

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

重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 恵真会
代表者名	理事長 渡辺 雄
所在地・連絡先	(住所) 〒819-1106 福岡県糸島市志登567-1 (TEL) (092) 323-5019 (FAX) (092) 323-5032

2. 事業所の概要

事業所の名称	グループホーム めぐみ
所在地・連絡先	(住所) 〒819-1106 福岡県糸島市志登567-1 (TEL) (092) 330-6111 (FAX) (092) 330-6110
事業所番号	4073500284
ホーム長の氏名	渡辺 郷子
管理者の氏名	渡辺 英

3. 共同生活介護の基本方針

(1) 運営方針

- 1 事業所の介護従事者は、入居者の状態を把握し、その有する能力に応じ、グループホームめぐみでの共同生活を営むことができるよう、日常生活全般にわたる援助を行う。
- 2 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(2) 認知症対応型共同生活介護計画・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

- 1 計画作成担当者が、入居者の直面している課題等を評価し、入居者の希望を踏まえて介護従事者と協議の上、認知症対応型共同生活介護計画・介護予防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）に記載して入居者に説明の上交付します。

(3) 事業者評価

1 提供する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の質について、市の定める基準に基づき自ら評価を行い、その結果を公開するとともに、定期的に外部者による評価を受けて、常にその改善をはかります。

4. 設備の概要

(1) 構造等

敷 地		8 5 4 7 . 4 6 m ²
建 物	構 造	鉄骨1階建て
	延べ床面積	6 4 8 . 6 2 m ²
	利用定員	1 8 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	各ユニット9	1 4 . 2 5 m ² (14.25m ²)	

(3) 主な設備

設 備	室 数	Aユニット		Bユニット	
		面積（一人あたりの面積）		面積（一人あたりの面積）	
居間・食堂	各ユニット1	4 0 . 3 6 m ² (4.48m ²)		3 9 . 8 4 m ² (4.43m ²)	
台 所	各ユニット1	1 5 . 7 9 m ²		1 5 . 6 9 m ²	
浴 室	各ユニット1	1 3 . 1 9 m ²		1 3 . 1 9 m ²	

5. 職員の体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				常勤換算 後の人数 (人)	備 考
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	1		1			1	両ユニット兼務
介護従事者	17	11	2	4		15	

6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休 暇
管 理 者 介護従事者	日勤（ 9：00～18：00）	不定休
	夜勤（17：00～ 9：20）各ユニット	
	早出（ 7：00～16：00）	
	遅出（10：00～19：00）	

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、介護従事者が入居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。
相談及び援助	入居者とその家族からのご相談に応じます。

イ 費用

原則として、介護保険負担割合証の割合が利用者の負担額となります。

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、利用料全額をお支払い下さい。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書を発行します。サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受ける時に必要になります。

○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

【料金表】

2019年10月1日改正

	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本単位数	745	749	784	808	824	840
医療連携体制加算		39	39	39	39	39
サービス提供体制加算 (I) イ	18	18	18	18	18	18
口腔衛生管理体制加算 (1回/月)	30	30	30	30	30	30
介護職員処遇改善加算 (I) 111/1,000	88	93	97	99	101	103
介護職員等特定処遇改善加算 (I) 31/1,000	25	26	27	28	28	29
総単位数	906	955	995	1,022	1,040	1,059
総単位数に地域区分単価 (10.27) を乗じた額の	1割	931	981	1,022	1,050	1,068
	2割	1,861	1,962	2,044	2,099	2,136
	3割	2,792	2,943	3,066	3,149	3,263
家 賃	1日1,100円 ・ 1ヶ月33,000円					
食事材料費	1,400円					
水道・光熱費	250円					
1日 (1割負担)	3,631	3,731	3,772	3,800	3,818	3,838
1日 (2割負担)	4,611	4,712	4,794	4,849	4,886	4,925
1日 (3割負担)	5,542	5,693	5,816	5,899	5,954	6,013
1ヶ月 (31日1割負担)	¥111,927	¥113,490	¥114,762	¥115,635	¥116,217	¥116,799
1ヶ月 (31日2割負担)	¥139,703	¥142,829	¥145,374	¥147,120	¥148,284	¥149,447
1ヶ月 (31日3割負担)	¥167,479	¥172,168	¥175,986	¥178,605	¥180,351	¥182,095

- ※ 家賃は1ヶ月単位で33,000円です。月途中で利用を開始又は中止した場合は、1,100円/日となります。外泊、入院により空いた場合でも請求は行われます。
- ※ 生活保護受給者の方の家賃は別になります。対象の方はお問い合わせ下さい。
- ※ 1日の利用料の計算と一ヶ月の利用料との計算は若干違います。

