

木下の介護 グループホーム城山

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 重要事項説明書

株式会社木下の介護

木下の介護 グループホーム城山
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護重要事項説明書
< 年 月 日現在 >

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社木下の介護
代表者名	代表取締役 佐久間 大介
所在地・連絡先	(住所) 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号 (電話) 03-5908-1310 (FAX) 03-5908-2382

2 事業所の概要

事業所の名称	木下の介護 グループホーム城山
所在地・連絡先	(住所) 神奈川県相模原市緑区向原3-5-10 (電話) 042-783-8431 (FAX) 042-782-5570
事業所番号	相模原市指定 1492601040号
管理者の氏名	小笠原 香織

3 共同生活介護の目的及び運営方針

(1) 目的

認知症の症状のある高齢者（以下「ご利用者様」とします）に対し、共同生活住居において、家庭的な環境のもとで、ご利用者様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、共同生活介護サービスを提供します。

(2) 運営方針

共同生活の中でご利用者様が自分の役割等を認識でき、認知症の症状の進行を緩やかにして、自立した日常生活が営めるように次の事を方針とします。

『ご利用者様ご自身で出来ることはご自分で行って頂き、出来ないことをスタッフ又は他のご利用者様が補完し合う』

お互いが助け合うことで、お互いの大切さを認識して信頼が生まれるような、理想的なグループホームの運営を行って参ります。

(3) その他

事 項	内 容
(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、ご利用者様の直面している課題等を評価し、ご利用者様の希望を踏まえて、介護従業者と協議の上、(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)に記載してご利用者様又はご家族等に説明のうえ交付します。
従業員研修	定期的にスキルアップ研修を行っています。

4 設備の概要

(1) 構造等

敷 地		690.00 m ²
建 物	構 造	木造造り 2 階建て
	延 床 面 積	495.21 m ²
	利 用 定 員	18 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	18室	11.59 m ² (11.59 m ²)	水平投影法による内法面積

(3) 主な設備

設 備	室 数	面積(一人あたりの面積)	備 考
居 間・食 堂	各 1 室	46.37 m ² (5.15 m ²)	
台 所	各 1 室	7.64 m ²	
浴 室	各 1 室	5.18 m ²	

5 職員の体制 (2ユニット 18名)

従業者の職種	人数 (人)	区 分				常勤換算後 の人数(人)	職 務 の 内 容
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
管 理 者							事業所の一元管理
計画作成担当者							介護計画の作成
介護従業者							認知症ケア全般

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者 計画作成担当者	正規の勤務時間帯（9：00～18：00） 常勤で勤務	4週8休
介護従業者	早番 7：30～16：30 日勤 9：00～18：00 遅番 10：30～19：30 夜勤 16：00～翌10：00	4週8休

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、介護従業者がご利用者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。
相談及び援助	ご利用者様とご家族からの相談に応じます。

イ 費用

介護保険による利用料は、通常下記の料金表に金額が利用者様の1日あたりの負担額となります。負担割合は、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額となります。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。

【介護保険による1日あたりの利用料の料金表】

要介護区分	10割	1割	2割	3割
要支援2	7,894円	790円	1,579円	2,369円
要介護1	7,936円	794円	1,588円	2,381円
要介護2	8,305円	831円	1,661円	2,492円
要介護3	8,558円	856円	1,712円	2,568円
要介護4	8,727円	873円	1,746円	2,619円
要介護5	8,906円	891円	1,782円	2,672円

※介護保険利用料の当月分は月末締めとし、次月に請求いたします。

【加算算定時の料金】

加算内容	10割	1割	2割	3割
初期加算	316円/日	32円/日	64円/日	95円/日
口腔衛生管理体制加算	316円/月	32円/月	64円/月	95円/月

※初期加算は利用開始されてから30日間お支払い頂きます。

【介護職員等処遇改善加算の料金】

(計算方法)

総単位数×17.8% (小数点第1位を四捨五入) = 介護職員処遇改善加算単位数

介護職員等処遇改善加算単位数×10.54 (地域区分) (小数点以下切捨て) = 10割

(30日計算の目安)

介護度	総単位数	10割	1割	2割	3割
要支援2	749単位×30日=22,470単位 22,470単位×17.8%÷4,000単位	42,160円	4,216円	8,432円	12,648円
要介護1	753単位×30日=22,590単位 22,590単位×17.8%÷4,021単位	42,381円	4,239円	8,477円	12,715円
要介護2	788単位×30日=23,640単位 23,640単位×17.8%÷4,208単位	44,352円	4,436円	8,871円	13,306円
要介護3	812単位×30日=24,360単位 24,360単位×17.8%÷4,336単位	45,701円	4,571円	9,141円	13,711円
要介護4	828単位×30日=24,840単位 24,840単位×17.8%÷4,422単位	46,607円	4,661円	9,322円	13,983円
要介護5	845単位×30日=25,350単位 25,350単位×17.8%÷4,512単位	47,556円	4,756円	9,512円	14,267円

(2) 介護保険給付対象外サービス

利用料の全額をご負担いただきます。

種類	内容	利用料
理髪・美容	ご希望に合わせて手配いたします。外部での理美容をご希望の場合も対応いたします。	実費をご負担頂きます。外部の場合は実費の他に30分1,650円頂きます。
レクリエーション行事	主なレクリエーション行事 ・季節に合わせた行事 ・小旅行等 (予定) 参加されるか否かは任意です。	実費をご負担頂きます。
医療費	医療機関等の受診	実費をご負担頂きます。
おむつ代等	おむつ・リハビリパンツ・パット	実費をご負担いただきます。お持込みの場合、ご負担はございません。
移送費	個人的な外出移送、協力医療機関以外への移送	実費の他に30分1,650円頂きます。

