木下の介護 グループホーム泉

（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 グループホーム泉

（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	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 グループホーム泉
所在地・連絡先	（住所）〒245-0023 神奈川県横浜市泉区和泉中央南五丁目 23 番 12 号 （電話）０４５－８００－６０９０ （FAX）０４５－８０５－３１４７
事 業 所 番 号	横浜市指定１４７３６００６４９号
管理者の氏名	山崎　由加

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		556.10 ㎡
建　物	構　　造	重量鉄骨造地上３階建て
	延床面積	852.74 ㎡
	利用定員	27 名

（2）居室

居室の種類	室　数	面積	備　考
一人部屋 （1ユニット）	9 室	12.1 ㎡/3 か所　12.2 ㎡/2 か所 12.4 ㎡/2 か所 12.01 ㎡/1 か所 12.06 ㎡/ 1 か所	
一人部屋 （2ユニット）	9 室	12.1 ㎡/3 か所 12.2 ㎡/2 か所 12.4 ㎡/2 か所 12.01 ㎡/1 か所 12.06 ㎡/ 1 か所	
一人部屋 （3ユニット）	9 室	12.1 ㎡/3 か所　12.2 ㎡/2 か所 12.4 ㎡/2 か所 12.01 ㎡/1 か所 12.06 ㎡/ 1 か所	

（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	各階１箇所	各 89.19 ㎡（9.91 ㎡）	台所含む
台　所	各階１箇所	居間・食堂面積に含まれる	
浴　室	各階１箇所	各 10.71 ㎡	

5　職員の体制（3 ユニット 27 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
1ユニット							
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
2ユニット							
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
３ユニット							
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　１１：００　～　２０：００ 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、排泄のお手伝いを行います。
相談及び援助	ご利用者様とその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、下記の料金表にある金額がご利用者様の１日あたりの負担額となります。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	8,018 円	802 円	1,604 円	2,406 円
要介護１	8,061 円	807 円	1,613 円	2,419 円
要介護２	8,436 円	844 円	1,688 円	2,531 円
要介護３	8,693 円	870 円	1,739 円	2,608 円
要介護４	8,865 円	887 円	1773 円	2,660 円
要介護５	9,047 円	905 円	1,810 円	2,715 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	321 円／日	33 円／日	65 円／日	97 円／日
口腔衛生管理体制加算	321 円／月	33 円／月	65 円／月	97 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。

【介護職員処遇改善加算の料金】
（計算方法）
Ａ：総単位数×１１．１％（小数点第１位を四捨五入）＝介護職員処遇改善加算単位数
Ｂ：総単位数×２．３％（小数点第１位を四捨五入）＝介護職員等特定処遇改善加算単位数
Ｃ：総単位数×２．３％（小数点第１位を四捨五入）＝介護職員等ベースアップ等支援加算単位数
Ａ・Ｂ・Ｃ：加算単位数×10.72（地域区分）（小数点以下切捨て）＝10 割
（30 日計算の目安）

	総単位数		１０割	１割	２割	３割
要支援２	748 単位×30 日＝22,440 単位 A:22,440 単位×11.1%≒2,491 単位 B:22,440 単位×2.3%≒516 単位 C:22,440 単位×2.3%≒516 単位	A	26,703 円	2,671 円	5,341 円	8,011 円
		B	5,531 円	554 円	1,107 円	1,660 円
		C	5,531 円	554 円	1,107 円	1,660 円
要介護１	752 単位×30 日＝22,560 単位 A:22,560 単位×11.1%≒2,504 単位 B:22,560 単位×2.3%≒519 単位 C:22,560 単位×2.3%≒519 単位	A	26,842 円	2,685 円	5,369 円	8,053 円
		B	5,563 円	557 円	1,113 円	1,669 円
		C	5,563 円	557 円	1,113 円	1,669 円
要介護２	787 単位×30 日＝23,610 単位 A: 23,610 単位×11.1%≒2,621 単位 B:23,610 単位×2.3%≒543 単位 C:23,610 単位×2.3%≒543 単位	A	28,097 円	2,810 円	5,620 円	8,430 円
		B	5,820 円	582 円	1,164 円	1,746 円
		C	5,820 円	582 円	1,164 円	1,746 円
要介護３	811 単位×30 日＝24,330 単位 A:24,330 単位×11.1%≒2,701 単位 B:24,330 単位×2.3%≒560 単位 C:24,330 単位×2.3%≒560 単位	A	28,954 円	2,896 円	5,791 円	8,687 円
		B	6,003 円	601 円	1,201 円	1,801 円
		C	6,003 円	601 円	1,201 円	1,801 円
要介護４	827 単位×30 日＝24,810 単位 A:24,810 単位×11.1%≒2,754 単位 B:24,810 単位×2.3%≒571 単位 C:24,810 単位×2.3%≒571 単位	A	29,522 円	2,953 円	5,905 円	8,857 円
		B	6,121 円	613 円	1,225 円	1,837 円
		C	6,121 円	613 円	1,225 円	1,837 円
要介護５	844 単位×30 日＝25,320 単位 A:25,320 単位×11.1%≒2,811 単位 B:25,320 単位×2.3%≒582 単位 C:25,320 単位×2.3%≒582 単位	A	30,133 円	3,014 円	6,027 円	9,040 円
		B	6,239 円	624 円	1,248 円	1,872 円
		C	6,239 円	624 円	1,248 円	1,872 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。	実費をご負担いただきます。外部の場合は実費の他に３０分１，６５０円をご負担いただきます。
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。	実費をご負担いただきます。
医療費	医療機関等の受診	実費をご負担いただきます。

