

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)

あなたに対する介護サービス提供開始にあたり、厚生省令第37号173条8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	陽気株式会社
事業者の所在地	広島県福山市神辺町道上1330番地1
法人種別	株式会社
代表者名	國上 賢一
電話番号	084-962-3433

2. ご利用施設

施設の名称	グループホームようき法成寺
施設の所在地	広島県福山市駅家町法成寺2808番地1
電話番号	084-949-3230
FAX 番号	084-982-9979

3. 事業所の目的と運営方針

事業の目的	要支援、要介護者であって認知症の状態にある者に対し、適切な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を提供する。
施設運営の方針	家庭的な環境の下で、入浴、排泄、食事等の世話及び日常生活上の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、自立した日常生活を営むことができるようにする。

4. 施設の概要

(1)敷地及び建物

敷地	630.24㎡
建物・構造	鉄骨造2階建1部木造
述べ床面積	499.58㎡

(2)主な設備

設備の種類(1居住区)	数
台所・食堂	1
居間	1
浴室・脱衣室	各1

便所	2
居室	9

5. 職員体制：1 共同生活住居(入居定員18人)に対して主たる職員

従業者	管理者	常勤1名（兼務）
	計画作成担当者	常勤1名（兼務）
	介護従事者	常勤10名
		非常勤5名

6. 勤務体制

介護職員	<p>日勤 8：30～17：30 遅出 10：00～19：00 半日 13：30～17：30 夜勤 17：00～翌10：00 日中は、職員1名当たり利用者3名のお世話をします。 夜間は、職員1名当たり利用者9名のお世話をします。</p>
------	---

7. 施設サービスの概要

(1)介護保険給付サービス

種 類	内 容
食事その他の家事介助	利用者の食事その他の家事等は、原則として利用者と介護従事者が共同で行うよう努めます。
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共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴の介助	一人ひとりの入浴習慣にあった適切な入浴介助を行うと共に、入浴動作の自立についても適切な援助を行います。
着替えの介助	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 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。利用者の趣味又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。
健康管理	継続して健康チェックを行うと共に定期的に体力測定を行い、健康管理に努めます。また、緊急等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。
相談及び援助	利用者及びそのご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に努めます。

(2) 介護保険給付外サービス

種 類	内 容
健康管理	嘱託医師により、健康管理に努めます。
オムツの提供	利用者のご希望に応じて提供します。
行政手続き代行	市役所での申請交付・申請手続き等を代わって行います。
食材料の提供	新鮮で旬の食材料を提供します。
教養娯楽・レクリエーション	ドライブ、誕生会、四季の行事（お花見、納涼会、お月見等）など、活動への参加を通じて利用者と共に、ご家族同士の交流が図れるよう努めます。
金銭管理（小遣い）	個人ごとの現金出納帳を作成し、収支の整理を行い、ご家族の確認を得ます。
理美容	ご家族の都合により理美容院への送迎が困難な場合は、送迎代行を行います。

(3) 利用料

居宅介護サービス基準額の1割負担		※その他の加算
要支援2	749円/日	初期加算 30円/日
要介護1	753円/日	(1ヶ月を越える入院後も発生します)
要介護2	788円/日	医療連携体制加算Ⅰ(イ) 57円/日
要介護3	812円/日	医療連携体制加算Ⅰ(ロ) 47円/日
要介護4	828円/日	医療連携体制加算Ⅰ(ハ) 37円/日
要介護5	845円/日	(但し要支援2の利用者には算定されません)
		医療連携体制加算Ⅱ 5円/日
		認知症専門ケア加算Ⅰ 3円/日
		認知症専門ケア加算Ⅱ 4円/日
		認知症チームケア推進加算Ⅰ 150円/月
		認知症チームケア推進加算Ⅱ 120円/月
		高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ 10円/月
		高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ 5円/月
		サービス提供体制強化加算Ⅰ 22円/日
		サービス提供体制強化加算Ⅱ 18円/日
		サービス提供体制強化加算Ⅲ 6円/日
		口腔・栄養スクーリング加算Ⅰ 20円/回
		栄養管理体制加算 30円/月
		生活機能向上連携加算Ⅰ 100円/月
		生活機能向上連携加算Ⅱ 200円/月

