FAX	0866-21-3022
面接 (当事業所内)			
	苦情箱 (1 箇所設置)		

* 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・介護保険課
 TEL: 086-223-8811 Fax: 086-223-9109
 高梁市役所 健康福祉部健幸長寿課介護保険係
 TEL: 0866-21-0299 Fax: 0866-23-0655

11 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「グループホーム高梁 消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める「グループホーム高梁 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行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	自動火災報知設備	2ヶ所	消火器	3カ所
	誘導灯	3灯	スプリンクラー	全所
	カーテンは防災性能のあるものを使用しています。			

12 協力医療機関等

医療機関 ①	病院名 及び 所在地	高梁市国民健康保険 成羽病院 岡山県高梁市成羽町下原 301 番地
	電話番号	0866-42-3111
	診療科	総合
	入院設備	あり
医療機関 ②	病院名 及び 所在地	備中診療所 岡山県高梁市成羽町下原 301 番地
	電話番号	0866-45-9001
	診療科	内科

	入院設備	なし
医療機関 ③	病院名 及び 所在地	仲田医院 岡山県高梁市落合町阿部 1896
	電話番号	0866-22-0511
	診療科	内科
	入院設備	なし
歯科	病院名 及び 所在地	藤本歯科医院 岡山県高梁市落合町阿部 1286
	電話番号	0866-22-8999
	入院設備	なし

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

当事業所の従業者は、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、従業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に、従業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業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、ご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・当該ご利用者のご家族・当該ご利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行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取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)

1.6 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、必ず行く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	騒音等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。また、むやみに他のご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	住居内での他のご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。

1.7 外部評価

地域密着型サービス外部評価は、事業者が評価作業の一連の課程に主体的に取り組むことで、評価結果をもとに具体的なサービス改善や情報公開等に活かすとともに、良質なサービス水準を確保し向上を図ることを目的としています。

最新の評価日を下記に記載し、評価結果においては玄関入口に設置し、どなたでも確認ができるようにしています。

外部評価機関	住所	連絡先
NPO 法人 津高生活支援センター	岡山市北区松尾 209-1	086-239-1922

【評価実施日】

令和3年度

令和3年10月28日

令和5年度

令和5年12月12日

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、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

事業者

住所

事業者（法人）名 医療法人 福寿会
施設名 グループホーム高梁
（事業所番号） 3390900052

代表者名 理事長 秋山 正史 印

説明者 職 名 管理者
氏 名 松藤 ひろみ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、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

ご入居者

住所

氏名 印

代理人（選任した場合）

住所

氏名 印