【加 算】（介護報酬単位）

入院時費用	246単位	利用者が病院又は診療所への入院をした場合、1月に6日を所定単位に代えて1日につき246単位を算定する。
看取り介護加算	144単位	医師が回復の見込みがないと診断し、利用者又は家族の同意を得て利用者の介護計画が作成されている事。医師、看護師介護職員等が共同して、随時説明を行い介護が行われた場合に算定する。 医療連携体制加算対象事業所である事。 死亡日前4日以上30日以下で・・・ 144単位/日 死亡日前日及び前々日・・・ 680単位/日 死亡日・・・ 1,280単位/日
初期加算	30単位	入居されて30日の間算定。30日を超える病院又は診療所への入院の後に再び入居した場合にも算定する。
医療連携体制加算	39単位	健康管理、医療連携体制を強化している場合に算定する。
退居時相談援助加算	400単位 (1回のみ)	1月を超える利用者が退居し、退居時に包括支援センター等に情報提供をした場合に算定する。
生活機能向上連携加算	200単位 (1月)	医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問し、計画作成担当者と身体状況等の評価を共同で行い、計画作成担当者は生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活計画を作成する事。入居から3月の間、1日につき所定単位数を加算する。
口腔衛生管理体制加算	30単位 (1月)	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に所定単位を算定する。
栄養スクリーニング加算	5単位 (6月に1回)	利用開始日及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、栄養状態に関する情報を担当する計画作成担当者に提供した場合に1日につき所定単位を加算する。
サービス提供体制強化加算（I）イ	18単位	介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上の場合に算定する。
若年性認知症受入加算	120単位	若年性認知症利用者（65歳未満）ごとに個別に担当者を定め、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合に加算する。
介護職員処遇改善加算（I）	111/1,000	資質向上の為に計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保する事。
介護職員等特定処遇改善加算（I）	31/1,000	介護職員処遇改善加算を算定しており、サービス提供体制加算（I）を算定している場合に加算する。

※ 要支援2の場合は、医療連携体制加算・看取り加算は算定されません。

※ 加算については算定基準に適合した場合のみ算定します。

○短期利用認知症対応型共同生活介護・短期利用介護予防認知症対応型共同生活介護

【料金表】

2019年10月改定

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
基本単位数	773	777	813	837	853	869	
医療連携体制加算		39	39	39	39	39	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	18	18	18	18	18	18	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）111/1,000	88	93	97	99	101	103	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	25	26	27	28	28	29	
総単位数（1日）	904	953	994	1,021	1,039	1,058	
総単位数に地域区分単価（10.27）を乗じた金額の	1割	927	979	1,021	1,049	1,067	1,087
	2割	1,857	1,958	2,042	2,097	2,134	2,173
	3割	2,786	2,937	3,063	3,146	3,201	3,260
家賃	1日 1,100円						
食事材料費	1日 1,400円						
水道・光熱費	1日 250円						
1日(1割負担)	3,677	3,729	3,771	3,799	3,817	3,837	
1日(2割負担)	4,607	4,708	4,792	4,847	4,884	4,923	
1日(3割負担)	5,536	5,687	5,813	5,896	5,951	6,010	

【加算】

医療連携体制加算	39単位	健康管理、医療連携体制を強化している場合に算定する。
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	18単位	介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上の場合に算定する。
若年性認知症受入加算	120単位	若年性認知症利用者（65歳未満）ごとに個別に担当者を定め指定認知症対応型共同生活介護を行った場合に加算する。
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	111/1,000	資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保する事。
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	31/1,000	介護職員処遇改善加算を算定しており、サービス提供体制加算（Ⅰ）を算定している場合に加算する。
生活機能向上連携加算	200単位（1月）	医療提携施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問し、計画作成担当者と身体状況等の評価を共同で行い、計画作成担当者は生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活計画を作成する事。入居から3月の間、1月につき所定単位数を数を加算する。

認知症対応型共同生活介護、短期利用共同生活介護（介護予防含む）共に介護報酬総単位数に、介護職員処遇改善加算Ⅰ（111/1,000）・介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ（31/1,000）が別途加算されます。又、地域区分単価として、基本単位・加算の合計に10.27が乗じられます。

(2) 介護保険給付対象外サービス（入居者の自己負担となります。）

	金額
家賃（1日）	1,100 円
家賃（1ヶ月）	33,000 円
食事材料費（1日）	1,400 円
水道・光熱費（1日）	250 円
ベッドリース（1日）	110 円

