

指定(介護予防)認知対応型  
共同生活介護重要事項説明書

(有限会社) てらだ苑  
グループホーム さ ん 愛

## 重要事項の説明書(<介護予防>指定認知症対応型共同生活介護)

※(介護予防)指定認知症対応型共同生活介護サービスを提供するにあたり、以下のとおり重要事項の説明を致します。

### 1 事業者

|     |                     |
|-----|---------------------|
| 名 称 | 有限会社 てらだ 苑          |
| 所在地 | 福岡県田川郡香春町大字香春1660-1 |
| 代表者 | 代表取締役 寺田 一代         |
| 連絡先 | TEL 0947-45-1303    |

### 2 事業の目的と運営方針

|      |  |
|------|--|
| 事業目的 | 本事業は、認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境の中で食事・入浴・排泄等の日常生活の世話及び心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を利用者がその有する能力に応じ可能な限り日常生活が自立して営む事が、できるように支援することを目的とする。 |
| 運営方針 | 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めると共に、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。  |

### 3 事業所

|      |                     |
|------|---------------------|
| 名 称  | グループホーム さん 愛        |
| 指定番号 | 4079200335          |
| 所在地  | 福岡県田川郡香春町大字香春1660-1 |
| 連絡先  | TEL 0947-45-1303    |

### 4 ご利用住居

| 建 物  | 構 造           | 延べ床面積     | 総定員 | 居室数 |
|------|---------------|-----------|-----|-----|
|      | 木造平屋建スレート瓦    | 488.62 M2 | 18名 | 18室 |
| 併用施設 | 食堂・談話室・浴室・トイレ |           |     |     |

### 5 職員体制 2ユニット

|         | 常 勤 |    | 非 常 勤 |    | 常勤換算 | 保有資格                                   |
|---------|-----|----|-------|----|------|--|
|         | 専従  | 兼務 | 専従    | 兼務 |      |  |
| 管 理 者   |     | 2名 |       |    | 2名   | 介護福祉士<br>ヘルパー2級<br>看護師・准看護師<br>介護支援専門員 |
| 計画作成担当者 |     | 2名 |       |    | 2名   |  |
| 介護従事者計  | 7名  | 4名 | 4名    |    | 12名  |  |

### 6 職員体制 2ユニット

| 区 分          | 勤 務 時 間    | 休 業 日 |
|--------------|------------|-------|
| 常 勤<br>(日 勤) | 9:00~18:00 | な し   |
| 夜 勤          | 17:00~9:00 |       |

## 7 サービス内容と費用

|                     |  |
|---------------------|--|
| 食 事                 | 利用者の状況に応じて、適切な食事の提供を行うと共に食事の自立についても適切な援助を行います。   |
| 入 浴                 | 定期的な入浴を確保し、清潔が保てるよう援助します。<br>又、入浴ができない場合は清拭等を行います。<br>利用者の状況に応じて、安全な入浴と自立支援を心がけます。   |
| 排 泄                 | 身体の状況に応じて適切な排泄介助と排泄の自立を援助します。<br>又、オムツ等を利用している場合は、適宜交換します。   |
| 機 能 訓 練             | 日常生活上の動作を共に行うことで身体機能やADLが低下しないよう効果的に援助し、規律訓練・歩行訓練等を行い、身体機能の維持改善に努めます。  |
| その他<br>日常生活の世話      | 健康管理・定期受診の確保・定期健診・受診の介助・行政等の手続きの代行。  |
| 相 談                 | 利用者及びご家族等からの相談に誠意をもって応じます。   |
| 身体拘束                | 利用者又は利用者の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限しません。   |
| 1ヶ月の利用料             | 要介護度区分の利用料[一割負担の場合]※1・・・二割三割負担の場合もあり<br>要支援 2・・・749×30日＝22,470－<br>要介護 1・・・753×30日＝22,590－<br>2・・・788×30日＝23,640－<br>3・・・812×30日＝24,360－<br>4・・・828×30日＝24,840－<br>5・・・845×30日＝25,350－ |
| 初 期 加 算             | 入所されますと、入所の1か月間のみ加算されます。<br>1日につき30単位が加算されます。(1ヶ月 900円)  |
| 医療連携体制<br>加算(Ⅰ)ハ    | 利用者の身体状況を常に把握し、24時間連絡体制が確保され<br>主治医、協力医療機関との連携を図ります。(1日 37円)   |
| 協力医療機関<br>連携加算      | 協力医療機関との間で、入所者様の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催します。(1ヶ月100円)  |
| 退居時情報提供<br>加算       | 医療機関へ退所する入所者様について、退所後の医療機関に対して、当該入所者様の同意のもと、心身の状況、生活歴等を示す情報を提供します。(1回250円)   |
| サービス提供<br>強化加算(Ⅲ)   | 1日 6円  |
| 介護職員等処遇<br>改善加算(Ⅱ)  | 1ヶ月の要介護度区分の利用料と各種加算の単位数合計に、17.8%を、<br>乗じます。(小数点以下四捨五入)   |
| 入退院支援取組<br>による単位算定① | 1ヶ月に6日を限度として入院時費用246単位/日の算定を行います。(※入院後3か月以内に退院が見込まれる場合に限り、退院後の受け入れ体制を整え算定します。)   |
| 入退院支援取組<br>による単位算定② | 医療機関に1か月以上入院した後、退院して再入居する場合も上記の初期加算同様に1日につき30単位の初期加算の算定を行います。(1か月900円)   |
| 口腔衛生管理体制<br>加算      | 1ヶ月に30単位が加算されます。(歯科医師又は歯科衛生士により、介護職員に対し口腔ケアに係る技術的助言及び指導を週に1回行います。)   |
| 科学的介護推進<br>体制加算     | 厚生労働省へ各利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況や心身の状況等に係る基本的な情報を提出します。40単位/月に加算されます。  |