おむつ代等	おむつ・リハビリパンツ・パット	別表参照
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円いただきます。
その他日常生活費等	日常生活において必要となる日用品のうち、入居者又は家族等の選択により利用される歯ブラシ、化粧品、シャンプー、タオルや趣味的活動等における材料費、交通費、個人の嗜好品代、通院費等の費用です。	実費をご負担いただきます。

○月額費用

項目	月額料金	日額費用（30 日計算）
住居費	59,000 円	1,966 円
管理共益費	42,000 円	1,400 円
水道光熱費	21,000 円	700 円
合計	122,000 円	4,066 円

※住居費、管理共益費は上記の月額料金を前払いとして請求致します。

○食材費の内訳

食材費（日額）
1,340 円

例）３０日
召し上がった場合
1,340 円×30 日
＝40,200 円

※当月分の食材費は、月末で締めて、翌月に上記金額に基づき請求致します。

○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｡当社指定の銀行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 水道光熱費、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
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。当社指定の銀行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共に当社指定の銀行口座は請求書に記載されている銀行口座となります。

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　山崎　由加 ご利用時間　９：００～１８：００ ご利用方法　電話　０４５－８００－６０９０
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 ご利用方法　電話　０１２０－１００－５３７
泉区役所福祉保健センター	窓　　口　高齢・障害支援課 電　　話　０４５－８００－２４３６
横浜市役所	窓　　口　健康福祉局介護保険課 電　　話　０４５－６７１－４２５２
神奈川県国民健康保険団体連合会	窓　　口　介護保険課介護苦情相談係 電　　話　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	あり
	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	あり
	誘導灯	１２箇所	消火器	４箇所
	カーテンは防炎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、必要に応じて横浜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、必要に応じて横浜市に報告を行います。

事故・救急対応に関して、事業者に責がある場合（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。

１１　協力医療機関等

医療機関	病　院　名	財団法人横浜博萌会　西横浜国際総合病院
	診　療　科	内科（一般、循環器、呼吸器)・外科・消化器科・耳鼻咽喉科・整形外科・産婦人科・脳神経外科・皮膚科・泌尿器科・神経内科精神神経科・麻酔科・放射線科・眼科・リハビリテーション科
医療機関	病　院　名	湘南台クリニック
	診　療　科	内科、精神科
歯　科	病　院　名	相明会岩本歯科医院
	診　療　科	歯科
介護老人福祉施設との連携		社会福祉法人雄飛会　特別養護老人ホーム相生荘

１２　夜間緊急時の対応機関

名 称 及 び 所 在 地	湘南台クリニック

１３　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、重要事項説明書を交付し、（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 グループホーム泉
　　（事業所番号）　横浜市指定 1473600649 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、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

別表　　成人用紙おむつ料金

品　　名	サイズ	１枚当たり（円）
うす型パンツ	M	124
うす型パンツ	L	137
かんたんテープ通気性	S	96
かんたんテープ通気性	M	83
かんたんテープ通気性	L	96
フラット		32
ウルトラガード（尿取りパット）		33