※ベッドリース料は外泊や入院により空いた場合でも家賃同様に請求が行われます。

○理美容代（利用料全額を負担していただきます。）

種類	内容	利用料	
理髪・美容	毎週月曜日出帳による理美容サービスを利用いただけます。	坊主刈り	1,430 円
		カット	1,650 円
		パーマ・毛染め	3,080 円
		シャンプー・顔剃り	1,100 円

○オムツ・その他の費用

オムツについては、実費負担となります。

その他、認知症対応型共同生活介護サービス・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、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、入居者に負担させることが適当と認められる費用は、入居者の負担となります。

8. 利用料のお支払方法

毎月、10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請求致しますので、月末までに窓口でお支払いいただくか下記口座に振込送金してお支払い下さい。

現金の場合・・・午前9時～午後6時 まえばる老健センター窓口（グループホームめぐみ横）にて受付（日曜日・祝祭日受付可）

振込の場合・・・福岡銀行 糸島支店

口座番号：普通預金 1 7 2 7 5 1 5

口座名義：医療法人 恵真会 グループホームめぐみ

理事長 渡辺 雄（ワタナベ タケシ）

※ 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

<p>【事業所の窓口】</p> <p>医療法人 恵真会 グループホームめぐみ</p>	<p>所在地 電話番号 FAX番号 受付時間</p>	<p>福岡県糸島市志登567番地-1 092-330-6111 092-330-6110 午前9時～午後6時 窓口責任者：管理者 苦情箱：各ユニット玄関に設置</p>
<p>【市町村の窓口】</p> <p>糸島市 糸島市役所 介護保険担当課</p>	<p>所在地 電話番号 FAX番号 受付時間</p>	<p>福岡県糸島市前原西1丁目1番1号 092-323-1111 092-321-1139 午前8時30分～午後5時（平日のみ） ※12月29日～1月3日は休業日</p>
<p>福岡市西区 福岡市西区役所 高齢保健福祉課</p>	<p>所在地 電話番号 FAX番号 受付時間</p>	<p>福岡県福岡市西区姪浜 957-10 092-881-2131 092-881-5099 午前8時30分～午後5時（平日のみ） ※12月29日～1月3日は休業日</p>
<p>【公的団体の窓口】</p> <p>福岡県国民健康保険 団体連合</p>	<p>所在地 電話番号 FAX番号 受付時間</p>	<p>福岡県福岡市博多区吉塚本町13-47 092-642-7859 092-642-7857 午前8時30分～午後5時（平日のみ） ※12月29日～1月3日は休業日</p>

10. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「グループホームめぐみ消防計画」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「グループホームめぐみ消防計画」にのっとり年6回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居者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
	自動火災報知設備	あり	火災通報装置	あり
	スプリンクラー設備	あり	消火器	7本
	誘導灯	7個所	ガス漏れ探知機	あり
消防計画等	糸島消防署への届出日：平成27年12月1日 防火管理者：池野 政幸			

11. 協力医療機関等

医療機関	病院名 及び 所在地	渡辺整形外科病院 福岡県糸島市前原1811-1
	電話番号	092-323-0013
	診療科	整形外科・リウマチ科・リハビリテーション科
	入院施設	有
医療機関	病院名 及び 所在地	糸島医師会病院 福岡県糸島市浦志532-1
	電話番号	092-323-3631
	診療科	内科・外科
	入院施設	有
歯科	病院名 及び 所在地	小島歯科医院 福岡県糸島市浦志152-1
	電話番号	092-324-0501
	入院施設	無

12. 夜間緊急時の対応機関

名称及び所在地	糸島地区休日・夜間急患センター 福岡県糸島市浦志532-1
電話番号	092-329-0090

1.3. 住居の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 9：00～20：00 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下さい。 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得て下さい。
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下さい。
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下さい。 これに反したご利用により破損が生じた場合は、弁償していただく場合があります。
持ち込み品	持ち物は、使い慣れた物をご自由に御持ち込みになられて構いませんが、不適切・危険と判断させていただいた品に関しては持ち込みをお断りする場合があります。
飲酒・喫煙	ホーム内での飲酒・喫煙はご遠慮下さい。
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。
所持品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。 金銭や印鑑等の保管をグループホームめぐみに依頼される場合は、『預り金等管理規定』によります。
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下さい。
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ています。

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、認知症対応型共同生活介護（短期利用を含む）・介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用を含む）のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

年 月 日

事業者	住 所	福岡県糸島市志登567-1
	事業者（法人名）	医療法人 恵真会
	施設名	グループホームめぐみ
	（事業所番号）	4 0 7 3 5 0 0 2 8 4
	代表者名	ホーム長 渡辺 郷子 印
説明者	職 名	_____
	氏 名	_____ 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（短期利用を含む）・介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用を含む）のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

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