○月額費用

項目	月額料金	日額費用 (30日計算)
住居費	60,000 円	2,000 円
管理共益費	24,100 円	803 円
水道光熱費	18,900 円	630 円
合計	103,000 円	3,433 円

※入居月及び退居月に関しては、ご滞在頂いた日数に上記の日額費用を乗じて請求いたします。

○食材費の内訳

項目	1食単価 (1日)
朝食	310 円
昼食	520 円
おやつ	110 円
夕食	520 円
1日合計	1,460 円

例) 1日3食・30日 召し上がった場合 $1,460 \text{ 円} \times 30 \text{ 日}$ $= 43,800 \text{ 円}$
--

※当月分の食材費は、実食分を月末で締めて、次月に請求いたします。

○その他の費用

食材費その他の、(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、ご利用者様に負担させることが適当と認められる費用は、ご利用者様の負担となります。

8 利用料等のお支払方法

①住居費、管理共益費

当社指定金融機関口座からの引落しの場合は、次月分の請求金額を当月 27 日(但し、休日の場合は直後の金融機関の営業日)に引き落とします。当社指定の金融機関口座に振り込む場合は、次月分を当月 25 日(但し、休日の場合は直後の金融機関の営業日)までに次月分の請求金額を振り込んで下さい。

②実績に基づく介護保険給付費の介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額、実食に基づく食材費、実績に基づく実費負担分、水道光熱費

当社指定金融機関口座からの引落しの場合は、当月分の請求金額を次月 27 日(但し、休日の場合は直後の金融機関の営業日)に引き落とします。当社指定の金融機関口座に振り込む場合は、当月分の請求金額を次月 25 日(但し、休日の場合は直後の金融機関の営業日)までに当月請求金額を振り込んで下さい。

※①・②共に当社指定の金融機関口座は請求書に記載されている口座となります。

9 サービス内容に関する意見・苦情等について

①意見・苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 小笠原 香織 ご利用時間 9:00～17:00 電話番号 042-783-8431
本社お客様相談窓口	窓 口 株式会社木下の介護 介護ご意見110番 ご利用時間 10:00～18:00 電話番号 0120-100-537
相模原市高齢政策課指定・指導班	電話番号 042-707-7046
神奈川県国民保健団体連合会	電話番号 045-329-3447

②意見・苦情等対応方法

対応方法	相談等を受けた後、事業所は速やかに事実関係を調査し、その結果、改善の有無並びに改善方法について、問い合わせ者または申し立て者に文書で報告します。 事業所に疑問、問合せ及び苦情申し立てがなされたことをもって、ご利用者様に対しいかなる不利益、差別的取り扱いも致しません。
------	--

10 非常災害及び事故等発生時について

①非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「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「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、ご利用者様も参加して行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	なし
	避難階段	2箇所	屋内消火栓	なし
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	なし
	誘導灯	6箇所	消火器	4箇所
カーテンは防災性能のあるものを使用しています。				

②事故・救急対応発生時の対策

事故発生時	ご利用者様に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、ご利用者様の代理人に連絡を行います。その後、必要に応じて相模原市に報告を行います。
救急対応発生時	ご利用者様に容態の変化等があった場合は、協力医療機関に連絡し、指示を仰ぎ、救急対応を行うとともに代理人等へ連絡を行います。その後、必要に応じて相模原市に報告を行います。

事故・救急対応に関して、事業者が責がある場合（保険会社の判断に基づきます）、損害賠償保険が適用される場合があります。

1.1 協力医療機関等

医療機関	病院名 及び 所在地	医療法人社団大和会相模原東クリニック 神奈川県相模原市中央区相模原 3-7-1 フェリッ シュ相模原 101 号室
	電話番号	042-711-7231
	診療科	内科、皮膚科
	入院設備	なし
歯科	病院名 及び 所在地	豊田デンタルクリニック 東京都日野市多摩平 1-4-19 藤ビル 401
	電話番号	042-506-2051
	入院設備	なし

1.2 夜間緊急時の対応機関

名称及び所在地	医療法人社団大和会相模原東クリニック 神奈川県相模原市中央区相模原 3-7-1 フェリッ シュ相模原 101 号室
電話番号	042-711-7231

1.3 提供するサービスの第三者評価実施状況について

実施の有無	あり
直近の実施状況	2022 年
実施した評価期間の名称	株式会社 R-CORPORATION
評価結果の開示状況	福祉保健医療情報ネットワークシステム (WAM NET) 及び事業所にて閲覧可能

1.4 住居の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 9:00～18:00 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ください。上記以外の時間帯についてはご相談ください。 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅日時をスタッフに届け出て下さい。
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。
金銭を含む貴重品の管理	金銭を含む貴重品は持ち込まないことを原則とします。持ち込んだ場合は自己で管理してください。自己管理されている所持金品の紛失等には責任を負いかねます。
宗教活動 政治活動	住居内での他の入所者に対する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、(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。

年 月 日

事業者 住 所 東京都新宿区西新宿六丁目 5 番 1 号
 事業者 (法人) 名 株式会社木下の介護
 代 表 者 名 代表取締役 佐久間 大介
 施 設 名 木下の介護 グループホーム城山
 (事業所番号) 相模原市指定 1492601040 号
 説 明 者 職 名
 氏 名 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のサービス内容及び重要事項の説明を受け、重要事項内容に同意し、交付を受けました。

年 月 日

利用者 氏 名 印

利用者代理人 氏 名 印

