

木下の介護 グループホーム千歳烏山

(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 グループホーム千歳烏山
(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	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 グループホーム千歳烏山
所在地・連絡先	(住所) 東京都世田谷区北烏山三丁目16番10号 (電話) 03-5315-7518 (FAX) 03-5313-0621
事業所番号	世田谷区指定1391200845号
管理者の氏名	脇田 穂波

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		539.78 m ²
建 物	構 造	木造造り 2 階建て
	延 床 面 積	524.18 m ²
	利 用 定 員	18 名

(2) 居室

居室の種類	室 数	面積	備 考
一 人 部 屋	18 室	13.66 m ² (9.99~10.04 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	各 41.69 m ² (4.63 m ²)	
台 所	各 1 室	各 7.1 m ²	
浴 室	各 1 室	各 11.06 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 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	8,164円	817円	1,633円	2,450円
要介護1	8,207円	821円	1,642円	2,463円
要介護2	8,589円	859円	1,718円	2,577円
要介護3	8,850円	885円	1,770円	2,655円
要介護4	9,025円	903円	1,805円	2,708円
要介護5	9,210円	921円	1,842円	2,763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	327円/日	33円/日	66円/日	99円/日
口腔衛生管理 体制加算	327円/月	33円/月	66円/月	99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) = 介護職員等処遇改善加算単位数

介護職員等処遇改善加算単位数 10.90× (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	761単位×30日=22,830単位 22,830単位×17.8%≒4,064単位	44,297円	4,430円	8,860円	13,290円
要介護1	765単位×30日=22,950単位 22,950単位×17.8%≒4,085単位	44,526円	4,453円	8,906円	13,358円
要介護2	801単位×30日=24,030単位 24,030単位×17.8%≒4,277単位	46,619円	4,662円	9,324円	13,986円
要介護3	824単位×30日=24,720単位 24,720単位×17.8%≒4,400単位	47,960円	4,796円	9,592円	14,388円
要介護4	841単位×30日=25,230単位 25,230単位×17.8%≒4,491単位	48,951円	4,896円	9,791円	14,686円
要介護5	859単位×30日=25,770単位 25,770単位×17.8%≒4,587単位	49,998円	5,000円	10,000円	15,000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	実費をご負担頂きます。
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	70,000円	2,333円
管理共益費	18,300円	610円
水道光熱費	22,300円	743円
合計	110,600円	

※いずれの月額費用も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。

※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。管理共益費、水道光熱費については、当月分の管理共益費、水道光熱費としてかかった実際の施設全体の費用を月末締めで確定し、翌月分の請求額と相殺致します。但し、確定が遅れた場合は、翌々月の請求額と相殺することもあります。

○食材費の内訳

項目	1食単価(1日)
朝食	250円
昼食	450円
おやつ	100円
夕食	550円
1日合計	1,350円

例) 1日3食・30日 召し上がった場合 $1,350円 \times 30日$ $= 40,500円$

※当月分の食材費は、実食分を月末で締めて、翌月に上記金額に基づき請求致します。

※当月分の食材費としてかかった実際の費用を月末締めで翌月に確定し、翌月分の食材費と相殺致します。

○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 脇田 穂波 ご利用時間 9:00～18:00 ご利用方法 電話 03-5315-7518
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

世田谷総合支所	窓 電	口 話	保健福祉課地域支援担当 03-5432-2850
北沢総合支所	窓 電	口 話	保健福祉課地域支援担当 03-3323-9907
玉川総合支所	窓 電	口 話	保健福祉課地域支援担当 03-3702-1894
砧総合支所	窓 電	口 話	保健福祉課地域支援担当 03-3482-8193
烏山総合支所	窓 電	口 話	保健福祉課地域支援担当 03-3326-6136
東京都国民保健団体連合会	電	話	03-6238-0177

②意見・苦情等対応方法

対応方法	<p>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。</p> <p>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。</p>
------	---

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	11箇所	消火器	2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、必要に応じて世田谷区に報告を行います。
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、必要に応じて世田谷区に報告を行います。

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	キノメディッククリニック登戸 神奈川県川崎市多摩区中野島 5-12-3
	電話番号	044-281-3252
	診療科	内科、外科
	入院設備	なし
歯科	病院名 及び 所在地	医療法人社団 郁栄会 三鷹ピースデンタルクリニック 東京都武蔵野市中町1丁目24番15号メディ パーク中町3階
	電話番号	0422-38-6291
	診療科	歯科
	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	キノメディッククリニック登戸 神奈川県川崎市多摩区中野島 5-12-3
電話番号	044-281-3252

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	2023年
実施した評価期間の名称	株式会社ミライ・シア
評価結果の開示状況	とうきょう福祉ナビゲーションのホームペ ージ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 グループホーム千歳烏山
(事業所番号) 世田谷区指定 1391200845 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