居宅介護サービス基準額の2割負担

要支援2	1, 498円/日
要介護1	1, 506円/日
要介護2	1, 576円/日
要介護3	1, 624円/日
要介護4	1, 656円/日
要介護5	1, 690円/日

※その他の加算

初期加算	60円/日
(1ヶ月を越える入院後も発生します)	
医療連携体制加算Ⅰ(イ)	114円/日
医療連携体制加算Ⅰ(ロ)	94円/日
医療連携体制加算Ⅰ(ハ)	74円/日
(但し要支援2の利用者には算定されません)	
医療連携体制加算Ⅱ	10円/日
認知症専門ケア加算Ⅰ	6円/日
認知症専門ケア加算Ⅱ	8円/日
認知症チームケア推進加算Ⅰ	300円/月
認知症チームケア推進加算Ⅱ	240円/月
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	20円/月
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	10円/月
サービス提供体制強化加算Ⅰ	44円/日
サービス提供体制強化加算Ⅱ	36円/日
サービス提供体制強化加算Ⅲ	12円/日
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	40円/回
栄養管理体制加算	60円/月
生活機能向上連携加算Ⅰ	200円/月
生活機能向上連携加算Ⅱ	400円/月

居宅介護サービス基準額の3割負担

要支援2	2, 247円/日
要介護1	2, 259円/日
要介護2	2, 364円/日
要介護3	2, 436円/日
要介護4	2, 484円/日
要介護5	2, 535円/日

※その他の加算

初期加算	90円/日
(1ヶ月を越える入院後も発生します)	
医療連携体制加算Ⅰ(イ)	171円/日
医療連携体制加算Ⅰ(ロ)	141円/日
医療連携体制加算Ⅰ(ハ)	111円/日
(但し要支援2の利用者には算定されません)	
医療連携体制加算Ⅱ	15円/日
認知症専門ケア加算Ⅰ	9円/日
認知症専門ケア加算Ⅱ	12円/日
認知症チームケア推進加算Ⅰ	450円/月
認知症チームケア推進加算Ⅱ	360円/月
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	30円/月
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	15円/月
サービス提供体制強化加算Ⅰ	66円/日
サービス提供体制強化加算Ⅱ	54円/日
サービス提供体制強化加算Ⅲ	18円/日
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	60円/回
栄養管理体制加算	90円/月

生活機能向上連携加算Ⅰ	300円／月
生活機能向上連携加算Ⅱ	600円／月

1 割負担～3 割負担の利用者に共通	
介護職員等処遇改善加算	一ヶ月の介護保険利用額に 18.6%を乗じた額
共通費	
家賃	55,000円／月
食材料費	45,000円／月
水道光熱費	12,000円／月
その他	
オムツ代	紙オムツ 2,500円／1袋
	紙パンツ 2,100円／1袋
	尿取りパット 980円／1袋

8. 苦情等申立先

利用相談	管理責任者 桐島 孝浩
苦情箱	グループホームようき法成寺1階玄関に設置
苦情連絡先	084-949-3230

9. 協力医療機関

医療機関名称	長外科胃腸科医院	浜田歯科医院
院長名	長 誠司	浜田 重光
所在地	福山市駅家町法成寺4-1	福山市駅家町万能倉1305-3
電話番号	084-972-6321	084-976-0518

10. 非常災害対策

消防計画等	消防署への届出日 令和1年7月1日 防火管理者 桐島 孝浩 事業所は、消防計画等の防災計画に基づき、避難・救出訓練を行う。
防災設備	誘導灯、消火器、防火カーテン、ガス漏れ報知機 自動火災通報装置、消防機関へ通報する火災報知設備 スプリンクラー

11. サービスの提供体制の確保のための連携・支援体制

長外科胃腸科医院 浜田歯科医院 介護老人保健施設ふぁみりい

12. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者が宿泊される場合には職員に申し出て下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際には、行き先と概ねの帰宅時間を職員に申し出て下さい。
嘱託医師以外の医療機関への受診	ご家族の協力をお願いする場合があります。
居室・設備・器具の利用	事業所内の居室や設備、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	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。
迷惑行為	騒音等他の利用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	事業所内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮願います。

私は、本書面に基づいて職員（管理者 桐島 孝浩）から、上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 _____ 印 _____

利用者の家族等 住所

氏名 _____ 印 _____

続柄