## 8 介護保険以外の費用

|        |  |
|--------|--|
| 居室利用料  | 1ヶ月 30,000円 (月割り)                                  |
| 水道・光熱費 | 1ヶ月 10,000円 (月割り)                                  |
| 食材料費   | 1ヶ月 30,000円 (日額 1,000円)                            |
| その他の費用 | オムツ代・理容代・おやつ代・嗜好代・医療費など日常生活上、通常必要で利用者負担が適切と思われる費用。 |
| 保証金    | なし   |

## 9 入居に当たっての留意事項

|      |  |
|------|--|
| 面会   | 面会の際は職員にお届け下さい。                        |
| 外出   | 事前にお知らせ下さい。                            |
| 迷惑行為 | 雑音・騒音の発生・放歌・詩吟・宗教活動等で他の迷惑になる行為はご遠慮下さい。 |
| 外泊   | 事前の連絡と行き先・帰所時間等を記入して下さい。               |
| 所持金  | 所持金や貴重品等は、自己の責任で管理をお願いします。             |

## 10 日常生活に必要な品物を用意して下さい。(自宅で使用の馴染みの物)

|   |                            |
|---|----------------------------|
| 収納家具  | 整理ダンス・小物入れ・衣装ケース・椅子・テーブル等  |
| 寝具  | 布団・座布団等                    |
| 衣類  | 普段着・寝間着・肌着・帽子・羽織り物         |
| 履物  | 上履き・外履き(履き慣れた物)            |
| 洗面具   | 洗面器・タオル・石鹸・歯ブラシ・義歯(洗浄剤・接着) |
| 食器  | 茶碗・箸・湯呑(馴染みなもの)            |
| お小遣い  | 買い物などに行かれる方は、少額程度可能。       |
| <p>※所持品には氏名を記入して下さい。</p> <p>※お仏壇や写真・趣味の物等ご持参下さい。(ローソク・線香等のご遠慮願います。)</p> |                            |

## 11 入居の条件として

- ・医師より認知症の診断を受けている事。
- ・要支援2～要介護5の認定を受けている事。

## 12 連携医療機関

|      |                  |
|------|------------------|
| 名称   | 一本松すずかけ病院        |
| 所在地  | 福岡県田川市大字夏吉142番地  |
| 連絡先  | TEL 0947-44-0460 |
| 緊急指定 | 有り               |

|      |                  |
|------|------------------|
| 名称   | ひだまりクリニック        |
| 所在地  | 福岡県田川市糶824-20    |
| 連絡先  | TEL 0949-25-7830 |
| 緊急指定 | 有り               |

|         |                  |
|---------|------------------|
| 名 称     | 有吉歯科             |
| 所 在 地   | 福岡県嘉麻市鴨生17-1     |
| 連 絡 先   | TEL 0948-43-1717 |
| 入 院 施 設 | な し              |

|         |                  |
|---------|------------------|
| 名 称     | すみれクリニック         |
| 所 在 地   | 福岡県田川郡福知町金田60-23 |
| 連 絡 先   | TEL 0947-22-5788 |
| 入 院 施 設 | な し              |

### 13 非常災害時の対策

|         |  |
|---------|--|
| 消 防 計 画 | 別に定めます。                                      |
| 避 難 訓 練 | 年2回消防署の協力で訓練を行います。                           |
| 防 災 設 備 | 火災報知器・誘導灯・煙探知器・熱探知器・消火器・スプリンクラー<br>・自動火災通報装置 |

### 14 相談・苦情対応

|   |
|---|
| <p>相談・苦情等がございましたら、下記の窓口までお申し出下さい。</p> <p>○グループホーム さん愛 相談・苦情窓口 TEL 0947-45-1303</p> <p>担 当 者 寺 田 一 代 (施設長)</p> <p>○受付時間 随 時</p> <p><b>*御意見箱の設置・・・ホームの玄関に設置しています。</b></p> |
|---|

行政へのご相談や苦情などは、下記の窓口があります。

|   |
|---|
| <p>○香春町役場福祉課介護保険係 0947-32-4815</p> <p>○受付時間 毎週月曜日～金曜日 (土・日曜日・祝日を除く)</p> <p>8:30～17:00</p> |
|---|

|   |
|---|
| <p>○福岡県介護保険広域連合 田川・桂川支部 0947-49-1093</p> <p>○受付時間 毎週月曜日～金曜日 (土・日曜日・祝日を除く)</p> <p>8:30～17:00</p> |
|---|

|  |
|--|
| <p>○福岡県国民健康保険団体連合会 092-642-7859</p> <p>○受付時間 毎週月曜日～金曜日 (土・日曜日・祝日を除く)</p> <p>8:30～17:00</p> |
|--|

当事業所は、グループホームさん愛の契約の終結にあたり、上記のとおりサービス内容及び重要事項の説明を致しました。

令和 年 月 日

事業者

(有)てらだ苑

所在地 福岡県田川郡香春町大字香春1660-1

代表取締役 寺田 一代 印

事業所

グループホームさん愛

所在地 福岡県田川郡香春町大字香春1660-1

施設長 寺田 一代 印

電話 0947-45-1303

説明者 印

私は、指定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、了承しました。

令和 年 月 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(利用者との関係) \_\_\_\_\_

身元引受人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(利用者との関係) \_\_\_\_\_